



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COORDENADORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE CASTILHO**

**“O LIMBO DO PARTO”**: uma análise sobre a violência obstétrica contra as mulheres negras atendidas em maternidades públicas, em São Luís/Ma, em 2022.

São Luís

2024

**GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE CASTILHO**

**“O LIMBO DO PARTO”**: uma análise sobre a violência obstétrica contra as mulheres negras atendidas em maternidades públicas, em São Luís/Ma, em 2022.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito obrigatório para obtenção do Título de Doutora em Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Sociais e Programas Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha

Coorientadora: Profa. Dra. Jacira do Nascimento Serra

São Luís

2024

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Castilho, Glaucejane Galhardo da Cruz de.

O limbo do parto : uma análise sobre a violência obstétrica contra as mulheres negras atendidas em maternidades públicas, em São Luís/MA, em 2022 / Glaucejane Galhardo da Cruz de Castilho. - 2024.

292 p.

Coorientador(a) 1: Jacira do Nascimento Serra. Orientador(a): Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2024.

1. Gênero. 2. Interseccionalidade. 3. Racismo institucional. 4. Violência contra a mulher negra. 5. Violência obstétrica. I. Rocha, Lourdes de Maria Leitão Nunes. II. Serra, Jacira do Nascimento. III. Título.

**GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE CASTILHO**

**“O LIMBO DO PARTO”**: uma análise sobre a violência obstétrica contra as mulheres negras atendidas em maternidades públicas, em São Luís/Ma, em 2022.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito obrigatório para obtenção do Título de Doutora em Políticas Públicas.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha (Orientadora)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Jacira do Nascimento Serra (Coorientador)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Cleonice Correia Araujo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Silvane Magali Vale Nascimento

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Salviana de Maria Pastor Santos Sousa

“A voz de minha filha  
recolhe todas as nossas vozes  
recolhe em si  
as vozes mudas caladas  
engasgadas nas gargantas.  
A voz de minha filha  
recolhe em si  
a fala e o ato.  
O ontem – o hoje – o agora.  
Na voz de minha filha  
se fará ouvir a ressonância  
o eco da vida-liberdade”

(Vozes-mulheres - Conceição Evaristo)

## AGRADECIMENTOS

Desafio imensurável escrever esta Tese e utilizo estas poucas páginas para agradecer às pessoas que fizeram parte desta trajetória acadêmica no Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão.

Agradeço aos meus queridos pais, que sempre primaram pela minha educação em todos os momentos. Ao meu pai, Sr. João Simão (*in memoriam*) que me ensinou a ter perseverança e a persistir nos estudos, ajudou-me a ser o que sou hoje, corajosa, firme e resiliente. Gostaria imensamente que o meu pai estivesse aqui para ver-me Doutora, com a certeza de que sentiria muito orgulho. Muito obrigada meu amado pai. Muito obrigada minha querida mãe, Dona Iracema, que sempre me incentivou, nunca deixou de me apoiar na vida e sempre valorizou os meus estudos.

Agradeço ao meu marido Miro; às minhas filhas Giovanna e Alice razões da minha vida. Muito obrigada pelo apoio, paciência e por acreditarem em mim sempre; estas que foram e são fundamentais nessa jornada.

Agradeço ao meu irmão Jorge Wellington, (*in memoriam*). Jamais esquecerei das suas conversas, de ouvir reggae roots, uma boa conversa e um samba, com uma boa gelada. Obrigada, por tudo!

A todos os meus irmãos José, João Henrique, Socorro, Jancileide, Nonato, Andreyallysson, sobrinhos e, em especial aos primos Joubert, Mary e Raquel.

Agradeço imensamente às Assistentes Sociais Marizângela, Cristiana Lima, Nair Portela, Jercenilde, Mara Alves, Krenina, Paula Katina, Vanessa, Edna Coimbra e tantas outras companheiras de luta e resistência, que me fizeram participante na luta utópica à construção de uma sociedade justa e igualitária e, afirmação do Serviço Social comprometido com a classe trabalhadora. Nesse momento oportuno agradeço a todas/os as/os Conselheiras/os e funcionários(as) do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS/MA.

À amiga Marlene, meus sinceros agradecimento em ouvir-me nos momentos de angústia, incertezas e alegrias presentes no processo de construção da Tese; você aliviou muito meu coração.

Não poderia deixar de agradecer às Assistentes Sociais do HU-UFMA, em especial à Leida Cabral que vivenciou comigo todas as etapas desse momento e me

incentivou sem deixar que esmorecesse. À Ana Patrícia, amiga que me deu força para fazer a seleção do Doutorado; à Graziela e Luciana e a querida Psicóloga Carol.

Agradeço a todos os amigos/as do curso de mestrado e doutorado em Políticas Públicas, e às amigas Jaqueline Guimarães, Jackeline Gracyanne. Agradeço ainda à Assistente Social Lisiane que foi fundamental nesse processo, quando coordenadora do Curso de Serviço Social da Faculdade Pitágoras e a todos/as os;/as professores do curso. Agradeço também às minhas grandes amigas de infância Jocilene, Jacqueline, Georlene e Maysa pelo incentivo e que sempre estiveram comigo nesta importante etapa.

À minha turma da Faculdade de Serviço Social, que ao longo desses 30 (trinta) anos ajudou-me na trajetória acadêmica profissional. Aproveito o espaço para homenagear três amigas: Surama (*in memoriam*), Clarice (*in memoriam*), Natalia Evelim (*in memoriam*). Gratidão!

Agradeço à minha querida Orientadora Professora Doutora Lourdes Leitão, desde a graduação, passando pela orientação no Mestrado e Doutorado, que aceitou o desafio de conduzir-me nesta grande e preciosa etapa. Muito obrigada pelo incentivo e paciência. Os meus agradecimentos à minha coorientadora professora Doutora Jacira Serra que, desde 1995 faz parte da minha vida acadêmica e profissional ao possibilitar a discussão sobre a questão da pessoa idosa.

A todas às Professoras Doutoradas do Curso de Serviço Social pela grande contribuição na minha formação acadêmica e profissional, um aprendizado para a vida, Valeu a pena ouvi-las e, aprender com essas digníssimas! Quero agradecer imensamente à Professora Doutora Maria Ozanira, grande incentivadora e implementadora do o PPGPP, que me ensinou sobre a pesquisa científica, pela paciência comigo quando fiz parte do GAEEP como bolsista de aperfeiçoamento. Muito obrigada! A todos os professores e servidores do PPGPP, muito obrigada pelo acolhimento. Agradeço imensamente ao GERAMUS - Núcleo de Pesquisa e Extensão sobre Relações de Gênero, Étnico-raciais, Geracional, Mulheres e Feminismos pela acolhida, pelo incentivo à pesquisa e troca de conhecimento sobre questões tão fundamentais para nós mulheres. Muito obrigada! À todos os professores e servidores do PPGPP, muito obrigada pelo acolhimento.

Estendo meus agradecimentos aos funcionários do Núcleo Interno de Regulação do HUUFMA, em especial a meu chefe Rafael, que em um momento especial da minha vida foi muito importante. A todos os companheiros do Comitê de

Ética em Pesquisa do HU-UFMA, à Doutora Silva Cavalcanti, na época Gerente de Atenção à Saúde, por possibilitar-me a participação no Doutorado; às amigas e profissionais Vânia Cantanhede e Priscila Monteiro.

Meus agradecimentos especiais aos profissionais que me acolheram nas maternidades MACMA, Materno Infantil ( HU-UFMA) e Nossa Senhora da Penha no momento da pesquisa de campo e a todas às mulheres negras que contribuíram imensamente com suas experiências para a concretização e discussão da temática “violência obstétrica” neste trabalho.

Enfim, a todos, os meus sinceros agradecimentos.

## RESUMO

A presente Tese analisa a violência obstétrica contra as mulheres negras atendidas em maternidades públicas, em São Luís/MA, no ano de 2022, que expressam suas experiências de gestação no que se refere ao pré-natal, parto, pré-parto e pós-parto. O objeto de estudo se delinea adotando o conceito de interseccionalidade, considerando a interação entre dois ou mais eixos da subordinação, nesse sentido: raça, gênero e classe, os quais vinculados a outros sistemas de opressão criam desigualdades estruturantes que contribuem para a sustentação do sistema capitalista que incide de forma concreta sob a vida das mulheres negras e contribui para o surgimento das inúmeras violências vivenciadas por elas, como o racismo e o sexismo. Tais questões não são adequadamente analisada ou abordadas pelas concepções tradicionais do feminismo, muitas vezes centradas na perspectiva eurocêntrica. Nesse sentido, o conceito de interseccionalidade é primordial como indicação à necessidade de analisar a violência obstétrica contra mulheres negras, a partir de uma realidade concreta, ou seja, no espaço institucional da saúde –, porventura crivado de racismo e sexismo com tendência a trazer consequências desagradáveis à saúde materna das mulheres negras e, como tal, contribui para a não efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos. Neste estudo, apreendo a violência obstétrica como um problema de saúde pública e como uma violência de gênero, cujas experiências das mulheres negras são analisadas sob essa perspectiva considerando o modelo de opressão patriarcal baseado, também, no escravismo. O estudo é de caráter qualitativo pautado na concepção crítico-dialética necessária para a apreensão do objeto de estudo nas suas múltiplas determinações, sendo realizado *in loco* nas Maternidade Nossa Senhora da Penha, na Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA), ambas vinculadas à Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA) e na Unidade Materno Infantil - HUMI - vinculada ao Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão- HUUFMA. A técnica de coleta de dados se baseou no roteiro de entrevista semiestruturada realizada com 15 (quinze) mulheres puérperas que se autodeclaram negras internadas nas unidades de saúde supracitadas. As análises dos resultados permitem captar as concepções das mulheres sobre violência obstétrica, os tipos e as formas de enfrentamento, as quais repercutem no cotidiano do pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. Por meio da análise dos relatos verifico que as puérperas sofrem violência obstétrica de diferentes formas:

negligência, verbal, física e psicológica que ocorrem no decorrer de suas gestações, parto e pós-parto, conforme os estudos que evidenciam a naturalização desse tipo de ocorrência pelos profissionais de saúde tendo como base o racismo institucional sob um viés racial implícito. Entretanto, a maioria das mulheres não consegue associar os atos cometidos pelos profissionais como violência obstétrica, isso pela falta ou insuficiência de informação sobre o tema ou pela dificuldade em identificá-lo como ato de desrespeito que atinge a sua autonomia e os seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos e, sobretudo, como uma violência; não identifica, também, a existência de relação violência obstétrica ao fato de serem mulheres negras, o que coaduna com os estudos sobre o tema a partir da pesquisa bibliográfica. Porém, reconhecem que o racismo está presente no acolhimento de mulheres negras atendidas nas maternidades e que, sobretudo, é preciso discutir melhor sobre este problema para combatê-lo. Acreditam que a discriminação referente a classe social é o eixo mais presente e frequente, visto que a pobreza e a desigualdade social determinam o atendimento/acolhimento, que podem incidir diretamente no acesso as ações e serviços de saúde oferecidos nas maternidade. Por meio da observação sistemática as maternidades pesquisadas não tratam o tema violência obstétrica na rotina da assistência multiprofissional; esse ainda é invisível e/ou sua abordagem considerada incomum, sendo, também, a questões racial, de gênero e de classe pouco consideradas no âmbito das relações profissionais, nos processos de trabalho da equipe e do contexto do incremento dos modelos de gestão implementados, mesmo diante das iniciativas voltadas para as mulheres, da Política de Atenção à Saúde Integral da População Negra e da Rede Cegonha indicadas como parâmetros que conduzem à discussão sobre as relações étnico/raciais e de gênero. Por fim, mulheres negras puérperas, neste trabalho, que sofrem violência obstétrica são silenciadas, atravessadas pela discriminação racial, de gênero e de classe social que, no geral, desconhecem, na sua plenitude, a identificação e as formas de enfrentamento da violência obstétrica sofrida no cotidiano do parto e nascimento. O estudo obedeceu aos aspectos éticos e legais, de acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 466/12, que trata das diretrizes e normas de pesquisas com seres humanos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Interseccionalidade. Gênero. Violência obstétrica. Violência contra a mulher negra. Racismo institucional.

## ABSTRACT

This Thesis analyzes obstetric violence against black women treated in public maternity hospitals, in São Luís/MA, in the year 2022, who express their pregnancy experiences with regard to prenatal care, childbirth, pre-birth and postpartum. The object of study is outlined considering the concept of intersectionality, considering the interaction between two or more axes of subordination, in this sense: race, gender and class, which, linked to other systems of oppression, create structuring inequalities that contribute to the support of the system capitalism that has a concrete impact on the lives of black women and contributes to the emergence of countless forms of violence experienced by them, such as racism and sexism. Such issues are not adequately analyzed or addressed by traditional conceptions of feminism, which are often centered on the perspective Eurocentric. In this sense, the concept of intersectionality is essential as an indication of the need to analyze obstetric violence against black women, based on a concrete reality, that is, in the institutional health space – perhaps riddled with racism and sexism with a tendency to bring consequences unpleasant to the maternal health of black women and, as such, contributes to the non-fulfilment of their sexual and reproductive rights. In this study, I understand violence. obstetrics as a public health problem and as gender-based violence, whose experiences of black women are analyzed from this perspective considering the model of patriarchal oppression also based on slavery. The study is of a qualitative nature based on the critical-dialectic conception necessary for the apprehension of the object of study in its multiple determinations, being carried out in loco at the Maternidade Nossa Senhora da Penha, at the Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA), both linked to the State Department of Health of Maranhão (SES/MA) and at the Maternal and Child Unit - HUMI - linked to the University Hospital of the Federal University of Maranhão - HUUFMA. The data collection technique was based on a semi-structured interview script carried out with 15 (fifteen) postpartum women who self-declared to be black and hospitalized in the aforementioned health units. The analysis of the results allows us to capture women's conceptions of obstetric violence, the types and ways of coping, which impact their daily prenatal, pre-delivery, childbirth and postpartum routine. Through the analysis of the reports, I found that women who have recently given birth suffer obstetric violence in different ways: neglect, verbal, physical and psychological that occur during their

pregnancies, childbirth and postpartum, according to studies that show the naturalization of this type of occurrence by health professionals based on institutional racism under an implicit racial bias. However, the majority of women are unable to associate the acts committed by professionals with obstetric violence, due to the lack or insufficient information on the subject or the difficulty in identifying it as an act of disrespect that affects their autonomy and human rights, sexual and reproductive and, above all, as violence; It also does not identify the existence of a relationship with obstetric violence and the fact that they are black women, which is in line with studies on the subject based on bibliographical research. However, they recognize that racism is present in the reception of black women treated in maternity wards and that, above all, it is necessary to discuss this problem better in order to combat it. They believe that discrimination related to social class is the most present and frequent axis, since poverty and social inequality determine care/reception, which can directly affect access to health actions and services offered in maternity hospitals. Through systematic observation, the maternity hospitals surveyed do not address the issue of obstetric violence in the routine of multidisciplinary care; this is still invisible and/or its approach is considered unusual, and racial, gender and class issues are also little considered in the scope of professional relationships, in team work processes and in the context of the increase in management models implemented, even in the face of initiatives aimed at women, the Policy for the Integral Health of the Black Population and Rede Cegonha indicated as parameters that lead to the discussion on ethnic/racial and gender relations. Finally, black postpartum women, in this work, who suffer obstetric violence are silenced, crossed by racial, gender and social class discrimination that, in general, are completely unaware of the identification and ways of coping with obstetric violence suffered in the day-to-day labor and birth. The study complied with ethical and legal aspects, in accordance with the recommendations of the National Health Council and Resolution 466/12, which deals with.

**KEYWORDS:** Intersectionality. Gender. Obstetric violence. Violence against black women. Institutional racism.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação dos Documentos Institucionais por Maternidade, tipo e período/ano.....	39
Quadro 2 – Tipos de manifestação da violência obstétrica nos estados e município brasileiros.....	131
Quadro 3 – Perfil Socioeconômico e familiar das puérperas.....	146
Quadro 4. Identificação das Maternidades Públicas do Estado do Maranhão.....	169
Quadro 5 : Características das Maternidades em relação nº de partos e serviços oferecidos – 2021.....	174

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AGHU** - Aplicativo de Gestão para os Hospitais Universitário
- BVS** - Biblioteca Virtual em Saúde
- CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CIB** - Comissão Intergestora Bipartite
- CIPD** - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
- CIR** - Comissão Intergestores Regional
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- CONEP** - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
- CONITEC** - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sus
- CPMI** - Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
- CRC** - Combahee Rive Collective
- CVSPB** - Campus Virtual de Saúde Pública
- DGC** - Divisão de Gestão do Cuidado
- EIR** - Estatuto da Igualdade Racial
- FEBRASGO** - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
- GTI** - Grupo de Trabalho Interministerial
- HU-HUFMA** - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
- IDHM** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- MACMA** - Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão
- MIF** - mulher em idade fértil
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PAISM** - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PES** - Plano Estadual de Saúde do Estado do Maranhão
- PNAISM** - Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher
- PNPM** - Plano Nacional de Política Para as Mulheres

**PNSIPN** Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

**PPI** - Programa de Parcerias de Investimentos

**PRI** - Planejamento Regional Integrado

**RAMI** - Rede de Atenção Materno Infantil

**RAS** - Rede de Atenção à Saúde

**RDC** - Resolução da Diretoria Colegiada

**RENASES** - Rede Nacional de Ações e Serviços de Saúde

**RMM** - Razão de Mortalidade Materna

**SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem .

**SES/MA** - Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão

**SIM** - Sistemas de Informações sobre Mortalidade

**SINASC** - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-

**SPM** - Secretaria de Políticas para as Mulheres e Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UFMA** - Universidade Federal do Maranhão

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
1.1. O tema e a motivação da pesquisa, recorte analítico e caracterização do objeto de estudo.....	20
1.2. Concepção teórico-metodológica e o percurso metodológico.....	29
1.3. Estrutura da Tese .....	49
<b>2. GÊNERO, FEMINISMOS E INTERSECCIONALIDADE .....</b>	<b>51</b>
2.1. Gênero e Feminismos .....	51
2.2. Interseccionalidade: antecedentes e conceituação .....	70
2.3. Mulheres negras e a conformação do racismo: nuances e intersecções históricas. ....	99
<b>3. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A dor (quase) esquecida .....</b>	<b>108</b>
3.1. (Re)produção da violência em mulheres negras na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos. ....	110
3.2. Violência Obstétrica: conceituação e caracterização. ....	123
3.3. Racismo institucional na área da saúde: invisibilização no contexto da violência obstétrica.....	135
<b>4. REDES DE ASSISTÊNCIA MATERNA NO MARANHÃO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. ....</b>	<b>141</b>
4.1. Assistência à saúde da mulher negra. ....	141
4.2. Desvelando as condições socioeconômicas e demográficas das mulheres negras: quem são as puérperas? .....	145
4.3. Rede de assistência às gestantes no Maranhão e acesso aos serviços de atenção pré-natal pelas mulheres negras.....	156
4.4. Caracterização das maternidades.....	168
<b>5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VIDA DAS MULHERES NEGRAS: SUJEITOS ENVOLVIDOS, INTERPRETAÇÕES E REPERCUSSÕES: “O LIMBO DO PARTO”.</b>	

<b>5.1. Manifestação da violência Obstétrica: aspectos da des(humanização) no pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. ....</b>	<b>179</b>
<b>5.2. Invisibilidade do racismo na violência obstétrica .....</b>	<b>202</b>
<b>5.3. “Já ouvi falar”: a percepção sobre violência obstétrica.....</b>	<b>210</b>
<b>5.4. A posição das mulheres negras: é possível estratégias de enfrentamento para superação da violência obstétrica? .....</b>	<b>216</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>222</b>
<b>7.REFERÊNCIAS.....</b>	<b>230</b>
<b>APÊNDICE A- ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>267</b>
<b>APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO; DADOS SOCIOECONÔMICOS .....</b>	<b>269</b>
<b>APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>271</b>
<b>APÊNDICE D - Roda de conversa com os profissionais de saúde .....</b>	<b>274</b>
<b>APÊNDICE E - Ambiência centro de parto normal/pré-parto.....</b>	<b>275</b>
<b>APÊNDICE F- Roteiro de observações sistemáticas em campo.....</b>	<b>278</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>279</b>
<b>ANEXO 1 – Variáveis a serem investigadas .....</b>	<b>280</b>
<b>ANEXO 2 - 1ª Turma de Doula HU-UFMA -2023.....</b>	<b>282</b>
<b>ANEXO 3- Ficha Perinatal Ambulatorial (SUS/MS) .....</b>	<b>283</b>
<b>ANEXO 4 - Parecer Comitê de Ética e Pesquisa -CEP/HU-UFMA.....</b>	<b>285</b>

## 1. INTRODUÇÃO

*Eu, mulher negra, não sou sujeito universal! (Lívia Sant'anna, 2020).*

### 1.1. O tema e a motivação da pesquisa, recorte analítico e caracterização do objeto de estudo

O estudo sobre a violência obstétrica tem instigado meu interesse pela necessidade de discutir uma temática relevante e relacionada a violência contra a mulher, compreendido como um fenômeno multifacetado e, por estar na realidade social, requer uma análise a partir de suas múltiplas determinações sociais, econômicas, políticas e culturais. Nesse norte, considero importante saber o porquê de as mulheres negras atendidas nas maternidades públicas maranhenses vinculadas ao Sistema Único de Saúde - SUS - constituírem um número significativo de mulheres que sofrem violência no pré-parto, parto e pós-parto, conforme as pesquisas realizadas por instituições oficiais e estudos acadêmicos sobre a temática.

Enfatizo que a intenção em investigar esse fenômeno consubstanciou-se quando ocorreu a discussão no plano acadêmico sobre a violência contra a mulher no período gestacional, que culminou na dissertação intitulada *“Análise da violência doméstica intrafamiliar física e psicológica contra gestantes: percepções e repercussões na vida das mulheres atendidas na Unidade Mista Itaqui Bacanga, em São Luís, MA”* defendida no ano de 2012, no Programa de Pós-Graduação *stricto-sensu* - Mestrado e Doutorado em Políticas Públicas - vinculado à Universidade Federal do Maranhão - UFMA em que foram apresentados, pelas participantes da pesquisa, relatos sobre a violência psicológica e simbólica no pré-natal, especificamente em 60% das gestantes que se autodeclararam pardas, 20% negras e 20% brancas. (Castilho, 2012)

Ademais, as experiências como trabalhadora da saúde – Assistente Social no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU– HUFMA), especificamente como gestora da Linha da Violência Sexual entre os anos de 2016 a 2018 -, e participante no processo e monitoramento da Linha de Cuidado Materno Infantil implantada pela Divisão de Gestão do Cuidado -DGC, instigou-me também, considerando as falas ou expressões inadequadas que indicavam tratamento desumanizado pelos profissionais de saúde, ocorrência de desconforto emocional das

gestante e puérperas verbalizada pelas mulheres e com indícios de violência obstétrica não notificados pela equipe. Estes supostos indicativos ocorriam mesmo diante dos avanços existentes em decorrência das ações realizadas por meio da Rede Cegonha e dos programas propostos, implementados e vinculados ao contexto do Ministério da Saúde

Esclareço sobre o meu interesse pela temática que, como mulher negra, nascida na região central de São Luís/MA e estudante de escola pública desde o ensino fundamental à Pós-Graduação, vi-me durante o primeiro ano do Mestrado, grávida e sofrendo, de certo modo, uma violência subliminar (simbólica) e psicológica por parte, principalmente de profissionais que “alertaram” quanto a minha irresponsabilidade em ter engravidado, me imputando uma “culpa” de forma exclusiva sobre o fato de estudar e escolher ter um filho “ao mesmo tempo”. Os intemperes não me desestimularam e ocorreu que, diante de todas as adversidades em cuidar de uma criança recém-nascida, de trabalhar em dois veículos empregatícios, um deles da iniciativa privada - pois não fui liberada - concluí o Mestrado em tempo. De fato, sofri violência psicológica e simbólica quando gestante.

Expresso tudo isso, de modo muito particular, pois a partir das circunstâncias as quais fizeram parte desse processo até a minha conclusão do Mestrado e a “vivência” no decorrer da pesquisa, com mulheres na maioria negras, pobres e periféricas pude analisar como somos submetidas a diversos tipos de violência, observados nas falas, nos gestos, na dificuldade em acessar a política pública de saúde que garantam um parto adequado, público e de qualidade. A análise das falas das gestantes motivou-me a estudar a violência contra a mulher em outro patamar: a violência obstétrica contra as mulheres negras. Isso me fez refletir sobre a situação dessas mulheres no pré-parto, parto e pós-parto em relação a violência que se apresenta no cotidiano das maternidades, quiçá de forma natural.

A presente Tese de Doutorado tem como objeto de estudo a análise da violência obstétrica contra mulheres negras atendidas em maternidades de São Luís/MA vinculadas ao SUS, no ano de 2022, numa perspectiva interseccional, compreendendo o fenômeno a partir tripla opressão: de gênero, raça e classe, as implicações dessa violência nas suas vidas, no que concerne a assistência à saúde prestada no contexto de atenção ao pré-natal, ao pré-parto, ao parto e ao pós-parto.

Utilizo a perspectiva da interseccionalidade como uma investigação e práxis crítica para apreender a violência obstétrica contra as mulheres negras, considerando

que as sociedades se estruturam historicamente a luz de modelos de dominação-exploração-opressão que incidem de forma concreta sob a vida dessas mulheres, como exemplo as inúmeras violências vivenciadas por elas, dentre as quais o racismo, o sexismo e as desigualdades socioeconômicas a que estão submetidas

Nesse sentido é importante analisar a condição da mulher negra nessa estrutura, pela submissão e humilhação históricas, pelas condições desfavoráveis e impostas a partir das condições econômica e social, pelo modelo de discriminação ainda presente e pelo acesso às políticas públicas, que se dão em um campo de correlação de forças desigual. Assim, coaduno com compreensão de Collins e Bilge sobre a interseccionalidade.

A Interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explica a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (Collins, 2021, p. 15-16)

Desse modo, busco apreender o problema da violência obstétrica, considerando as experiências das mulheres negras, capturando as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre os eixos de opressão que combinados criam outros sistemas discriminatórios favorecedores das desigualdades que estruturam as posições relativas dessas mulheres. No processo de formação da sociedade brasileira, como exemplo, primou-se por um modelo de opressão patriarcal e de classe baseado no escravismo que originou a acumulação capitalista nas Américas e, como consequência, a naturalização do racismo e do sexismo como sistemas de sustentação desse capitalismo (Barroso, 2018).

Como diz Crenshaw (2012) há, frequentemente, certa invisibilidade que envolve questões referentes às mulheres negras ou marginalizadas, que não são adequadamente analisadas ou abordadas pelas concepções tradicionais de discriminação de gênero e raça, ou seja, as dimensões raciais ou de gênero, que são parte da estrutura do capitalismo teriam que ser entendidas como fatores que contribuem para a produção da subordinação.

A importância de desenvolver uma perspectiva que revele e analise a discriminação interseccional reside não apenas no valor das descrições mais

precisas sobre as experiências vividas por mulheres racializadas, mas também no fato de que intervenções baseadas em compreensões parciais e por vezes distorcidas das condições das mulheres são, muito provavelmente, ineficientes e talvez até contraproducentes. Somente através de um exame mais detalhado das dinâmicas variáveis que formam a subordinação de mulheres racialmente marcadas pode-se desenvolver intervenções e proteções mais eficazes (Crenshaw, 2012, p. 177).

O que se quer enfatizar com isso? Que é necessário analisar as condições em que se formou o modelo de opressão sobre as mulheres negras (aqui como opressão de gênero) considerando que, para esse grupo, as violências dirigidas a elas não se equiparam ou não se deram da mesma forma como para o homem negro ou a para a mulher branca. Deu-se de modo particular reverberando nas formas de violência e desigualdade postas atualmente. Assim, uma análise aprofundada sobre as variáveis que incidem sobre as condições das mulheres negras que sofreram ou sofrem violência obstétrica é fundamental.

No Brasil, no âmbito do Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado Federal (2013) - que investigou a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurou as denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência (Senado Federal, 2013) - indicou o uso da interseccionalidade para o atendimento às mulheres em situação de violência que deve ocorrer na rede de serviços, a partir de um conjunto de ações de diferentes setores, em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde. O relatório ressaltou que a política não atinge a maioria das mulheres, particularmente àquelas que vivem em regiões de difícil acesso, como nas comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas e em municípios mais pobres e que há insuficiência de políticas de interseccionalidade e transversalidade de gênero, raça/etnia, sexualidade, idade, capacidades etc.

Isso demonstra a necessidade do uso analítico da interseccionalidade nas políticas públicas, considerando os problemas que atravessam esses sujeitos, sendo importante a recomendação do Governo Federal, especificamente da Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM -, àquela época, sobre a elaboração e execução de políticas de enfrentamento à violência contra a mulher sob essas perspectivas em razão do gênero, da raça, da etnia, da orientação sexual, da deficiência, idade, etc., ou seja, a SPM teria o “papel de articular junto aos demais ministérios a execução, implementação da política e garantia da interseccionalidade (Senado Federal, 2013)

A alusão a esse momento é para destacar que o uso da interseccionalidade já estava presente na formulação e na implementação da política de enfrentamento e atendimento às violências sofridas pelas mulheres exigindo a operacionalização de ações e serviços considerando essa concepção.

Nesse sentido, a interseccionalidade enquanto ferramenta de análise coloca-se como ponto importante para que as diferentes formas da violência - como a violência obstétrica - sejam analisadas também de maneira crítica.

Pensar na interseccionalidade extrapola esse foco monocategórico, no que diz respeito ao uso das categorias gênero, classe e raça, mas percebê-la como um conceito que possibilita o entrecruzamento que vai abranger várias formas de desigualdades que são organizadas por lógicas que muitas vezes se assemelham. Então, a interseccionalidade visa a introdução de um maior nível de complexidade na conceituação das desigualdades e permite o entendimento sobre o desenvolvimento, de forma complexa e útil, das estruturas de poder que se interconectam para explicar determinada realidade social a partir das experiências cotidianas apresentadas, neste caso pelas mulheres negras atendidas nas maternidades públicas de São Luís/MA

Esse estudo não é sobre um fenômeno inconstante, pois é localizado no tempo e no espaço por meio de uma análise sócio-histórica e sendo apresentado por pessoas reais - as participantes da pesquisa - que colocam suas vivências e experiências no centro da produção de conhecimento, podendo contribuir para pensar novas formas de resistência e luta contra todas as opressão, as quais entranhadas nos sistemas de poder e de exploração que, também interconectados, dificultam a busca de justiça social e da superação das desigualdades sociais.

Desse modo, observar e analisar a violência contra as mulheres negras sob o ponto de vista interseccional e torna necessário, uma vez que a solução para violência desse tipo vai continuar improvável de se validar se for lida tão somente a partir da perspectiva de gênero que oculta como que as questões de raça e classe articulam essa violência, tanto no sentido de seu aprofundamento, como no sentido da resistência.

Assim, o objetivo do presente estudo é analisar a violência obstétrica contra as mulheres negras atendidas em maternidades de São Luís/MA vinculadas ao SUS, numa perspectiva interseccional, compreendendo o fenômeno a partir da tripla opressão: de gênero, raça e classe. Os objetivos específicos são: identificar e analisar as condições de vida das gestantes negras atendidas nas maternidades, a partir de

indicadores socioeconômicos e demográficos; identificar a situação em que ocorreu a violência obstétrica, o tipo de agressão e os sujeitos envolvidos; analisar os fatores associados e desencadeantes da violência obstétrica nas gestantes negras; analisar qual interpretação das gestantes negras sobre a violência obstétrica e as estratégias de enfrentamento.

É relevante apreender as formas pelas quais o racismo e o patriarcado se estruturam em relação a essas mulheres, bem como a necessidade de investigar as implicações dessa violência nas suas vidas, considerando a assistência à saúde prestada no contexto de atenção pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto.

E por que “limbo do parto”? Segundo o dicionário<sup>1</sup> o termo “limbo” é *o estado do que se encontra esquecido; negligenciado ou indefinido*. Assim associo o termo limbo à violência obstétrica no parto por entender que esse é um fenômeno ignorado e muitas vezes desprezado por muitos profissionais da área da saúde e pelos serviços de atenção às mulheres nas maternidades, mesmo diante do crescente número de gestantes que sofrem essa violência, entre estas as negras, conforme apontam os dados em destaque.

Dados estatísticos revelam a necessidade de aprofundar a discussão sobre o tema. Segundo a Fundação Perseu Abramo (2010), uma (1) em cada quatro (4) mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, exemplificados em gritos, procedimentos dolorosos não autorizados ou informados, ausência de anestesia, negligência, queixas de assédio sexual durante o pré-natal e a aquelas consideradas diretas ou sutis, como impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência ou tratar uma mulher em trabalho de parto de forma agressiva.

Em relação a atenção ao parto, dados da Pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado: uma década de mudanças na opinião pública (2013)* revelam que a violência institucional no parto é considerada um problema grave de saúde pública, no geral silencioso e invisível, em que são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto no SUS, o que atenta contra os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres.

Segundo Hotimsky et al (2007;2013) e Diniz (2013) mulheres descrevem o trabalho de parto associado a solidão, medo e dor, principalmente, apontado por negras, solteiras e de baixa renda. Expressões como “*quando você fez, você gostou*”

---

<sup>1</sup> Ver <https://www.dicio.com.br>.

são uma constante nas maternidades vinculadas ao SUS e fazem parte de um “linguajar” profissional, que intenciona, por meio de uma violência simbólica, disciplinar, desmoralizar e naturalizar o sofrimento e desautorizar os pedidos de ajuda das usuárias. Segundo Aguiar e Oliveira (2010) esse processo é permeado pela violência institucional, cometida justamente por aqueles que deveriam ser seus principais cuidadores.

A Pesquisa Violência Institucional no Parto na Rede SUS e Privada (2013) realizada com 542 mulheres em maternidades públicas e privadas, mais de um quarto das entrevistadas relataram ter sido submetidas a alguma forma de abuso no parto, sendo que 23% das mulheres relataram ter sofrido violência verbal. Tais expressões muitas vezes são auferidas e pautadas em estereótipos de gênero e de raça, discurso autoritário e desrespeitoso, com declarações que adentram na vida pessoal das usuárias. Além de relatos de negligência e abandono na assistência às gestantes, muitas vezes são impedidas de terem o direito a acompanhante ou uma imposição de que a dor no parto deve ser vista como “natural”, portanto, suportável.

Por conseguinte, qualquer forma de violência contra as mulheres, independentemente de sua condição social, raça/etnia<sup>2</sup>, orientação sexual e geração, deve ser abominada e combatida pelos poderes públicos e pela sociedade em geral. Ressalto que esse fenômeno, como dito, é multifacetado e deve ser combatido em todas as suas dimensões, está inserido na esfera pública e nas relações sociais, sendo externo ao âmbito privado, em que o “pessoal é político”, como preconiza o movimento de mulheres e feministas no contexto de luta e resistência contra todas as formas de violência sofrida pelas mulheres.

Considero que a violência obstétrica é um fenômeno que diz respeito exclusivamente às mulheres, expressão da violência contra a mulher assim definida pela IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - realizada em BEIJING<sup>3</sup>, China, em 1995

---

<sup>2</sup> Existem diferenças conceituais de raça e etnia, embora ambas sejam utilizadas nas relações de poder. “O conceito de raça no século XIX culminou com a produção teórica do racismo científico. Essa teoria legitimava a superioridade da raça branca europeia e a inferioridade das demais raças humanas, sendo que a raça negra ocupava o último nível nessa hierarquização biológica [...] o conceito de etnia aborda as questões de identidade dos povos, e nem sempre expressa relações de dominação. Nessa conceituação é fundamental o estabelecimento de fronteiras de diferenciação, em que a questão cultural é central. (Nardi, 2014, p.17)

<sup>3</sup> No ano 2000 a ONU adotou novas medidas e iniciativas para a aplicação da Declaração de Beijing, com a formulação do documento conhecido como “Beijing+5”, o qual realizou um balanço dos cinco primeiros anos de aplicação da Plataforma para a Ação de Beijing, e, ampliou os atos considerados como violência contra a mulher, incluindo situações específicas de mulheres envolvidas em conflitos armados, escravidão sexual, gravidez forçada, crimes em defesa da honra, crimes passionais,

qualquer ato que tem por base o gênero e que resulta ou pode resultar em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica, inclusive ameaças, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, que se produzam na vida pública ou privada [...]” (ONU, 1995, p. 51).

Desse modo, a violência obstétrica é violência de gênero. Manifesta-se de distintas formas e não atinge todas as mulheres de maneira semelhante, pois há diferença no que concerne ao estado civil, raça e/ou classe e/ou serviço público ou privado.

Nessa lógica, a ONU por meio do Relatório Geral produzido em 2019 (74ª sessão da ONU) denominado “*Abordagem baseada nos direitos humanos para abuso e violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva, com ênfase especial na assistência ao parto e violência obstétrica*” reconhece a violência obstétrica como violação dos direitos humanos de mulheres e meninas em dimensão global e sistêmica. Ressalto que este Relatório é considerado o primeiro documento dedicado à questão dos maus tratos e violência sofridos durante o parto. (ONU, 2019).

Nesse sentido, esta Tese pretende contribuir para dar visibilidade social e política às mulheres negras que sofrem violação de direito relacionado ao acesso às ações e serviços de saúde nas maternidades em relação ao parto digno e humanizado, conforme os princípios do SUS – Lei. 8.080/1990 e do Estatuto da Igualdade Racial, que refere no Título II dos Direitos Fundamentais, Capítulo I do Direito à Saúde:

Art. 6º O direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos.

§ 1º O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra será de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta. (Brasil, 2010).

Dados lançados por meio da campanha “SUS Sem Racismo” promovida pelo Ministério da Saúde em 2014, 60% das vítimas de mortalidade materna no país são negras; somente 27% das mulheres negras têm acompanhamento durante o parto e em relação às mulheres brancas esse número chega aos 46.2%. Estatísticas da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, por sua vez, revelam em

---

pornografia infantil, esterilização forçada, aborto forçado, uso coercitivo de contraceptivos, infanticídio feminino, seleção pré-natal do sexo do bebê, crimes com motivação racial, rapto e a venda de meninas, ataques com ácido e os casamentos precoces. (Grupo parlamentar interamericano sobre população e desenvolvimento, mimeo, p.1)

2011 que uma mulher negra recebe menos tempo de atendimento médico do que uma mulher branca. Enquanto 46,2% das mulheres brancas tiveram acompanhantes no parto, apenas 27% das negras utilizaram esse direito (Brasil, 2014).

Essa campanha, sem dúvida, revela a expressão do racismo no SUS, cujas consequências decorrem de um contexto de desigualdade étnico-racial perverso, no qual a população negra, sobretudo mulheres, vem sendo submetida à opressão de gênero com recorte racial ao longo da história no Brasil.

Dados da pesquisa apresentada por Guarda (2017) indicam que há associação entre raça/cor e tipo de causa obstétrica. A pesquisadora preconiza que, dos 419 óbitos maternos por causa direta (hemorragias, transtorno hipertensivo e outros), 275 ou 65,6% ocorreram em mulheres pardas, 11,2% em mulheres pretas, 15,7% em mulheres brancas e em mulheres indígenas, 2,4%. Ainda demonstram que 64,1% de ocorrências de óbito ocorreram em mulheres pardas residentes em todas as regionais de saúde do Maranhão.

A partir dos dados apresentados subtendo que no estado do Maranhão, ainda se requer estudo aprofundado sobre a violência obstétrica, especialmente, a violência contra as gestantes e parturientes negras. Assim, há a necessidade premente de se conhecer a situação da violência obstétrica sobretudo, em mulheres em acompanhamento no parto e nascimento, bem como, identificar as condições em que a violência ocorre, suas características e repercussões, na perspectiva de efetivar ações que protejam as usuárias, minimize os agravos e, conseqüentemente, subsidiem a política pública de saúde no Maranhão voltada para essas mulheres.

Foram poucas as iniciativas do Legislativo maranhense em elaborar Projetos de Lei sobre a violência obstétrica. Tem-se uma primeira iniciativa com o projeto de Lei S/N- 2017 que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado do Maranhão, mas que não entrou na pauta de discussão do Poder Legislativo Estadual.

Dessa forma, a escolha do tema se justifica pela importância do aprofundamento da discussão sobre a violência obstétrica em maternidades no contexto maranhense e suas consequências na história de vida e saúde de mulheres negras usuárias do SUS. Além disso, esse estudo visa contribuir com o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos no contexto da assistência ao parto e o nascimento, considerando a integralidade do cuidado.

À guisa das questões abordadas, o presente estudo apresenta a seguinte questão norteadora: existe interseção entre gênero, racismo e classe que dê conta de explicar a violência obstétrica em mulheres negras?

A pergunta levou à confirmação de que na sociedade patriarcal brasileira estão presentes as opressões de raça, classe e gênero contra as mulheres negras no âmbito institucional da saúde, considerando que a maioria das usuárias atendidas nas maternidades pesquisadas são mulheres, pobres e negras. Esses espaços de saúde, mesmo desenvolvendo ações de prevenção da violência contra a mulher, não discutem de forma objetiva temas como relações gêneros patriarcais relacionadas ao racismo no âmbito institucional, o qual poderia contribuir para a redução das desigualdades raciais e o combate à discriminação no SUS. No que refere a atenção ao parto e o nascimento, as mulheres negras não conseguiram identificar diretamente se sofreram violência obstétrica relacionada à cor da pele. Contudo, as falas das mulheres expressam esta violência em espaços de saúde que atendem em sua maioria mulheres pretas e pardas, conforme os dados estatísticos levantados neste trabalho.

## **1.2. Concepção teórico-metodológica e o percurso metodológico.**

A pesquisa tem como referencial teórico-metodológico a concepção dialético-crítica, que possibilita a interpretação da realidade social em uma totalidade histórica, contraditória e em suas múltiplas determinações, compreendendo que “ a investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, de perquirir a conexão íntima que há entre elas” (Marx, 2002, p. 28).

A perspectiva dialético-crítica sobre o fenômeno da violência obstétrica em mulheres/puérperas negras permite o vislumbramento dessa realidade para além de sua aparência, por meio da ruptura com visões unilaterais, visto que nessa perspectiva não existem abordagens fixas, pois os fenômenos sociais se inserem no contexto histórico e sofrem constantes transformações. Assim, a apreensão da realidade das mulheres negras/puérperas que sofrem a violência obstétrica tem como norte a necessidade de conhecer os mais variados elementos que envolvem esta prática.

Na relação sujeito-objeto busco a origem e os processos históricos que os constituem. Nessa lógica, o método marxiano é dialético e histórico, mas também

estrutural, pois procura compreender as particularidades que o objeto assume em determinado momento, na realidade e na dinâmica de suas relações com a totalidade sócio-histórica por meio das mediações. Assim, apreendo que “o objeto de investigação deste trabalho é um fenômeno que tem sua estrutura e suas funções alteradas em condições históricas diferentes”. (Abreu, 2017, p 26)

Através do método dialético Marx demonstra que a realidade social não se apresenta imediatamente na sua essência; o que se identifica, no imediato, são *expressões* do real. Assim, é necessário ir além das aparências, buscar a essência do que se pretende investigar. O que é aparente, visível numa primeira aproximação, deve ser desvendado através dos nexos internos que constituem o real, que não estão visíveis, mas compõem uma totalidade dinâmica e em constante movimento. Compreender esse movimento e desvendar o real a partir de sua inserção sócio-histórica, esse deve ser o objetivo do investigador (Abreu, 2017, p 26).

Nesse sentido, analiso o objeto de estudo enquanto totalidade, inerente às relações de gênero, racismo e classe. Fundamento as categorias teóricas: interseccionalidade, racismo, racismo institucional, violência obstétrica, relações de gênero. Estudos sobre a violência contra a mulher e direitos sexuais e reprodutivos e racismo estrutural/institucional na saúde estão articulados e subsidiaram a análise dos resultados desta investigação. Nesse sentido, o processo investigativo parte do conhecimento teórico que é o estudo do objeto, de sua formação e dinâmica, tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independente dos desejos, das aspirações e representações dos pesquisados (Netto, 2011).

Ademais, na concepção marxiana, o método e a teoria são inseparáveis e se conectam e se manifestam em três categorias fundamentais :totalidade, contradição e mediação, através das quais estabelece-se uma perspectiva teórico-metodológica (Marx, 2008). Ou seja, para Marx as categorias expressam o que acontece na realidade e, ainda, da materialidade da vida cotidiana, mas não do modo como se apresenta em sua imediatez, pois o que se identifica no imediato são *expressões* do real. Portanto, é necessário capturar a *conexão* que está contida no objeto em uma totalidade dinâmica e em constante movimento e não na sua aparência (Marx, 1974), sendo esse o objetivo dessa pesquisa em se tratando da violência obstétrica contra as mulheres negras. Analisar o fenômeno na sua essência e não na sua aparência, compreendendo que a realidade social é uma totalidade complexa de relações sociais construídas historicamente.

Desse modo, ao analisar a violência obstétrica contra as mulheres negras, a compreendo na sua complexidade, tendo como referência as múltiplas determinações, as relações sociais, os processos sócio-históricos, a realidade complexa, contraditória e em constante movimento que perpassa a vida em sociedade.

Embora se tenha o entendimento da apreensão da realidade por meio das categorias fundamentais supracitadas, o objeto de estudo deste trabalho é assimilado, por meio da relação existente entre classe, racismo e gênero, numa perspectiva interseccional, sem perder a análise crítica sobre o objeto de investigação, considerando o estudo de caráter exploratório cujo objetivo foi o aprofundamento das categorias de análise, a construção teórica e metodológica do eixo central da questão. No geral o estudo alicerça-se em autores como: Angela Davis, Heleieth Saffioti, Kabengele Munanga, Acille Mbembe, Silvia Federici, Silvio de Almeida, Helena Hirata, Guacira Louro, Lélia Gonzáles, Judith Butler, Frantz Fanon, Joan Scott, dentre outros autores(as).

Para análise da concepção interseccionalidade busco os estudos teóricos de Patrícia Hill Collins, Sirma Bilge, Bell Hooks, Kimberlé Crenshaw, Adriana Piscitelli que discutem esta categoria a partir da articulação entre os sistemas gênero, raça e classe, que estão na estrutura da sociedade e na dinâmica das relações sociais, com destaque para os sujeitos que experienciam as desigualdades provocadas por esses sistemas, os quais vão manter e gerar novos mecanismos de opressão, dominação e exploração, alicerçados no racismo, sexismo e no patriarcado. Desse modo, o objeto de estudo está baseado na linha de pensamento das teóricas interseccionais.

A pesquisa é de caráter qualitativo, pois proporciona-me apreender o objeto de estudo a partir do processo de construção de abordagens teóricas, de conceitos e categorias durante a investigação, caracterizando-se pela sistematização gradativa do conhecimento, para compreensão da violência obstétrica no interior do grupo de mulheres participantes da pesquisa.

Minayo (2007) sinaliza que as abordagens qualitativas acontecem melhor nas investigações de grupo, em segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a perspectiva dos sujeitos envolvidos, bem como nas análises de discursos e documentos. Ademais, propicia, também, o processo de construção de novas abordagens, de conceitos e categorias durante a investigação, caracterizando-se pela

sistematização gradativa do conhecimento, até que se compreenda a lógica interior do grupo ou do objeto de estudo.

Considerando a fase exploratória, esta é uma metodologia que envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, utiliza autores para uma explanação crítica e científica sobre o tema bem como “objetiva determinar o campo de investigação, as expectativas dos interessados, bem como o tipo de auxílio que estes poderão oferecer ao longo do processo de pesquisa” (Gil, 2002. p.144). Desse modo, realizamos a pesquisa ocorreu por meio das seguintes fases: pesquisa documental, bibliográfica e pesquisa de campo.

Segundo Laville e Dione (1999) *a análise documental* se inicia com a coleta dos materiais e não é acumulação cega e mecânica. Nesse sentido, à medida que colhe as informações, o pesquisador elabora a percepção do fenômeno e se deixa guiar pelas especificidades dos documentos selecionados. Assim, conforme (Matos, 2020), os documentos foram analisados a partir dos seguintes procedimento: definição clara dos conceitos expressos nos documentos Oficiais, os quais: *discriminação racial ou étnico-racial; desigualdade racial, desigualdade de gênero e raça, população negra, direito à saúde da população negra* instituídos pela Lei Nº 12.288/2010 – Estatuto da Igualdade Racial - EIR- e pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSPN (2017); *Humanização e seus dispositivos* instituídos pela Política Nacional de Humanização (2004d); *parto e nascimento* estabelecidos pelo documento Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal - DNAPN (2017) e para *parto cesariana* instituído, como recomendação, pelo Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sus- CONITEC (2016) por meio do Documento Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, com atenção as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento; *acesso as ações e serviços de saúde* previsto na Lei 8.8080/1990 que cria o SUS; *rede de cuidados, planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e nascimento* expressos na Portaria nº 1.459/2011 que institui a Rede Cegonha e na Rede de Atenção Materno Infantil - RAMI (Portaria GM/MS nº 715/ 2022) *políticas públicas para as mulheres* presentes no Plano Nacional de Política Para as Mulheres - PNPM (2004;**2013**), além das produções científicas decorrentes dos estudos realizados por organizações de mulheres e feministas, os quais subsidiam a análise do objeto de estudo.

Desse modo, foram realizadas leitura e interpretação dos diferentes significados dos termos descritos e não escritos, como parágrafos, sentenças, tabelas, gráficos, dados estatísticos, fotos expressas nos documentos, bem como realizamos a análise de conceitos e termos definidos na pesquisa.

Quanto a *pesquisa bibliográfica* para a análise das categorias teóricas indicadas, o estudo foi iniciado pelo conceito de “violência obstétrica” pesquisado em artigos científicos das bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO a partir dos critérios de inclusão e exclusão, considerando a identificação do termo nos títulos, resumos e assuntos, assim dispostos: 200 artigos na base dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), 199 artigos na base de dados MEDLINE e 69 artigos na base dados SCIELO. Assim, num total de 468 artigos completos foram selecionados 30 artigos adequados para esta investigação, considerando a combinação das três bases de dados.

Ainda, a partir dos termos cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), a saber a combinação entre: “violência Obstétrica” e “parto humanizado”, “mulher negra”, “racismo” e “racismo institucional” e a aplicação das combinações dos seis descritores nas três bases de dados resultou em um total de 82 (oitenta e dois) trabalhos recuperados, desse total selecionei 23 (vinte e três) artigos para compor este estudo. Dos 70 (setenta) artigos encontrados na LILACS, 14 (quatorze) foram incluídos. Por sua vez, foram selecionados 4 (quatro) artigos encontrados, dos 6 (seis) presentes na base SCIELO e, por fim, dos 4 (quatro) existentes na MEDLINE, somente 1 (hum) mostrou-se em conformidade com a pesquisa. Ressalto que os referidos descritores foram usados associados e combinados com o operador booleano AND<sup>4</sup>.

Utilizei, também, as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP – Brasil, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para seleção de teses e dissertações cujas temáticas estiveram alinhadas ao objeto de estudo.

Os artigos foram baixados (download) e impressos na íntegra, sendo o estudo apresentado em planilha Word e Excel 2010 para melhor visualização das informações, considerando o ano título, ano, objetivo do estudo e a concepção de categorias teóricas utilizadas que compõem o corpo do trabalho a partir da análise e discussões expressas nos capítulos.

---

<sup>4</sup> Operador booleano AND

Quanto a *pesquisa de campo*, a coleta de dados ocorreu de março 2022 a dezembro 2022 no Hospital Universitário Materno Infantil - HUMI da Universidade Federal do Maranhão (alto risco e risco habitual - HUUFMA- HUMI – federal, de gestão municipal); Maternidade de Alta |Complexidade do Maranhão – MACMA- (alto risco - gestão estadual) e Maternidade Nossa Senhora da Penha (baixo risco - gestão estadual) por desenvolverem *As boas práticas de atenção ao parto e o nascimento (2014)*, a partir de 4 (quatro) categorias preconizadas pelo Ministério da Saúde (2017), as quais apresento apenas para demonstração:

- a) **Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas** como métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro; Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto, outros.
- b) **Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**: administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos; Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto e outros.
- c) **Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão**, como exemplo: manipulação ativa do feto no momento do parto; uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto e; outros.
- d) **Práticas frequentemente usadas de modo inadequado, os quais como exemplo**: correção da dinâmica com utilização de ocitocina; transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto; uso liberal e rotineiro de episiotomia; Exploração manual do útero após o parto, dentre outros

A pesquisa não teve como intuito precípua aprofundar o estudo sobre as práticas comuns na condução do parto normal, no que se refere ao que deve ser feito ou não pelos profissionais, conforme classificação estabelecida pela Organização

Mundial da Saúde em 1996 (OMS, 1996), mas destacar que as maternidades que fizeram parte da análise estão no escopo das boas práticas do parto e nascimento e que, a vista disso, estão inseridas também, na Linha de Cuidado da Gestante<sup>5</sup> que organiza a Rede Materno Infantil no Maranhão, no que se refere às ações do pré-natal, parto, nascimento, puerpério<sup>6</sup>, planejamento familiar e saúde sexual reprodutiva, e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial nos dois primeiros anos de vida, com vistas à atenção humanizada, eficiente e conseqüentemente a redução da morbimortalidade materna e infantil (Rami, 2022).

Destaco que, para atenção materna infantil, a Rede Cegonha, criado em 2011, foi atualizada por meio da Portaria nº 715 de 04 de abril de 2022, que instituiu a RAMI criada pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, porém revogada pela Portaria GM/MS nº 12 de 13 de janeiro de 2023.

Entretanto, os critérios de escolha das maternidades ocorreram ainda em 2021, quando elaboramos o projeto de pesquisa qualificado em abril de 2022 ainda sob a orientação da Rede Cegonha (2011), considerando o Plano Rede Cegonha para a Regional de São Luís (2013), que referenciava a atenção materno infantil para o município de São Luís/MA, sendo o documento base para a escolha das maternidades vinculadas a gestão estadual, por meio da matriz diagnóstica formado por 4 (quatro) grupos de indicadores: indicadores de mortalidade e morbidade; indicadores de atenção básica, situação da capacidade hospitalar instalada e indicadores de gestão. O município de São Luís compõe a região de saúde de São Luís pertencente à Macrorregião Norte do Maranhão e nela localiza-se as maternidades de alta complexidade de atenção ao parto e nascimento HU-UFMA, MACMA e a Maternidade Nossa Senhora da Penha. Essas maternidades são referências para o atendimento de 217 municípios maranhenses, em parto de alto risco e risco habitual.

---

<sup>5</sup> Segundo o Plano de Ação do Maranhão a Rede Materno Infantil (RAMI), o objetivo da Linha de Cuidado da Gestante “ é garantir uma rede de serviços com atenção integral à saúde da mulher, em todos os seus ciclos vida, que inclua a assistência à concepção e contracepção, a infertilidade, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis e o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer, mantendo assim uma avaliação priorizada ao risco reprodutivo, visando assim à redução da morbimortalidade materno-infantil do estado do Maranhão”. (RAMI, 2022)

<sup>6</sup> Puerpério é o período da vida da mulher que corresponde aos 42 dias após o parto (Programa de humanização do parto, 2000)

Destarte, que o Plano Rede Cegonha para a Regional de São Luís (2013) foi discutido e pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR), aprovado na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e homologado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.595/2013 que aprovou a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Maranhão e Municípios, com alocação de recursos financeiros para sua implementação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar referente às Regiões de Saúde de Imperatriz, Codó e São Luís.

Contudo, ressalto mesmo considerando os critérios de escolha das maternidades tendo como referência a Rede Cegonha que, neste estudo, na RAMI (MARANHÃO, 2022) observo que, em 2022, a população geral do estado do Maranhão (7.153,626 de habitantes) é dividida em 19 regiões de saúde, sendo 03 macrorregiões<sup>7</sup> de saúde distribuídas da seguinte forma: *norte* (São Luís, Rosário, Pinheiro, Viana, Santa Inês, Bacabal, Chapadinha, Itapecuru Mirim e Zé Doca) com 4.205,810 ha; *macro leste* (Caxias Codó, Presidente Dutra, Pedreiras, Timon e São João dos Patos) com 1.632,701 hab. e; *macro sul* (Imperatriz, Balsas, Açailândia e Barra do Corda), com 1.078,499 hab. (Maranhão, 2022), cuja organização territorial é fundamental para a implementação das ações e serviços de saúde, análise sobre a oferta e demanda, cobertura do atendimento, número de leitos disponíveis, número de estabelecimentos de saúde, número de equipes de saúde, oferta de equipamentos de acordo com a região de saúde e a disponibilização de recursos financeiros, sendo necessárias para subsidiar a compreensão sobre o campo empírico.

A inserção no campo empírico ocorreu a partir de visitas a HUMI, a MACMA e a Maternidade Nossa Senhora da Penha. A realização das visitas deu-se por meio de articulação junto à equipe técnica responsável pelas ações implementadas às gestantes e via contato prévio com a direção da unidade de saúde. Seguiu as seguintes etapas esse processo:

- Execução de 1(uma) reunião com a direção e equipe técnica de cada Unidade de saúde pesquisada, em que explanei os objetivos da pesquisa, o tipo de público-alvo e os procedimentos que seriam realizados. As reuniões ocorreram de acordo com a disponibilidade das equipes no período de abril a junho de

---

<sup>7</sup> As Macrorregiões maranhenses, estão organizadas e definidas pela Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no. 64 de 2018, que sejam: Macro Norte, formada de 9 Regiões; Macro Leste, formada por 6 Regiões; e Macro Sul com 4 Regiões de Saúde. (Maranhão, 2022, p. 2)

2022. Na oportunidade realizei na MACMA uma roda de conversa com os Coordenadores das Unidades Assistenciais com o objetivo de apresentar o objeto de estudo, por meio do projeto de Pesquisa, os quais: Supervisão de Atendimento da Marcação de Consultas; Coordenação do Serviço Social; Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Coordenação do Centro de Parto Normal; Supervisão Setorial (Alojamento Conjunto/ Alto Risco); Supervisão da Unidade de Tratamento Intensivo Materna; Coordenação de Enfermagem; Coordenação de Ambulatório e Pré-Natal e Coordenação administrativa (Anexo 1)

- Conhecimento para entender da dinâmica dos fluxos de acesso das gestantes. Esse processo ocorreu por meio de visita às maternidades sob a orientação de um profissional de saúde (enfermeiro ou assistente social) vinculados ao Ambulatório de Obstetrícia, o qual apresentou os fluxos de admissão, processo de atendimento e alta das mulheres do serviço da unidade. Os fluxos seguem a orientação do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia<sup>8</sup> (2017) elaborado pelo Ministério da Saúde que orienta o serviço de atenção materno infantil. O manual fundamenta-se na Rede Cegonha e apresenta o modelo de atenção obstétrica neonatal, a partir dos seguintes elementos: acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, implantação do serviço de acolhimento e classificação de risco; atribuição as equipes; ambiência, protocolo e indicadores de monitoramento e avaliação. Os fluxos das gestantes - pré-natal, parto e nascimento - ocorre nas maternidades seguindo os critérios exigidos pelo manual, porém cada unidade atende conforme as características risco para o parto e nascimento, como tal gestação

---

<sup>8</sup> Segundo o Ministério da Saúde o "Manual é um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Inclui o Protocolo de Classificação de Risco que como ferramenta de apoio à decisão clínica que tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave" (Brasil, 2017, p. 6)

de alto risco<sup>9</sup> e risco habitual<sup>10</sup>, conceitos previstos na Portaria nº 1.020/2013. Os fluxos estão descritos no item sobre o acesso aos serviços de obstetrícia das maternidades.

- Coleta de dados secundários - como relatórios técnicos e de gestão com vistas à apreensão das informações referentes às ações e atividades realizadas pela unidade de saúde em relação às gestantes. Sobre essa questão, o estudo dos dados secundários nas instituições foi por meio de pré-análise considerando: a) a leitura-flutuante, na perspectiva de estabelecimento de contato com os documentos e conhecimento sobre o conteúdo dos textos; e após b) a *escolha dos documentos (relatórios técnicos, relatórios de gestão)* que forneceram informações sobre o problema levantado. Nesse momento foi formado um “corpus”, que é um conjunto de documentos que foram submetidos aos procedimentos de análise (Bardin, 1970), a partir da *regra de exaustividade*, em que todos os elementos que contribuíram para a estruturação e divulgação dos documentos foram considerados e; da *regra de pertinência*, onde os documentos analisados foram considerados adequados para o estudo, enquanto fonte de informação, de modo que corresponderam ao objetivo geral que suscita a análise do objeto de estudo, conforme preconiza Bardin (1970). Destarte, que essa técnica é utilizada na pesquisa documental, os quais elencamos abaixo:
- Realização de leitura e interpretação de relatórios técnico e institucionais elaborados pelas Maternidades pesquisadas vinculadas a Secretaria de Estado do Maranhão e ao HU-UFMA, os quais versaram sobre dados e informações relacionadas ao atendimento das gestantes e serviram de referência para compreender o acesso aos serviços de saúde, aqui entendido como um processo complexo presente na Rede de Atenção Materno Infantil que compõe a Rede de Atenção à saúde do Maranhão.

---

<sup>9</sup> O Art. 2º, Inciso II da Portaria 1.020/2013 apresenta a seguinte definição sobre gestação, parto e puerpério de risco: situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis e (Brasil, 2013)

<sup>10</sup>A Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina como nascimento normal aquele com início espontâneo do trabalho de parto (TP), em pacientes com risco habitual e que permanecem assim durante todo o pré-parto e o parto. (Brasil, 2012)

- Foram elencados um total de 15 (quinze) documentos, sendo que apenas 10 (dez) foram escolhidos tomando como base as regras de exaustividade e pertinência do estudo, à medida em que trouxeram elementos que possibilitaram uma análise sobre o problema de pesquisa. Nesses documentos foi possível apreender o fluxo/acolhimento de acesso das gestantes ao pré-natal, parto e nascimento e a vinculação com a rede de atenção materno infantil de São Luís/MA, como demonstra a quadro abaixo:

**Quadro 1 – Relação dos Documentos Institucionais por Maternidade, tipo e período/ano.**

MATERNIDADES	DOCUMENTOS	TIPO	PERÍODO/ANO
<b>HU-UFMA</b>	Informativo do Centro Cirúrgico Obstétrico.	Boletim estatístico	Jan a Junho/2022
	Boletim do Acolhimento (perfil das gestantes)	Boletim	Janeiro a Dezembro de 2022
	Protocolo de Acesso ao Pré-Natal Especializado	Protocolo	Sem o ano
	Análise crítica da unidade de obstetrícia	Relatório	Janeiro a março de 2022 (pegar 2022)
	Fluxo para intercorrências com pessoas em situação de urgência e emergência.	Fluxo	Sem o ano
	Carta de Serviço dos Usuários do HU	Informativo	Fevereiro de 2021
	Programas Atenção ao Parto e Nascimento	Plano de Ação	Julho 2021
	Diversidade e Inclusão	Projeto Institucional	A partir de 2022 Contínuo
<b>MACMA</b>	Informativo Tipo de Procedimento /Tipo de Parto / Nascimento/nº de profissionais/outros	Boletim estatístico	Janeiro a dezembro de 2021 *O ano de 2022 não estava disponível.
<b>MATERNIDADE MARIA DA PENHA</b>	Informativo Tipo de Procedimento /Tipo de Parto / Nascimento/nº de profissionais/outros	Boletim estatístico	Janeiro a Junho/2022

Fonte: Busca ativa realizada pela própria pesquisadora (2022).

Em relação a técnica grupo focal não foi possível realizá-la, considerando a falta de condições objetivas que inviabilizam o uso da entrevista com as gestantes, como tais: falta de local específico que pudesse garantir o sigilo das informações conforme previsto na Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016, no que se refere ao sigilo e a confidencialidade. Ademais, somente o HU-UFMA oferecia espaço apropriado - no próprio ambulatório de obstetrícia – sala do planejamento familiar -

para a realização do grupo focal, de fácil acesso aos participantes da pesquisa e protegido de ruído e interrupções externas ao ambiente. Na MACMA também ofereceu o auditório, local onde acontecem rodas de conversa e palestras com as gestantes.

Esse processo não foi possível porque na Maternidade Nossa Senhora da Maria da Penha, o local oferecido para a formação do grupo foi a recepção do ambulatório próximo ao atendimento pré-natal realizado pela equipe de enfermagem, ficando inviável a realização do grupo focal, pois as participantes não teriam liberdade para expressar as suas falas sobre o tema principal “violência obstétrica”, sendo prejudicial à análise do objeto de estudo. Desse modo, optei em não realizar o grupo nas três maternidades, para não incorrer em erro de análise ou viés na pesquisa. A realização dos grupos focais, nessa perspectiva, contraria os estudos sobre a procedimento metodológico preconizados por Gatti (2005) e Minayo (2017), os quais asseveram que o grupo focal deve permitir uma multiplicidade de pontos de vista, processos emocionais, interação, liberdade, participação efetiva, busca de novas compreensões e interpretações sobre o cotidiano dos entrevistados, especialmente, nesse trabalho no contexto da violência obstétrica.

Desse modo, optei em realizar somente as entrevistas semiestruturadas com mulheres negras puérperas pós-parto normal e cesariana, após visita no setor de internação obstétrica das maternidades.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada se caracteriza por valorizar a presença da investigador e, concomitante, possibilita ao sujeito o alcance da liberdade e da responsabilidade necessárias para responder às questões, o que contribui para o enriquecimento da investigação, favorece a descrição dos fenômenos sociais, sua explicação e a compreensão de sua totalidade, Tem como premissa a utilização de certos questionamentos básicos, os quais são apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, oferecendo um amplo campo de interrogativas, originados da constituição de novas hipóteses, à medida que se recebem as respostas dos sujeitos. Desse modo, as perguntas que compõem a entrevista semiestruturada “são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação recolhida sobre o fenômeno social que interessa” (TRIVIÑOS, 1997. p 121).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas nas maternidades supracitadas, considerando o fluxo de atendimento da gestante de acordo com o

documento Diretrizes Nacionais de Assistência Parto Normal<sup>11</sup> (Brasil, 2017), que surge como uma recomendação da Rede Cegonha (2011), também alinhado à Linha de Cuidado Materno Infantil que é

“um conjunto de ações que se iniciam com a captação precoce da gestante, o acompanhamento no pré-natal com no mínimo 7 consultas, a realização dos exames preconizados, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional” (Santa Catarina, 2019, p. 8).

O documento *As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal* – (Brasil, 2017) preconiza que o parto normal ou espontâneo é aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, em circunstâncias apropriadas, para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal. A CONITEC (2016) ressalta que nas *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana* surge como um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil e é acompanhada pelas *Diretrizes de Atenção à Gestante: parto normal*.

Esses documentos em conjunto visam a orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias Do SUS, 2016)

Para apreensão desse processo de cuidado utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada aplicado junto a usuária no pós-parto, à beira leito, sendo que o acompanhamento das mesmas foi, também, por meio das evoluções multiprofissionais em prontuário e/ou junto a equipe assistencial, na perspectiva de conhecer o fluxo de atendimento no ambulatório de obstetrícia. Esse processo foi articulado junto a equipe de referência das maternidades por meio de planejamento prévio, como: apresentação dos objetivos da pesquisa e visitas às unidades, com o intuito conhecer o setor de internação obstétrica

---

<sup>11</sup> “As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal nasceram de um esforço do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSM/DAPES/ SAS/MS), em conjunto com diversas áreas do Ministério e outras instituições, sociedades e associações de profissionais (médicos e de enfermagem) e das mulheres, no intuito de qualificar o modo de nascer no Brasil” ( Brasil, 2017. p. 04)

A elaboração do roteiro de entrevista semiestruturada teve como base as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), no que concerne aos cuidados gerais durante o parto e considerando as manifestações da violência obstétrica durante o pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto, como tal: tipos de violência perpetrada; procedimento com ou sem consentimento; cuidados íntimos; assistência da equipe multiprofissional; percepção e compreensão da violência obstétrica. Assim:

- a) Acesso/atendimento ao serviço de saúde, estrutura do serviço e acolhimento;
- b) Informação e comunicação: mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões;
- c) Apoio físico e emocional: apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, direito a acompanhante; e
- d) Alívio da dor no trabalho de parto: experiência e satisfação das mulheres em relação à dor no trabalho de parto e estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto (técnicas de massagem; musicalização, dentre outros).

Considerando que “a política pública de saúde afirma que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, a Rede Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a OMS estabelecem o parto normal como regra”. (Conselho Nacional de Saúde, 2019), nesse sentido as entrevistas seriam realizadas somente com parturientes que fizeram parto normal, porém no decorrer das visitas às unidades percebi a necessidade e a viabilidade de realizá-las também com as mulheres negras que fizeram parto cesariana. Isso ocorreu, após o *caso do médico anestesista preso por estuprar e gravar pacientes em cirurgia no Rio de Janeiro* (Reportagem G1, 18.07.2022). Nesse sentido, constatei a partir de uma situação real que a violência obstétrica acontece também com mulheres nestas condições.

A busca pelas entrevistadas ocorreu de forma aleatória por meio do acesso às enfermarias, contudo sob a orientação da equipe de enfermagem que explicou sobre as condições clínicas gerais das puérperas, as quais foram necessárias para a aplicação da técnica. Todas as entrevistas foram realizadas com mulheres no 3º (terceiro) dia em diante ao parto normal ou cesariana, respeitando suas condições clínicas e emocionais, o momento de atenção ao recém-nascido, a disposição e

disponibilidade para responder as perguntas. As entrevistas tiveram em média duração de 40 minutos.

Na aplicação do questionário socioeconômico (anexo 2) e a entrevista semiestruturada (anexo 3) considerei os critérios de inclusão e exclusão. Em relação aos critérios de inclusão as entrevistadas foram mulheres puérperas que participaram da entrevista semiestruturada, acima de 18 anos que se autodeclararam negras (pretas e pardas) e em atendimento pré-natal, parto e pós-parto e excluídas as puérperas que se autodeclararam negras, aceitaram participar da pesquisa, mas por alguma intercorrência não puderam ou recusaram participar da pesquisa. Nesse sentido, os procedimentos foram realizados junto às mulheres negras puérperas conforme a Lei 2.288/2010 que institui o Estatuto da Igualdade Racial em define população negra, como pretos, ou seja, “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga” (BRASIL, 2010).

Dessa forma, foram entrevistadas 16 puérperas negras, as quais: 8 (oito) do Materno Infantil, 5 (cinco) da MACMA e 3 (três) da Maternidade Nossa Senhora da Penha, sendo que 01 (uma) somente respondeu o questionário socioeconômico, portanto a sua entrevista semiestruturada e os dados socioeconômicos foram desconsiderados, tendo em vista que não respondeu o os dois instrumentos. Nesse sentido, foram consideradas 15 entrevistas, sendo 53,33% da Unidade Materno Infantil; 13,34% da Maternidade Nossa Senhora da Penha e 33,33% da MACMA fazendo um de 100% de mulheres entrevistadas.

Para a classificação das classes econômicas, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (Associação Brasileira de Empresa e Pesquisa, 2019), que está relacionado com o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas do país. É definido a partir do Levantamento Socioeconômico – LSE, realizado pelo IBOPE e baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

As perguntas realizadas pela pesquisa referem-se a questões sobre bens duráveis, contratação e grau de instrução do chefe de família. Segundo este critério, são estabelecidas sete classes socioeconômicas construídas a partir de somatório de pontos adquiridos pela combinação de questões sobre: - o grau de instrução do chefe de família (analfabeto/ fundamental incompleto 0 ponto; fundamental I completo/fundamental II incompleto 1 ponto; fundamental II completo/ ensino médio

incompleto - 2 pontos; ensino médio completo/ superior incompleto - 4 pontos e ensino superior completo - 7 pontos); - posse de bens de consumo duráveis, como quantidade de eletrônicos e eletrodomésticos, como freezer, micro-ondas, microcomputador, DVD, secadora de roupa, lava roupa, lava louça, geladeira – 0 a 11 pontos; - contratação de serviços domésticos (empregados domésticos) – 0 a 13 pontos, bens automóveis (carro e motocicletas) – 0 a 11 pontos. Assim, conforme a CCEB, as classes são descritas da seguinte forma: A (45-100 pontos), B1 (38-44 pontos), B2 (29 a 37 pontos), C1(23 a 28 pontos), C2 (17 a 22 pontos), D-E (0 a 16 pontos). Nessa perspectiva, 46,66% das mulheres estão na categoria classe econômica D-E; (renda média domiciliar de R\$ 813,56); 33,34% na categoria C2 (renda média domiciliar de R\$ 1. 805,91) e 20%, na categoria C1 (renda média domiciliar: R\$ 3.042,47).

As entrevistas foram realizadas em um ambiente apropriado e acolhedor, mediante autorização das informantes. No momento em que a usuária foi atendida, recebeu informações dos aspectos éticos da pesquisa em questão e, diante da aceitação, a mesma assinou um termo de consentimento livre e esclarecido individual (APÊNDICE A), com orientação das possíveis dúvidas surgidas ao longo da pesquisa. As entrevistas foram realizadas sem a presença do parceiro íntimo/marido ou qualquer outra pessoa, para resguardar o sigilo das informações, bem como deixá-las à vontade para responder às questões. As falas das parturientes foram gravadas com o objetivo de se perceber dados relevantes que integrassem as circunstâncias e ou modificações, como, por exemplo, entonação da voz, articulações verbais, interações com a pesquisadora, dentre outros fatores. Os nomes das mulheres foram substituídos por nomes fictícios, como forma de resguardar a identidade das entrevistadas. Foi garantido e a transcrição integral ocorreu a partir do uso da plataforma *Software Dictanote (Chrome; Google)* que reconhece e transcreve as falas para o formato de texto.

O registro produzido a partir da transcrição das entrevistas semiestruturadas foi organizado a partir da técnica de análise de conteúdo que permite extrair os significados temáticos por meio dos elementos mais simples de um texto e consiste em relacionar a frequência de citação de alguns temas, palavras ou ideias em um texto para medir o peso relativo atribuído a um determinado assunto. (Bardin, 1977; Chizzotti, 2014)

Nesse sentido, a análise de conteúdo das entrevistas ocorre por meio das unidades de registro e de contexto (Bardin,1977). De acordo com a autora, a unidade

de registro corresponde ao segmento de contexto, sendo a menor parte do conteúdo a ser analisado, podendo ser uma palavra, um tema, um documento, um personagem ou uma frase.

Nesse sentido foram analisadas as palavras “violência obstétrica e parto” e como unidade de registro foram utilizadas as perguntas elaboradas por meio das entrevistas semiestruturadas. Nesse sentido, a partir de Bardin (1977, p. 104), a análise das **unidades de registro** indicadas permitiu a descoberta dos “núcleos de sentido” presentes ou ocultos na comunicação das gestantes negras, cuja frequência de aparição das mensagens possibilitou dar significado aos objetivos da pesquisa, a partir das respostas às palavras. Ademais, as palavras foram utilizadas para estudar opiniões, atitudes, valores, crenças e constituirá uma síntese condensada da realidade que podem revelar as concepções dos participantes da pesquisa. (Bardin, 1977; Gil, 2014)

A **unidade de contexto**, conforme Bardin (1977, p. 107) serve para codificar, contextualizar e dar referência à unidade de registro (perguntas), portanto, são mais amplas podendo ser a frase para uma palavra ou um parágrafo para o tema. Cada unidade de contexto pode conter várias unidades de registros e foram apresentadas a partir das respostas dos participantes da pesquisa, no caso as puérperas negras.

Após o ordenamento das *unidades de análises registro e contexto* (Bardin, 1997) houve agrupamento das respostas por semelhança ou conformidade, considerando 4 (quatro) categorias empíricas descritas a partir do núcleo de sentido, as quais: 1. des(humanização) no parto, pré-parto e pós-parto (tipos de violência sofrida – verbal, negligência, física e psicológica – desconhecimento do acompanhamento de doula, falta de acolhimento, uso inadequado de medicamento para dor e insuficiência na oferta do cuidado pela equipe); 2. Invisibilidade do racismo na violência obstétrica; 3. Percepção da violência obstétrica: “(des)conhecimento da violência, e; 4. não enfrentamento da violência obstétrica.

Em um quadro demonstrativo, com seguinte descrição: *categorias; subcategorias, unidade de registro e unidade de contexto*, os dados foram analisados, sobretudo, considerando o surgimento de significados sobre o fenômeno da violência obstétrica a partir das puérperas negras e dos estudos de autores e documentos oficiais/ não oficiais que embasam o objeto de estudo em referência.

O incômodo em responder a entrevista também foi considerado e, nesse sentido, foi dada opção de desistência e/ou recusa aos participantes, o que ocorreu

no caso de uma das entrevistadas da Maternidade Nossa Senhora da Penha sem que qualquer ônus lhe fosse devido.

Em relação à ficha perinatal, esta foi analisada na perspectiva de se perceber os registros dos relatos de violência obstétrica sofrida pelas mulheres negras e as condutas tomadas pela equipe. A ficha é perinatal ambulatorial (Brasil, 2019) é um instrumento de coleta de dados utilizado pelo profissional de saúde e destina-se, fundamentalmente, ao registro de assistência perinatal da gestante.

No caso da MACMA verifiquei insuficiência de informações sobre as gestantes nessas fichas, como exemplo: endereço incompleto, falta de identificação dos familiares (nome de pais e responsáveis), escolaridade, estado civil, bem como aquelas referentes a suspeita ou não de episódio de violência obstétrica sofrida pelas gestantes ou outra informação de interesse da equipe multiprofissional não contempladas nos campos indicados da ficha, posto que há um campo de preenchimento “*outros ou observação*”, no qual pode ser indagado se há intercorrência na gestação anterior ou atual, sendo que as respostas podem ser de livre manifestação das mulheres. Ressalto que nesta maternidade as fichas são preenchidas inicialmente no ambulatório do pré-natal e acompanham a gestante até o fluxo de internação hospitalar.

“Os documentos administrativos, prontuários médicos e formulários de notificação de doenças, fontes primárias de dados do SUS, geralmente não informam a raça/cor dos usuários dos serviços de saúde. Tais lacunas na informação comprometem o cálculo de estatísticas vitais relativas à população brasileira em toda a sua diversidade e afetam a produção de análises de base quantitativa que dão suporte à proposição de políticas públicas, ações preventivas e curativas e que levem em conta as especificidades da saúde da população negra (Oliveira, 2003, p. 271).

Na Maternidade Maria da Penha a ficha perinatal é utilizado na consulta de enfermagem, especificamente, no atendimento pré-natal e quando no momento da internação da usuária, é tirado a xerox da caderneta da gestante e a ficha perinatal é dispensada pelos profissionais e utiliza-se a ficha de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

No HU-UFMA a ficha perinatal formulada pelo Ministério da Saúde não é utilizada, pois foi substituída por um instrumento próprio elaborado pela equipe de enfermagem do ambulatório de obstetrícia. Essas informações são similares àquelas existentes no prontuário eletrônico via Sistema informatizado denominado Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários -.AGHU - e acompanham a usuária em todo

fluxo da internação. Na internação existem outras fichas que são preenchidas pela equipe de enfermagem, como o *check list* de parto seguro que versa sobre informações sobre as gestantes em relação ao parto normal ou parto cesariana. Nesta ficha, além das perguntas referentes ao uso de equipamentos de segurança individual para os membros da equipe - disponibilidade de luvas de procedimento, material para higienização das mãos, outros- há uma pergunta referente à presença ou não do acompanhante na hora do parto.

Em relação ao quesito cor/raça ocorreu um padrão muito igual nas respostas, ou seja, das 15 (quinze) fichas acessadas no posto de enfermagem - setor internação/MACMA-, 12 (doze) constavam o indicativo de mulheres pardas e 2 (duas) brancas e 1 (uma) sem informação.

Do mesmo modo que na MACMA, o HU-UFMA e a Maternidade Nossa Senhora da Penha, a MACMA apresentaram problemas relacionados ao preenchimento inadequado ou insuficiente de informações, especificamente a ao quesito cor/raça. Na Maternidade Nossa Senhora da Penha quando se buscou aleatoriamente esta referência na ficha de internação, em 22 (vinte e duas) fichas analisadas não apresentava o preenchimento de forma adequada do quesito cor/raça, ou seja: 1 (uma) preta, 16 (dezesesseis) pardas, nenhuma branca e 5 (cinco) sem identificação, além de outros campos sem preenchimento, como a profissão e escolaridade, o mesmo ocorrido na MACMA. Isso pode indicar o falta de padrão de resposta evidente e fidedigna, o que é um problema, pois a ausência de preenchimento do quesito cor /raça impacta diretamente no desenvolvimento de ações e serviços de saúde para os grupos étnico-raciais e compromete a implantação de políticas públicas contra a desigualdade racial no SUS. Devido à falta de informações nas fichas perinatais não foi possível saber sobre a ocorrência de qualquer tipo de violência, quiçá histórico das gestantes no que refere violência obstétrica.

Como parte integrante do processo de apreensão do objeto de estudo fiz uma imersão no serviço de obstetrícia das maternidades pesquisadas, por meio da observação sistemática. Conforme Gil (2002) as observações sistemáticas têm como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou o teste de hipóteses. “Nas pesquisas deste tipo, o pesquisador sabe quais os aspectos da comunidade ou grupo que são significativos para alcançar os objetivos” a partir de plano de observação que deve ser elaborado previamente. A amostragem será “ad libitum (à vontade) em que não se

pautará por procedimentos sistemáticos, ou seja, o observador anota o que é visível e potencialmente relevante” (Gil, 2002, p. 106).

“Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de reunir detalhes que no seu somatório congregarão os diferentes momentos da pesquisa (...) é um acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre elas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo” (Minayo, 2007, p. 295).

Nesse sentido elaborei um plano de observação (APÊNDICE B) que teve como diretriz os objetivos da pesquisa, considerando a forma de registro e organização das informações que foram realizadas por meio do diário de campo pessoal e intransferível que integrou o universo das observações.

O presente estudo foi desenvolvido somente após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa - CEP- /Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -CONEP, sendo aprovado no dia 23 de fevereiro de 2023 com o N° 5.258.770, CAAE N° 55235821.8.0000.5086 (APÊNDICE C), atendendo a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde - CNS -, que diz respeito aos critérios para realização de pesquisa com seres humanos nas Ciências Humanas e Sociais.

Destarte, que toda pesquisa oferece riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Para minimizar tais riscos as mulheres participantes da pesquisa tiveram a garantia da confidencialidade das informações; sua privacidade foi respeitada e tiveram a garantia de proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua fala transcrita e voz, bem como assegurado os seus direitos, no que se refere ao caráter privativo, sigiloso nas entrevistas, que após análise foram armazenadas em local seguro.

Todas as participantes foram identificadas com nomes fictícios - em destaque nos parênteses - de mulheres negras que lutaram e lutam a favor da igualdade racial no Brasil de acordo com os seus tempos históricos, as quais: Maria (*Firmina*) dos Reis, (*Esperança*) Garcia, (*Dandara*) dos Palmares, (*Lélia*) Gonzáles, (*Luiza*) Bairros, (*Lúcia*) Xavier, (*Conceição*) Evaristo, (*Carolina*) Maria de Jesus, (*Tereza*) de Benguela, Maria (*Felipa*), (*Marielle*) Franco, Maria (*Odília*) Teixeira, (*Sueli*) Carneiro, (*Nilma*) Lino Gomes e (*Maria*) Aragão.

Como pesquisadora comprometo-me a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos ao final do estudo, sejam eles favoráveis ou não, sem qualquer identificação dos nomes verdadeiros das participantes da pesquisa.

Com a realização desse estudo que se constitui na Tese de Doutorado busquei a demonstração e análise dos casos violência obstétrica contra mulheres negras puérperas, como forma de contribuir para a sistematização de informações e, com isso, subsidiar os estudos e ações que contribuam para a implementação de uma política de saúde voltada às mulheres em situação de violência, especificamente, no Maranhão.

A pretensão é de que a pesquisa possa contribuir para a formulação e implementação de políticas públicas de enfrentamento a violência obstétrica no Estado do Maranhão, na perspectiva de detecção do problema e ampliação do leque de possibilidades quanto às ações de proteção e atendimento, em especial, a prestação de um serviço de saúde integral e humanizado dirigido às mulheres negras acometidas com esse tipo de violência.

### **1.3. Estrutura da Tese**

A sistematização do estudo através da presente Tese inclui, além desta introdução, o segundo capítulo em que desenvolvo o estudo sobre *Gênero, feminismos e interseccionalidade*, a partir de três subtítulos: gênero e feminismos que trata sobre as vertentes de estudos feministas, a categoria gênero e sua relação com classe e raça; os movimentos sociais feministas, considerando os contextos internacional e nacional e o pensamento feministas na contemporaneidade, como as análises das feministas do Terceiro Mundo ou pós-coloniais. Trato do surgimento e dos antecedentes do pensamento interseccional, sua relação com o movimento de mulheres negras nos Estados Unidos e no Brasil e as experiências concretas das mulheres negras, além de apresentar as nuances e intersecções históricas que contribuíram para a conformação do racismo no contexto da sociedade escravocrata brasileira, com atenção as intervenções médicas obstétricas sobre os corpos de mulheres escravizadas.

No terceiro capítulo *Violência obstétrica: a dor (quase) esquecida* início com a luta das mulheres pelos direitos sexuais e reprodutivos, considerando a conferências internacionais de População e Desenvolvimento organizadas pela ONU, os marcos históricos em relação às políticas para as mulheres com a implantação das primeiras políticas públicas com recorte de gênero no Brasil, na década de 1980, como tal o

surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e, a implantação de plano e programas voltados para este público, os quais trazem na sua estrutura o recorte étnico-racial no contexto da implementação de ações voltadas para a mulher negra, sobretudo na saúde. Refiro nesse capítulo sobre o Movimento Social Negro e sua importância para a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN. Discuto o significado e reconhecimento do termo violência obstétrica, suas formas, as legislações a nível internacional e nacional; apresento o racismo institucional na área da saúde apontando a invisibilidade da violência obstétrica e como esse problema reverbera na vida das mulheres negras e cerceia os seus direitos sexuais e reprodutivos.

No quarto capítulo "*Redes de Assistência Materna no Maranhão e a Violência Obstétrica*" discuto a necessidade de institucionalização de políticas de equidade racial e de acesso à saúde. Apresento o perfil sociodemográfico das mulheres negras puérperas participantes da pesquisa, a partir da análise interseccional. Discuto a organização da rede de assistência às gestantes no Maranhão e os serviços de atenção pré-natal oferecidos às mulheres negras, com referência ao Plano Estadual de Saúde do Estado do Maranhão (2021). Caracterizo as maternidades pesquisadas, analisando os serviços oferecidos às gestantes e puérperas; a linha de cuidado materno infantil no Maranhão e as ações voltadas para a prevenção e/ou identificação da violência obstétrica no campo de pesquisa.

No quinto capítulo *Violência Obstétrica na vida das mulheres negras* analiso as manifestações, interpretações e as repercussões da violência. no pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. Infiro sobre a relação entre desumanização e humanização na área da saúde como perspectivas necessárias ao atendimento das mulheres negras puérperas nas maternidades. Apresenta os fatores associados e desencadeantes da violência obstétrica a partir de eixos de discussão que se referem à estrutura das maternidades, o acolhimento, informações sobre tipo de parto e direito a acompanhante. Demonstro a invisibilidade do racismo na violência obstétrica, as possíveis formas de enfrentamento desses problemas pelas mulheres negras puérperas.

Por fim, apresento as considerações finais.

## 2. GÊNERO, FEMINISMOS E INTERSECCIONALIDADE

*Uma mulher negra diz que ela é uma mulher negra. Uma mulher branca diz que ela é uma mulher (Grada Kilomba, 2016)*

### 2.1. Gênero e Feminismos

O pensamento feminista não é homogêneo. Essa afirmação parte do pressuposto de que é fruto de construções teóricas, práticas políticas e epistemológicas que estão presentes e se organizam de diferentes formas nos debates acadêmicos e nos movimentos sociais, em que distintas concepções teóricas são postas para refletir com criticidade a multiplicidade de categorias ou conceitos elaborados - como classe, gênero, raça e sexualidade - que permitiram ou permitem explicar as opressão, a exploração e a humilhação em contextos sócio históricos distintos, caracterizar ou identificar as problemáticas dos sujeitos e como as suas lutas são ou devem ser organizadas. “Trata-se, na verdade, de um termo extremamente flexível, uma vez que compreende todo um processo de transformação” (PRÁ, 1997, p. 43) ou como diz Como diz Saffioti (1986, p. 105) “em nenhum país do mundo pode-se falar em feminismo no singular”.

A exemplo Ângela Davis enfatiza

O movimento feminista é tão diverso que eu não sei se a gente pode falar de um só feminismo. Nós temos feministas por toda a parte. Temos feministas no Partido Republicano que são bastante conservadoras politicamente. E mesmo dentre as feministas negras é preciso reconhecer a grande diversidade existente. Algumas mulheres negras se referem a si próprias como mulheristas [...]. Outras são feministas e fazem um trabalho mais prático, por exemplo, contra a violência sexual. Há também feministas negras que são acadêmicas, como Patrícia Hill Collins, que escreveu um livro sobre o pensamento feminista negro. Dentre todos estes tipos, é evidente que elas não concordam necessariamente umas com as outras, já que muitas são as diferenças (Davis, s/p. 2011).

Seja no âmbito dos movimentos sociais ou no contexto da produção teórica, isso indica que a elaboração dos pressupostos feministas é diversa, ou seja, existiram feministas que primam pelos estudos sobre a “identidade feminina”, ou teoricamente associam “gênero” como sinônimo de “mulheres”, perspectiva refutada por Joan Scott (1995) e Judith Butler (2002); aquelas que demarcam(ram) a luta das mulheres a partir de outras abordagens, como tal Viviane Vergueiro, mulher transfeminista

brasileira, que disserta sobre o transfeminismo; as feministas negras, a exemplo as estadunidenses Bell Hooks (1981, 1990), Patricia Hill Collins (2021), Ângela Davis (2016) e a brasileira Sueli Carneiro (2011), aquelas que se dedicam aos estudos do feminismo a partir de uma perspectiva marxista, como Silvia Federici (2004, 2013, 2018, 2020) e Heleieth Saffioti (1984, 2004); e as que se debruçam sobre os estudos da Teoria Queer, como Guacira Louro (2001, 2018) e Judith Butler (2015, 2002). Outras autoras acrescentam ainda, o feminismo anarquista (ou anarco-feminismo) em que a sociedade não segue “padrões, religiões e onde as relações amorosas e sexuais estariam livres” (Ferreira, 1996, p. 164), o ecofeminismo, cujo termo foi originalmente usado pela francesa Françoise d’Eaubonne, para se referir a luta ecológica/ambiental e, mais recentemente (Zirbel, 2007), o cyberfeminismo (precursora Donna Haraway, 1985, que escreveu o Manifesto Ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX.), que se dedica a interação da luta feminista por meio das novas tecnologias de informação e comunicação (TICs), como sites, redes sociais, blogs, ou seja, toda forma de comunicação que se estabeleça por conteúdo transitado pelo uso da Internet.

Essas concepções e autoras têm em comum em suas discussões a categoria gênero. As relações de gênero são relações desiguais de poder que “expressam um processo social, dialético, interacional, a partir do qual os seres humanos formam-se homens e mulheres que são assim representados e se auto representam”. (Rocha, 2005, p. 18). A guisa dessa análise,

“As relações de gênero são um dos eixos estruturadores da vida social, pois, são constituídos, historicamente, lugares sociais sexuados diferenciados, a partir das oposições público e privado, produção e reprodução, político e pessoal, imbuídos por hierarquização, dominação e submissão desfavorável para a mulher, sendo expressão, também, das relações de poder que perpassam todas as dimensões da sociedade” (Almeida, 2007, p. 232).

Saffioti (2004, p.45) preconiza a existência de diferentes vertentes<sup>12</sup> de estudos feministas sobre gênero, havendo certa consensualidade, mesmo que limitada, de que “o gênero é uma construção social do masculino e do feminino” (Ibidem, p. 44). Demonstra que esse conceito não se restringe a uma categoria

---

<sup>12</sup>Segundo Saffioti (2004, p.45) são as perspectivas, apontadas pelas seguintes autoras feministas: Lauretis (1987) - como aparelho semiótico-; Scott (1988) – como símbolos culturais; Flax (1987) - “como divisões e atribuições assimétricas de características e potencialidades”; Saffioti (1992, 1997); Saffioti e Almeida (1995) – “como, numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem-mulher, mas também relações homem-homem e relações mulher-mulher.

analítica, pois, também, é uma categoria histórica e que a desigualdade está presente nela. Assim, assevera:

Embora aqui se interprete gênero também como um conjunto de normas modeladoras dos seres humanos em homens e em mulheres, que estão expressas nas relações destas duas categorias sociais, ressalta-se a necessidade de ampliar este conceito para as relações homem-homem e mulher-mulher. Obviamente, privilegia-se o primeiro tipo de relação, inerente à realidade objetiva com a qual todo ser humano se depara ao nascer. Ainda que histórica, esta realidade é previamente dada para cada ser humano, que passa a conviver socialmente. A desigualdade, longe de ser natural, é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder, pelos agentes envolvidos na trama de relações sociais. A diferença nas relações entre homens e entre mulheres é que essa desigualdade de gênero não é colocada previamente, mas pode ser construída e o é com frequência. Nestes termos, gênero concerne, preferencialmente, às relações homem-mulher (Saffioti, 1999, p. 82).

Desse modo, Saffioti (2004) reitera que gênero se expressa nas relações entre os homens, entre as mulheres e entre ambos, imbricadas por relação de poder; em todas as dimensões da vida social, nos macros e nas microrrelações.<sup>13</sup>

É mister colocar que Saffioti, como pensadora feminista marxista, parte do pressuposto de que é indissociável a relação luta das mulheres e a luta de classe, porém sem desconsiderar as diferenças de classe (Saffioti, 1976, 1987, 1984, 2004). Logo, defende que a superação do Estado liberal por fim a estrutura capitalista/patriarcal e, conseqüentemente, a libertação das mulheres da opressão e exploração.

O estudo sobre as primeiras formulações sobre a categoria gênero é ponto importante na discussão sobre a interseccionalidade. Parto disso para apresentar as particularidades e as múltiplas formas de discutir o conceito gênero, considerando que a sua origem está associada à trajetória dos movimentos feministas durante o século XX e como preconiza Louro (2003) profundamente conectado às lutas de contestação da ordem social vigente desenvolvidas por este movimento.

No final da década de 1980 análises feministas questionaram os estudos

---

<sup>13</sup> Em termos das possibilidades analíticas da categoria poder, também nas microrrelações, destacam-se as contribuições teóricas de Foucault ao afirmar que “o exercício do poder se realiza nas relações entre os sujeitos, ou seja, é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidades onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita, ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações (Foucault, 1995, p. 243)

sobre gênero que conferiam a distinção entre sexo/gênero como algo fixo atribuído às identidades de gênero, a partir de uma base biológica imutável e universal que dividia a humanidade em dois sexos e, por conseguinte em dois gêneros – masculino e feminino. (Piscitelli, 2008, p. 264)

Trago as autoras Joan Scott (1995), uma das primeiras a influenciarem os estudos de gênero no Brasil com a apresentação do artigo “*Gênero: uma categoria útil de análise*” publicado originalmente em 1986 e Judith Butler que apresenta a Teoria Queer que propõe a desconstrução do conceito de gênero - no qual para ela está baseado toda a teoria feminista - por meio do livro *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade (1990)* e de outros textos relevantes sobre o tema, que apresentam uma crítica a um dos principais fundamentos do movimento feminista: a identidade. De modo particular essas duas análises são importantes tendo em vista que existem concepções dentro dos estudos feministas que associam a interseccionalidade somente às questões indenitárias, ou a enfraquece e a descola das categorias classe e gênero, associando-a diretamente a categoria raça. A intenção é discutir essa lógica, porque considero que a conexão entre classe, raça e gênero pode ser vislumbrada a partir da praxe política e da crítica interseccional.

Scott e Butler compreendem gênero para além de uma perspectiva dos aspectos vinculados ao sexo biológico tido como natural e imutável e associado a categoria mulher. Preconizam a desconstrução da polaridade existente entre homens e mulheres, que se relaciona a partir de uma lógica invariável de dominação-submissão e a partir dessa concepção consideram como essencial o abandono desse binarismo para seguir em direção a um novo conceito de gênero (Piscitelli, 2002; Louro, 1997). As autoras refutam a ideia de que gênero não é construído ao longo do tempo sob influências sociais e culturais e o descreve como distinto de sexo. Essa perspectiva baseou o pensamento feminista durante algumas décadas. Scott e Butler convergem ao destacarem que tanto sexo quanto gênero são, em primeiro lugar, formas de saber, isto é, conhecimentos a respeito dos corpos, das diferenças sexuais, dos indivíduos sexuados. (Geledés, 2013).

Entretanto as autoras apresentam pontos divergentes em relação ao entendimento de sexo e gênero. Scott (1995) associa sexo a natureza e gênero a cultura, ou seja, perpetua a ideia de que existe uma “natureza” que possa ser apreendida a partir de um conhecimento que se produz sobre ela. O gênero indica

uma construção social dos papéis respectivos de homem e mulher e uma categoria social, que se constrói a partir de um corpo assexuado.

O núcleo central da categorização de gênero gira em torno de duas proposições: (1) “o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos” que implica quatro elementos relacionados entre si: a) símbolos culturalmente disponíveis (Eva e Maria como símbolo de mulher); b) conceitos normativos baseados nas interpretações dos símbolos expressos nas doutrinas religiosas, jurídicas e educativas por exemplo, sendo que estes mostram as relações simbólicas culturais na construção do gênero que permitem a reflexão sobre a construção das representações culturais e simbólicas de ser masculino e de ser feminino; c) o uso político da categoria como um instrumento de análise política relacionada às instituições e à organização política; e d) o papel da subjetividade na sua construção ou permeado pela identidade subjetiva. (Scott, 1995. p.20).

O segundo núcleo significa que “o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”. (SCOTT, 1995, p. 21). Portanto, gênero é diferente de sexo, sendo construído a partir das relações sociais desenvolvidas entre os sujeitos, contudo a partir da identificação das relações de igualdade e diferença entre os sexos. Demonstra em sua análise o abandono da categoria “mulher” para pensar a categoria gênero nas relações entre homens e mulheres em contextos socioculturais e políticos distintos.

Joan Scott não problematiza diretamente como a noção de sexo é construída, enquanto Judith Butler (2003) afirma que ambas as categorias – sexo e gênero – são passíveis de serem construídas e desconstruídas (Abreu, 2019). Ou seja, a autora reconhece que tanto às identidades de gênero, quanto às identidades sexuais não possuem nada de exclusivamente naturais e afirma “que o exercício, portanto, de naturalização do sexo é uma maneira de assegurá-lo em um status pré-cultural, pré-discursivo e, conseqüentemente, a-histórico” (Butler, 2003).

É mister colocar que Scott (1995) ao fazer reformulações críticas sobre o conceito de gênero considerou a necessidade de uni-lo a raça e classe, contudo continuou privilegiando gênero ao afirmar que, como feminista, seu compromisso é o “saber diferença sexual”.

A ladainha “classe, raça e gênero” sugere uma paridade entre os três termos que, não existe. Enquanto a categoria de “classe” está baseada na complexa teoria de Marx (e seus desenvolvimentos posteriores) sobre a determinação

econômica e a mudança histórica, as categorias de “raça” e “gênero” não veiculam tais associações. Não há unanimidade entre os(as) que utilizam os conceitos de classe. [...] Além disso, quando mencionamos a “classe”, trabalhamos com ou contra uma série de definições que, no caso do marxismo, impliquem uma ideia de causalidade econômica e numa visão do caminho pelo qual a história avançou dialeticamente. Não existe esse tipo de clareza ou coerência nem para a categoria de “raça” nem para a de “gênero”. No caso de “gênero”, o seu uso comporta um elenco tanto de posições teóricas, quanto de simples referências descritivas às relações entre os sexos (Scott, 1995, P. 73)

Desse modo, Scott mesmo considerando que seria possível analisar novas questões que incluíssem classe e raça, não se esforçou ou não tentou de forma expressiva a articulação dessas diferenciações a gênero. (Piscitelli, 2018).

Diferentemente, Saffioti (2004) declara que há articulação entre os três eixos estruturadores da vida social que formam um “nó”, com uma lógica própria, contraditória: gênero, classe social e raça/etnia e dependendo das circunstâncias históricas, cada uma das contradições se sobressai, contribuindo para a reprodução e manutenção da estrutura de poder que unifica as três ordens citadas e, portanto, o patriarcado, o racismo e o capitalismo.

Ao oferecer esse debate sobre gênero, raça/etnia e poder, a autora diz que “[...] o poder é macho, branco e, de preferência, heterossexual” (Saffioti, 2004, p. 33). Essa afirmação remete a compreensão sobre a totalidade que envolve as relações sociais entre homens e mulheres e possibilita visualizar os elementos que compõem a ordem patriarcal de gênero. Assim deixa evidente que “(...) gênero é a construção social do masculino e do feminino (...)” e patriarcado como uma categoria que “(...) não abrange apenas a família, mas atravessa a sociedade como um todo” (Saffioti, 2004, p. 49).

Nesse contexto, busco também Judith Butler, no sentido de apreender o significado de gênero a partir de “sua desconstrução” conforme expressa no livro *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade* (2003) publicado em 1990.

Nesta obra a autora apresenta a ideia de que a teoria feminista ao defender a identidade dada pelo gênero e não pelo sexo esconde a aproximação entre gênero e essência, entre gênero e substância. É como se existisse um “eu simultâneo” revelado no sexo, no gênero e no desejo heterossexual como um paradigma expressivo autêntico a partir da oposição ao outro gênero que ele deseja e, diante

disso, não há outras possibilidades de gênero dentro do sistema binário homem-mulher. Desse modo, para a autora

A coerência ou a unidades internas de qualquer dos gêneros, homem ou mulher, exigem assim uma heterossexualidade estável e oposicional [...] Essa concepção de gênero não só pressupõe uma relação causal entre sexo, gênero e desejo, mas sugere igualmente que o desejo reflete ou exprime o gênero, que o gênero reflete ou exprime o desejo [...] Uma visão de gênero como substância. Uma instituição de uma heterossexualidade compulsória e naturalizada exige e regula o gênero como uma relação binária em que o termo masculino diferencia-se do termo feminino, realizando-se essa diferenciação por meio das práticas do desejo heterossexual (Butler.2003, p. 45).

É em função dessa questão que Butler se propôs a desconstrução - não no sentido de destruição ou desmonte - de várias teorias feministas sobre gênero, em que a divisão sexo/gênero funciona como uma espécie de pilar fundacional da política feminista ao partir da noção de que o sexo é natural e o gênero é socialmente construído e, nessa lógica, questiona o conceito de “mulheres” como sujeito do feminismo.

Assim, Butler preconiza que a teoria feminista não problematiza outros vínculos considerados naturais como gênero e desejo, bem como quis retirar da noção de gênero a ideia de que decorreria do sexo, ressaltando em que medida a distinção entre sexo/gênero não tem lógica e de que é dada por uma ordem compulsória. Logo assevera

Se o caráter do sexo é incontestável, talvez o próprio construto chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero se revela absolutamente nenhuma.” (Butler, 2003. p. 25).

Isso posto, a autora problematiza a distinção entre sexo e gênero, ao contestar a estabilidade do sexo binário, posto que a construção do gênero “homens” está exclusivamente relacionada a corpos masculino, assim como “mulher” a corpos femininos, ou seja, mesmo que os sexos pareçam morfologicamente binários, obrigatoriamente os gêneros permanecem em dois.

Autoras como Simone de Beauvoir são ressaltadas por Butler que a exemplo traz a análise da expressão “*a gente não nasce mulher, mas torna-se mulher*” dita no livro *O segundo sexo* lançado em maio de 1949. Nesse sentido, indica que, “não há nada na explicação de Beauvoir que garanta que o ‘ser’ que se torna mulher seja

necessariamente fêmea” (Butler p. 27, 2003). Ou seja, para Beauvoir gênero é construído, porém há, segundo Butler, uma interpretação que indica que de algum modo um agente implicado assume ou se apropria desse gênero, podendo de algum modo assumir outro gênero, portanto na frase não se define se esse gênero é variável e como se dá essa construção, mesmo diante de uma compulsão cultural que não vem do “sexo”, pois será sempre apresentado como sendo gênero desde o começo.

Haverá “um” gênero que as pessoas possuem, conforme se diz, ou é o gênero um atributo essencial do que se diz que a pessoa é, como implica a pergunta “Qual o seu gênero? ” Quando teóricas feministas afirmam que o gênero é uma interpretação cultural do sexo, ou que o gênero é construído culturalmente, qual é o modo ou mecanismo dessa construção? (Butler, 2003, p. 26).

Esses questionamentos são realizados de forma crítica para problematizar gênero como construção cultural relacionada diretamente a corpos diferenciados (homens e mulheres), desse modo sugerindo que gênero é tão determinado e fixo quando atribuído ao destino biológico. Assim, propõe “libertar” o gênero porque a maioria das teorias feministas entende-o como atributo de pessoa. Em contraposição indica que o gênero seria “um fenômeno inconstante e contextual, que não denotaria um ser substantivo, mas um ponto relativo de convergência entre conjuntos específicos de relações, cultural e historicamente convergentes” (BUTLER, p. 29, 2003). Dessa forma, propõe o desmonte da noção de um sujeito “uno”.

É tempo de empreender uma crítica radical, que busque libertar a teoria feminista da necessidade de construir uma base única e permanente, invariavelmente contestada pelas posições de identidade ou anti-identidade que o feminismo invariavelmente exclui (Butler, 2003, p.23)

Assim, Butler propõe a ideia de um gênero como efeito, em contraposição àquele como um sujeito centrado e indica que não existe uma identidade de gênero por trás das expressões de gênero, e que a identidade é performaticamente constituída. O que quer dizer isso? “O gênero é performativo porque é resultante de um regime que regula as diferenças de gênero. Neste regime os gêneros se dividem e se hierarquizam de forma coercitiva” (Butler, 2003, p. 54); critica a “heterossexualidade compulsória” (Louro, 2001) imposta e regulada pelas instâncias de poder e revestido de um discurso hegemônico. Portanto, aponta para outro caminho: a construção das identidades em contraposição ao discurso e análise única

de sujeito uniforme, ou seja, único construído a partir do binarismo. Logo, refuta as análises feministas que trabalham/ram com a categoria mulher/mulheres como força política, ao dizer que não se pode mais aceitar esses sujeitos “em termos estáveis ou permanentes” (Butler, 2003).

Butler discorre sobre a possibilidade de haver política sem que seja necessária a constituição de uma identidade fixa, de um sujeito a ser representado, para que essa política se legitime.

As questões levantadas por Butler são fundamentais para que se compreenda o gênero a partir da teoria performativa<sup>14</sup> em contraposição ao gênero entendido segundo as relações binárias construídas a partir da conexão gênero/sexo, as quais criam sujeitos por meio das repetições de normas, leis, regras ou rituais que os padroniza com base nas ideais de masculinidade e feminilidade com vista à união heterossexual.

Como tal, Judith Butler trata a categoria gênero como relacional, porém na perspectiva de pensá-la como um fazer, como uma atividade que é performada. A existência de transgêneros, por exemplo, sugere que o gênero se desloca além desse binarismo naturalizado.

Butler centra-se na articulação entre algumas diferenças específicas como gênero e sexualidade, porém, ao articular gênero, sexualidade e raça, Butler assume uma posição ambígua. (Piscitelli, 2008), ou seja,

Ela afirma reiteradamente a necessidade de analisar essa relação. Em *Gender Trouble* (1990) alega que gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas. Essas interseções não poderiam ser hierarquizadas nos termos de alguma condição primária de opressão. Contudo, ela só realiza uma tentativa de análise articulando esse conjunto de diferenças em um capítulo de uma obra posterior, *Bodies that Matter* (1993). Nesse livro, a autora considera sexo e raça como efeito de regimes de produção reguladora que operam na produção dos contornos corporais. Além de contestar a ideia de que a diferença sexual seja a diferença da qual podem

---

<sup>14</sup>Judith Butler toma emprestado da linguística o conceito de performatividade para afirmar que a linguagem que se refere aos corpos ou ao sexo não faz apenas uma constatação ou uma descrição desses corpos, mas, no instante mesmo da nomeação, constrói, ‘faz’ aquilo que, isto é, produz os corpos e os sujeitos. Esse é um processo constrangido e limitado desde seu início, pois o sujeito não decide sobre o sexo que irá ou não assumir; na verdade, as normas regulatórias de uma sociedade abrem possibilidades que ele assume, apropria e materializa. Ainda que essas normas reiterem sempre, de forma compulsória, a heterossexualidade, paradoxalmente, elas também dão espaço para a produção dos corpos que a elas não se ajustam. Esses serão constituídos como sujeitos “abjetos” – aqueles que escapam da norma. Mas, precisamente por isso, esses sujeitos são socialmente indispensáveis, já que fornecem o limite e a fronteira, isto é, fornecem “o exterior” para os corpos que “materializam a norma”, os corpos que efetivamente “importam”. (Louro, 2021, p. 548;549)

ser derivadas as outras diferenças, Judith Butler afirma que a reprodução da heterossexualidade assume formas diferentes segundo como se entendam a raça e a reprodução da raça. Entretanto, lida exclusivamente com sexualidade e gênero, que certamente é a articulação central para a autora (Piscitelli, 2008, p. 266)

De fato, Butler (2003, p. 33) indica que “a crítica feminista tem de explorar as afirmações totalizantes da economia significativa masculinista” ao preconizar que o opressor pode imprimir outros eixos de subordinação hetero-sexista, racial e de classe sobre o “Outro” utilizando-se de uma tática centralmente empregada, porém não totalmente “a serviço da expansão e da racionalização do domínio masculinista” (Butler, 2003, p.34). Enfatiza ainda que o entendimento globalizante sobre “mulheres” nos debates feministas gerou críticas por parte de outras mulheres considerando a universalidade da categoria “mulheres”, por ser normativa e excludente à medida em que não prioriza classe e raça. Ou seja, “a insistência sobre a coerência e unidade da categoria das mulheres rejeitou efetivamente a multiplicidade das interseções culturais, sociais e políticas em que é construído o espectro concreto das “mulheres” (Butler, 2003, p.35). Contudo, ainda assim, Butler prioriza com mais intensidade a intersecção gênero e sexualidade em contraposição a visão heteronormativa homofóbica que organiza a relação entre sujeitos a luz de uma harmonia binária estabilizada e naturalizada a partir da relação gênero, sexo e desejo.

Butler e Scott são teóricas fundamentais para o pensamento crítico feminista sobre gênero e seus estudos surgem no mesmo tempo em que ocorrem as reivindicações realizadas por mulheres negras no final da década 1980 dentro do movimento feminista. Contudo, os estudos críticos das autoras não incorporaram significativamente outras diferenças - classe e raça, por exemplo - para além da sexual articulada à categoria gênero.

As teorias e os movimentos sociais feministas são fundamentais na discussão sobre gênero que historicamente vem sendo utilizado, de um lado, em oposição a “sexo”, relacionado ao que é socialmente construído e ao que biologicamente dado e, de outro, o entendimento de gênero como construção social relacionado à distinção entre masculino e feminino, incluindo as construções que separam “corpos masculinos” e “corpos femininos”, relacionadas as formas como o corpo aparece, a partir de uma interpretação social, ou seja “se o próprio corpo é sempre visto através de uma interpretação social, então o “sexo” não pode ser independente de gênero;

antes, sexo nesse sentido deve ser algo que possa ser subsumido pelo gênero” (Nicholson, ,2000 p. 1-2).

Destarte, que a história dos feminismos geralmente é dividida de forma simplificada em três momentos ou “ondas”. Zirbel (2022) assevera que o termo se consolidou mundialmente como forma de nomear momentos de grande mobilização feminista e toma-se como uma metáfora que foi e é utilizada para explicar as diversas pautas ou momento históricos da luta feminista, constituindo-se de um conjunto orgânico de fenômenos, contínuo e gerado pela ação ou movimento de mulheres com visões de mundo diferentes e de distintos locais e geração, raça/etnias, orientação sexual e classe, embora em algum dado momento tenham articulado a mesma luta (como no caso das manifestações sufragistas do final do século XIX e início do século XX), nenhuma “onda” “formou-se por conta de uma única perspectiva ou por meio da ação de um único grupo. (Ibidem, 2022).

Destaco que a luta das mulheres é para dar resposta às diferentes formas de opressão estrutural do patriarcado, pela igualdade de direitos e salarial entre homens e mulheres, contra o trabalho precarizado imposto pelo modo de produção capitalista, dentre outras que, historicamente, tenta silenciá-las, inviabilizá-las e apagá-las como sujeitos necessários à luta contra todas as formas de dominação e exploração às quais são submetidas.

A primeira onda inicia-se na Revolução Francesa até estende-se até o final da Primeira Guerra Mundial e é chamada de “feminismo igualitário”, liberal ou marxista, que se preocupa com a luta pela igualdade de direitos para homens e mulheres por meio de um processo educativo e de uma relação harmoniosa ou simétrica no interior do casamento, bem como pela conquista dos direitos políticos, civis e de cidadania, de melhores condições de trabalho, salário e direito ao voto, a exemplo o movimento de mulheres sufragistas.

O feminismo no Brasil acompanhou esse movimento e, em 1932, as mulheres conquistaram o direito ao voto lideradas pela bióloga cientista Bertha Lutz e organizaram-se para a luta pela ampliação dos direitos das trabalhadoras de indústrias têxteis. Entre os anos de 1930 e 1960 o feminismo de primeira onda perdeu força, dando início ao chamado feminismo “radical” de segunda onda (Martins, 2021.)

A segunda onda do feminismo teria começado na década de 1960, nos Estados Unidos e desenvolvido uma postura “radical”, por indicar a “raiz” da dominação masculina na estrutura do patriarcado. Essa discussão confrontou as

ideias machistas, tornando-se importante no contexto do feminismo internacional a partir dos anos de 1970. Nessa década, em 1975, foi instituído pela ONU – Organização das Nações Unidas – o Ano Internacional da Mulher marcado pela Primeira Conferência Mundial sobre as Mulheres realizada na Cidade do México com os principais objetivos: plena igualdade e eliminação da discriminação de gênero; a integração e a plena participação das mulheres no desenvolvimento; e a maior contribuição das mulheres no fortalecimento da paz mundial, cujo resultado foi a Declaração do México e sobre a Igualdade das Mulheres e sua Contribuição para o desenvolvimento e a paz por meio de um para o Plano de Ação, inicialmente para a África e a Ásia (Guarnieri, 2010; Sardenberg, 2018)

As feministas radicais sinalizavam o patriarcado como motor principal da opressão das mulheres. Simone de Beauvoir, Betty Friedan e Carol Hanisch, (CAMPOI, 2011) são exemplos de teóricas feministas desse período. (SARDENBERG; TAVARES, 2016, p. 317).

Hanisch apresenta a frase “*O pessoal é político*” para salientar que o problema da opressão deveria ser analisado não só como uma questão privada, mas de âmbito e interesse público. Assim também enfatiza para Almeida (1998, p. 52) o “pessoal é político” é uma expressão que desorganiza a lógica do espaço político clássico e “que exige a reinvenção de novas bases para fazer política, a partir de temas considerados marginais”, que serão estudados de forma que ganhem visibilidade e importância, se rompam os preconceitos acerca de seus significados dentro do próprio movimento feminista e na sociedade.

A simbologia dessa frase é o momento de luta mais importante para as mulheres, pois a sexualidade sai do domínio exclusivamente privado, passando a ser entendida a partir da relação de poder entre os sexos e como essencialmente pertencente à ordem patriarcal de gênero. Assim expressa Simone de Beauvoir

Um homem não teria a ideia de escrever um livro sobre a situação singular que ocupam os machos na humanidade. Se quero definir-me, sou obrigada inicialmente a declarar: “sou uma mulher”. Essa verdade constitui o fundo sobre o qual se erguerá qualquer outra afirmação. Um homem não começa nunca por se apresentar como um indivíduo de determinado sexo: que seja homem é natural. É de maneira formal, nos registros dos cartórios ou nas declarações de identidade que as rubricas, masculino, feminino, aparecem como simétricas. A relação dos dois sexos não é a de duas eletricidades, de dois polos. O homem representa a um tempo o positivo e o neutro, a ponto de dizermos “os homens” para designar os seres humanos (...). A mulher aparece como o negativo, de modo que toda determinação lhe é imputada como limitação, sem reciprocidade. (Beauvoir, 1961, p. 9).

De qualquer modo, o feminismo radical minimizou a questão da classe e da raça, dando primazia às diferenças sexuais entre homens e mulheres e as questões voltadas para direitos reprodutivos e discussões acerca da sexualidade. De fato, uma aproximação com a perspectiva apontada por Scott (1995), em que gênero é uma percepção sobre as diferenças sexuais hierarquizadas.

Neste sentido, Piscitelli (2008) afirma que a raça é tratada em diversas formulações feministas como se apenas oferecesse elementos para estabelecer analogias, comparações entre formas de opressão e cita Gayle Rubin (1975) para explicar que quando se expressa a ideia de sistema de sexo e gênero existe um paralelismo entre diferentes movimentos de oprimidos que deveriam unir-se: feministas; negros americanos; pessoas do terceiro mundo; indígenas americanos, mas não há tentativas de articular as diferenças nas quais se ancoram essas opressões.

A terceira onda, que começou no início da década de 1990, emergiu de posturas teóricas ditas “pós-feministas” que denunciam que o próprio discurso feminista estaria dominado por um ponto de vista ocidental, branco e heterossexual, que excluiria muitas mulheres (RABENHORST, 2009, p. 25). Esse momento é marcado pela diversidade de demandas específicas, entre as quais do movimento negro, movimentos homossexuais, lesbianismo, assim como outros, ressaltando a relação de desigualdade entre os gêneros.

Essas problematizações surgem nos estudos feministas que questionam a centralidade da categoria gênero cujas análises suscitaram a necessidade de interligar não só sexualidade, raça e classe, mas outras categorias como nacionalidade e religião e refutam o termo "mulher" como um grupo universal. A partir de 1990 análises das chamadas feministas do Terceiro Mundo ou pós-coloniais - terceira onda - apontaram esses entrecruzamentos, como tal apresentadas nos estudos de Ella Shohat (1992, 1997) que discute sobre as articulações entre cinema, teorias feministas e estudos pós-coloniais; Françoise Vergés autora do livro “*Feminismo decolonial*” (2020) e Chandra Talpade Mohanty (2003, 2018, 2020), feminista contemporânea, nascida na Índia e ativista anticapitalista.

Esse movimento questiona a retórica do feminismo de primeira onda, que mesmo associado à luta por direitos civis e políticos das mulheres, em seu surgimento

vincula-se a perspectiva liberal, sendo refutado por autoras que estudam o feminismo negro, as socialistas e as feministas decoloniais que costumam identifica-lo com o liberalismo e a modernidade e que oferece menos ênfase a classe social, raça, etnia e sexualidade, os quais fundamentais para análise das desigualdades sociais. (Collins, 2002; Lugones 2011; Piscitelli, 2008)

Como tal, o feminismo pós-colonial objetiva explicar a forma como o racismo e colonialismo por meio dos efeitos políticos, econômicos e culturais historicamente constituídos afetam sujeitos não-brancos e as mulheres não-ocidentais no mundo pós-colonial. Ademais, este tipo de feminismo incorpora os fatores socioculturais dos povos originários das nações terceiro-mundistas, compreendendo que o primeiro mundo impõe ideologicamente a sua concepção de mundo, de ser, de pensar e de viver sobre os sujeitos. “A colonização nunca foi algo externo às sociedades das metrópoles imperiais, pelo contrário, sempre esteve inscrita nelas, da mesma forma como se tornou indelevelmente inscrita nas culturas dos colonizados” (HALL, 2011, p. 102). Ainda, a estrutura de pensamento, e as hierarquias raciais e étnicas e de gênero do período colonial são sistematicamente (re)atualizadas, logo a análise sobre a modernidade ocorre dialeticamente com a colonialidade (MACHADO; COSTA; DUTRA, 2018)

Anibal Quijano (2002) apresenta o conceito de colonialidade do poder e a modernidade, em que o poder “é caracterizado como um tipo de relação social constituído pela copresença de três elementos: dominação, exploração e conflito” (QUIJANO, 2002, p.04). Assim,

Colonialidade do poder é um conceito que dá conta de um dos elementos fundantes do atual padrão de poder, a classificação social básica e universal da população do planeta em torno da ideia de “raça”. Essa ideia e a classificação social e baseada nela (ou racista”) foram originadas há 500 anos junto com América, Europa e o capitalismo. São a mais profunda e perdurável expressão da dominação colonial e foram impostas sobre toda a população do planeta no curso da expansão do colonialismo europeu. Desde então, no atual padrão mundial de poder, impregnam todas e cada uma das áreas de existência social e constituem a mais profunda e eficaz forma de dominação social, material e intersubjetiva, e são, por isso mesmo, a base intersubjetiva mais universal de dominação política dentro do atual padrão de poder. (Quijano, 2002, p4).

A partir de Quijano destaco que o processo de globalização se constitui um novo padrão de poder resultado das incursões dos colonizadores sobre a América, do capitalismo colonial/moderno e da perspectiva eurocêntrica como um novo padrão de poder mundial, que tem como eixo fundamental a ideia de raça, por um lado, por meio

da codificação das diferenças entre conquistadores e conquistados baseada na estrutura biológica que situa uns inferioridade em relação a outros e, de outro, a exploração das nações que compõem a América “colonizada”, como exemplo, a partir do controle do trabalho, de seus recursos e de seus produtos em torno do capital e do mercado mundial.

Segundo Barret (2020) as teorias raciais surgem atreladas ao Iluminismo e ao avanço da ciência moderna, incluindo a medicina ocidental, cujas análises justificavam a escravização a partir dos ideários defendidos pela burguesia europeia calcada no lema liberdade, igualdade e fraternidade, os quais não deveriam ser aplicados a todos os seres humanos, mas apenas a grupos hegemônicos específicos, por isso a necessidade de ações pautadas na eugenia direcionada para a população negra. Nessa perspectiva, as teorias raciais “são formas de subjugar, inferiorizar e desumanizar os grupos raciais considerados não hegemônicos ao associá-los com selvagens, não civilizados, que precisariam do apoio de seres humanos mais desenvolvidos para promover o processo civilizatório”. (BORRET, et al. 2020, p. 3).

A ideia de raça no seu sentido moderno não existia antes da formação das Américas, sendo que a formação social construída a partir das diferenças/traços fenotípicos entre conquistadores e conquistados produziram novas identidades sociais, como índios, negros e mestiços, e por meio disso a constituição da hierarquia de raça como instrumento de classificação social e da codificação da cor, por conseguinte os padrões de dominação e exploração da população, como tal de pessoas negras. Nessa análise, a compreensão do gênero para o autor é vista só em termos de acesso sexual às mulheres, portanto presa ao determinismo biológico.

Maria Lugones (2010) a partir da análise de Quijano (2002) sobre a colonialidade do poder, amplia e crítica essa discussão sobre o gênero, para além da perspectiva apontada pelo autor que intersecciona raça e gênero em termos estruturais amplos com base na perspectiva eurocêntrica, capitalista e global. Nesse sentido, a autora apreende que a construção moderna/colonial do gênero e seu alcance apresentada por Quijano (2005) são limitados quando este refere que as lutas pelo “acesso ao sexo, seus recursos e produtos” (Quijano, 2005, p.123) são organizadas pelos eixos colonialidade e modernidade a luz da heteronormatividade, que fortalece a opressão de gênero racializada<sup>15</sup> e, desse modo, aponta que é preciso

---

<sup>15</sup>Schucman (2010, p. 44) preconiza que é possível afirmar que todas as pessoas são racializadas, mas que existem esferas distintas de racialização. Que há uma esfera que explicitamente aponta pessoas

descolonizar o gênero.

A consequência semântica da colonialidade do gênero é que “mulher colonizada” é uma categoria vazia: nenhuma mulher é colonizada; nenhuma fêmea colonizada é mulher. [...] Diferentemente da colonização, a colonialidade do gênero ainda está conosco; é o que permanece na intersecção de gênero/classe/raça como construtos centrais do sistema de poder capitalista mundial. Pensar sobre a colonialidade do gênero permite-nos pensar em seres históricos compreendidos como oprimidos apenas de forma unilateral. [...] sugiro que enfoquemos nos seres que resistem à colonialidade do gênero a partir da “diferença colonial”. Tais seres são, como sugeri, só parcialmente compreendidos como oprimidos, já que construídos através da colonialidade do gênero[...]. Logo, a resistência à colonialidade do gênero é historicamente complexa (Lugones, 2010, p. 5)

“Descolonizar o gênero significa que é necessariamente uma praxe” (LUGONES, 2010, p 6). Lugones expressa que é necessário imprimir uma crítica sobre a opressão de gênero, que se efetiva pela intersecção dos sistemas complexos de opressão, tendo como base a subjetividade /intersubjetividade que atuam para operar a cooptação das mulheres “colonizadas”. Destarte, a autora objetiva, a partir do feminismo, construir uma nova narrativa sobre a opressão das mulheres subalternizadas, a qual se articula “através de processos combinados de racialização, colonização, exploração capitalista e heterossexualismo” (Lugones, 2010, p 7). Assim chama a análise da opressão de gênero racializada capitalista de “colonialidade do gênero” e a sua superação de “feminismo descolonial”. (Lugones, 2010, p. 7).

A crítica de Lugones as análises de Quijano são pertinentes uma vez que a autora busca uma nova perspectiva teórica para apreender os sujeitos que fazem parte das distintas formações sócio-históricas e culturais, que são diferenciados/hierarquizados considerando a dicotomia entre o humano a serviço do ocidente (homem europeu, burguês, colonial/moderno e mulher europeia burguesa pura, recatada e passiva) e o não humano (povos latino-americanos, ameríndios, africanos, indígenas, outros).

---

racializadas (por exemplo, pessoas negras e indígenas no Brasil) e outra esfera que não é marcada cotidianamente por processos que viabilizam sua raça de forma discriminatória, pois sua raça é vista como universal e dominante e este é o caso das pessoas brancas.

No caso das mulheres, a questão da “colonização” não se dá igualmente para todas, uma vez que as racializadas são submetidas a opressão de gênero, classe e raça de forma mais contundente e excludente. Assim sendo há a necessidade de desmistificar a relação colonialidade do gênero e, particularmente, a sua superação a partir de uma análise descolonial, ou seja significa o refutamento das representações sobre mulheres associado a colonialidade do gênero assentado no paradigma eurocêntrico, posto sua parcialidade e incompletude em relação ao entendimento da “*colonização do não humanos mulheres*” uma vez atrelado apenas a luta pelo acesso ao sexo imposto pelos colonizadores e macula a hierarquia de gênero respaldada nas relações de poder, dominação e exploração pelo trabalho e apropriação das consciências.

Outros autores/as são fundamentais nessa análise pós-colonial, a exemplo de Shohat, Mohanty, Vergés. Shohat relaciona questões de gênero com as de classe e etnia articulando cinema, teorias feministas e estudos pós-coloniais para mostrar como as relações de dominação são bem mais complexas e como elas se reproduzem também entre mulheres (Maluf; Costa. 2021, p. 147)

Mohanty (2020) crítica às perspectivas universalistas das mulheres ocidentais sobre mulheres no Terceiro Mundo por meio da colonização discursiva da vida e das lutas dessas mulheres. Assevera que qualquer debate sobre a construção política e intelectual dos “feminismos de Terceiro Mundo” deve atentar para a crítica interna dos feminismos hegemônicos “ocidentais” no que se refere a desconstrução dessa perspectiva e na construção de formulação de estratégias feministas autônomas, geográfica, histórica e culturalmente fundamentada, no sentido de evitar que os feminismos de “Terceiro Mundo” sejam marginalizados e tratados como guetos pelos discursos feministas tanto de esquerda, quanto de direita. Nesse sentido, a autora propõe analisar criticamente a produção/visão da “mulher de Terceiro Mundo” como um sujeito único apresentada em textos de feministas ocidentais, principalmente nos Estados Unidos e na Europa.

A autora defende a substituição do termo feminista “sororidade” pelo conceito “solidariedade transnacional” e “fronteiras”. Ao escrever o ensaio *Sob os Olhos Ocidentais*, em 1986, que explica o seu pensamento feminista a partir dos dois conceitos, a autora, não defendeu a oposição entre feministas ocidentais e de Terceiro Mundo, mas preocupou-se, também, com a dicotomia existente na estrutura universalizada de ver e entender as mulheres, ou seja, fez uma crítica ao “feminismo

branco” por mulheres de cor e ao “feminismo ocidental” por feministas do Terceiro Mundo a partir do paradigma da descolonização.

Desse modo, o seu compromisso pessoal é a construção de uma solidariedade feminista não colonizadora, para além das fronteiras, a partir de um projeto feminista mais amplo que o projeto colonizador. Então, o conceito de fronteira é importante para a análise das opressões, uma vez que as mulheres são atravessadas por raça classe, gênero, religião e sexualidade, considerando as posições geográficas que fazem parte (países, cultura etc.), diferentemente das mulheres ocidentais brancas, por exemplo. Nesse norte a necessidade de além dessas fronteiras por meio de uma solidariedade feminista transnacional, em contraposição a certo feminismo ocidental colonial, por isso propõe a substituição do termo sororidade, ideia de “comum” - baseado nas dores partilhadas por todas as mulheres-, por solidariedade que segundo a autora significa manter evidente as diferenças entre as mulheres, ou seja, o sujeito feminino universal não existe, porém deve ser construído por meio das lutas feministas transnacionais. (Mohanty, 2020).

Françoise Vergès escreve o *Feminismo decolonial*<sup>16</sup>, em 2020 no auge da pandemia de Covid-19, cujo confinamento imposto pelos governos europeus tornou ainda mais visível as desigualdades sociais e econômicas principalmente em relação às mulheres negras e as mulheres racializadas, ou seja, uma divisão abissal entre vidas vulneráveis e vidas protegidas. “Na realidade, a possibilidade de confinamento nos países europeus ilumina mais do que nunca as diferenças de classe, gênero e raça” (Vergès, 2020. p. 12). Crítica de forma contundente um feminismo que chama de “civilizatório”, por impor um pensamento único em nome de uma ideologia dos direitos das mulheres, que tem contribuído para a perpetuação da dominação de classe, gênero e raça. Por isso, defende um feminismo decolonial radicalmente antirracista, anticapitalista e anti-imperialista. Assim propõe

---

<sup>16</sup> Para Vergès (2020, p.05) ao tratar do feminismo decolonial discorre sobre as disputas de narrativas em torno do pensamento feminista e sobre a luta das mulheres nos diferentes continentes, com referência às vivências e a produção intelectual de mulheres africanas, latinas – americanas e asiáticas que trazem reflexões sobre a colonialidade, considerando as formas de dominação e exploração existentes no mundo globalizado, os problemas gerados pelas relações coloniais, inseridos nesse processo a escravidão e seus efeitos na sociedade. Destaca que o feminismo decolonial opõe-se diretamente ao feminismo liberal, que desconsidera as desigualdades entre as mulheres e ao dito “feminismo civilizatório” que, assumido por organismos internacionais valida as pautas políticas de cunho imperialistas sobre os países do chamado terceiro mundo ou periféricos, produzindo opressão de populações, entre as quais as mulheres racializadas

Um feminismo à escuta dos combates das mulheres mais exploradas, das empregadas domésticas, das profissionais do sexo, das queer, das trans, das migrantes, das refugiadas e daquelas para quem o termo “mulher” designa uma posição social e política, não estritamente biológica. Um feminismo, não o feminismo, e, portanto, aberto a questionamentos, à possibilidade de rever suas análises, que não busca o reconhecimento das instituições, mas que se ancora nas lutas, com suas perdas e alegrias. (Vergès, 2020. p. 13-14)

Distintas narrativas são construídas nos feminismos e suas explicações nas chamadas “ondas”, dependendo da maneira como são construídas ou analisadas, podem trazer problemas de interpretação. Zirbel (2022) a partir das análises de Nancy Hewitt (2010), assevera que ao considerar que a primeira onda, por exemplo, está relacionada apenas a um grupo de mulheres brancas, de determinada classe ou espaço geográfico pode indicar a camada “zonas livres de feministas”, cuja aspecto histórico de seu surgimento associa-se apenas a determinadas décadas ou a um conjunto de décadas relacionadas aquela “onda” e ademais tem-se a falsa ideia de que existe um progresso do pensamento feminista, o que tende a desqualificar a ação e luta das mulheres e feministas ao longo dos anos, com tendência a considerar suas pautas como superadas e criar uma ligação entre passado e futuro, contribuindo para o enfraquecimento das lutas de diversas gerações de feministas, contra discriminação, a opressão e a exploração.

Concordo com Zirbel (2022) e apreendo que os feminismos estão em constante atividade e, “não desaparece nos momentos em que não há grande movimentação na cena pública” (Zirbel, 2020. p 5). Os feminismos se revestem de uma perspectiva sócio-histórica para apreensão da realidade; se reorganizam continuamente em torno das diversas pautas, as quais necessárias para avançar contra todas as formas de opressão e; constroem novos significados que, acredito, devem visar o Bem Viver<sup>17</sup> como possibilidade de sonhar outro mundo que priorize as

---

<sup>17</sup> Os termos Sumak Kawsai em Quechua, Suma Qamañ em Aymara ou Buen Vivir/Vivir Bien, na tradução mais difundida, representam uma cosmovisão construída apresentada pelos povos altiplanos dos Andes, que se tornaram invisíveis frente ao colonialismo, patriarcalismo e capitalismo. Em guarani, “Teko Kavi” significa vida boa e viver bem (respeitar a vida) (Alcantara; Sampaio, 2017, p. 17). Significa o Buen Vivir “[...] um compromisso com a mudança [...] uma visão que incorpore aos processos de acumulação e (re)distribuição dos atores que foram historicamente excluídos das lógicas do mercado capitalista [...] o Buen Vivir se constrói a partir das posições que reivindicam a revisão e reinterpretção das relações entre a natureza e os seres humanos. [...] permite a aplicação de um novo paradigma econômico, cujo final não se concentra no material, na acumulação mecanicista e interminável de bens, mas em vez disso promove uma estratégia econômica inclusiva, sustentável e democrática. [...] ‘Bem Viver’ também se baseia nas demandas por igualdade e justiça social, e no reconhecimento, avaliação e do diálogo dos povos e suas culturas, formas de conhecimento e modos de vida” (Senplades, 2013, p. 10).

relações, as ideias e as experiências entre os sujeitos, como tal não associados a crítica ao capitalismo e suas formas de exploração, opressão social e dominação.

Os estudos feministas sob a perspectiva da categoria gênero associados aos estudos em torno das diferentes formas de violência pautadas em um modelo classista, patriarcal e racista, têm produzido discussões que indicam a interseção entre raça, classe, sexualidade, nação e gêneros que englobam lutas distintas contra o sexismo, o racismo, o capitalismo, o neoliberalismo a colonialidade eurocêntrica, dentre outras opressões. Destarte, a construção dos feminismos não é estática, e converge para uma perspectiva fundamental: luta em torno da garantia dos direitos dos distintos sujeitos que compõem os feminismos.

Considerando os estudos feministas apresentados debruço-me sobre a análise interseccional no sentido de ir para além do pensamento homogêneo, pensado a partir de um único indivíduo feminino – nesse caso mulher branca ocidental, heterossexual e burguesa como um sujeito que representa a realidade de “todas” as mulheres. Diante das formas de apreender e interpretar as lutas feministas entendo que o conceito de interseccionalidade é necessário nesta discussão, mesmo diante dos tensionamentos no seio do movimento em torno da necessidade ou não das lutas específicas das mulheres.

## **2.2. Interseccionalidade: antecedentes e conceituação**

*Acaso, não sou eu uma mulher? - Sojourner Truth (1851).*

A interseccionalidade é um termo dinâmico aplicado a um conjunto muito diverso de práticas, orientações políticas e interpretações sobre os sujeitos e suas realidades. Existem muitas definições de interseccionalidade: pode ser lida enquanto uma ferramenta analítica; um campo de estudo raciais e culturais; um paradigma relacionado a dimensão epistêmica - como um campo de conhecimento - ou como uma metodologia; nos movimentos sociais em geral; nas discussões sobre políticas públicas; e como uma reivindicação da vertente feminista, o chamado feminismo interseccional. De certo, no século 21, o conceito de interseccionalidade tem sido amplamente discutido pela teoria feminista (Piscitelli 2008; Hirata 2014; Collins 2015; Collins e Bilge 2016, 2021, Crenshaw 2002).

Collins e Bilge (2021) reconhecem a heterogeneidade que caracteriza o entendimento e o uso do termo interseccionalidade, justamente devido aos seus múltiplos aspectos, porque os sujeitos a utilizam para abordar um conjunto de questões e problemas sociais.

O pensamento interseccional foi construído anterior ao conceito inscrito na academia pela jurista negra norte-americana Kimberle Crenshaw, particularmente na década de 1990, período em que se institucionalizou no ensino superior, inclusive no Brasil, a partir da popularização do texto “Mapeando as Margens” (1985). Entretanto, antes de sua popularidade na academia, já existia uma práxis interseccional a partir da ideia de gênero organizada pelas ativistas não brancas ou mulheres racializadas (negras, indígenas, trabalhadoras, migrantes entre outras) no intuito de “solucionar” problemas que exigiam a mobilização das categorias classe, raça, gênero e sexualidade entendidas de forma mutuamente conectadas e imbricadas, como um mecanismo para pensar a política feminista e a justiça social para além de uma categoria única e compreendendo que os sistemas de opressão são mutuamente construídos. Logo, ideias interseccionais antecedem a construção de seu conceito propriamente dito no âmbito da academia.

Bell Hooks (1981) em seu livro *Ain't I a woman?: black womem and feminism (Não sou uma mulher?: mulheres negras e feminismo)* e Collins e Bilge (2021) caracterizam o discurso da ex-escrava abolicionista e feminista Sojourner Truth realizado em 1851, diante de uma assembleia de mulheres brancas contra a escravidão, em Indiana (EUA) como potente e importante, que demarcou de modo sensível a interseccionalidade e demonstrou ao feminismo branco presente sua inoperância diante das vivências de mulheres negras que experienciaram as opressões de gênero, raça, classe e sexualidade. Sojourner Truth foi confrontada pela plateia ao declarar-se mulher e negra, porém reprimida por um homem branco que a questionou e ao mesmo tempo afirmou que não a considerava mulher. Então disse “*eu não acredito que tu sejas realmente uma mulher*”. Sojourner, quase impedida de se pronunciar, inclusive pelas mulheres brancas, respondeu de forma emblemática:

“... Bem, crianças, atrevo-me a dizer algo sobre este assunto. Eu acho que quer os negros do Sul e as mulheres do Norte estão a falar sobre direitos, os homens brancos estarão em dificuldade em breve. Mas o que é isto que estão a falar? Esse homem aí há pouco disse que as mulheres precisam de ajuda para subir às carruagens e levantadas sobre as poças, e de me cederem os melhores lugares ... e não sou eu uma mulher? Olhem para mim! Olhem para os meus braços! (ela arregaçou a manga direita da camisa) ...

Eu lavrei, plantei e colhi para os celeiros e nenhum homem podia ajudar-me – e não sou eu uma mulher? Eu posso trabalhar tanto quanto qualquer homem (quando eu puder fazê-lo) e ser chicoteada também – e não sou eu uma mulher? Eu dei à luz cinco crianças e vi todas serem vendidas para a escravidão e quando chorei a minha dor de mãe, ninguém senão Jesus ouviu – e não sou eu uma mulher?” (Hooks, 1981, p.115)

Aqui, Collins e Bilge (2021) afirmam que Sojourner desejava ser incluída no feminismo, porém enganou-se, posto que o local onde proferiu o seu discurso apresentou-se inóspito e segregatório, ou seja, o feminismo é sobretudo para as mulheres brancas. Contudo, o seu discurso torna-se um texto central para o feminismo negro interseccional.

No Brasil, considero que a carta da mulher negra escravizada, Esperança Garcia<sup>18</sup>, inscrita em 6 de setembro de 1770, aproxima-se do pensamento interseccional ao demarcar os eixos sexismo e racismo ao denunciar os maus tratos sofridos como mãe e mulher. Posso dizer que Esperança rompe com o silenciamento imposto às mulheres negras ao exigir por meio da escrita, que as autoridades locais agissem conforme as regras jurídicas e religiosas coloniais, além de imprimir um ato de resistência ao solicitar certa “proteção” ao Estado escravocrata. Além da natureza coletiva de seu ato, cuja reivindicação deu-se em favor do cumprimento do Decreto 1.695 de setembro de 1869, que proibia a venda de escravos debaixo de pregão, a separação do marido da mulher, o filho do pai e da mãe, salvo quando maiores de 15 anos, “a singularidade de Esperança reside em dois aspectos: a resistência pelas vias do direito e a reivindicação como membro da comunidade política da colônia” (CELESTINO, 2021).

Assim disse Esperança Garcia

---

<sup>18</sup> Esperança Garcia era uma mulher negra escravizada que em 6 de setembro de 1770 escreveu uma carta endereçada ao governador da capitania do Piauí denunciando a desumanização e as situações de violência que sofria junto com seus filhos e companheiras na fazenda de Algodões na região próxima a Oeiras, a 300 quilômetros da futura capital, Teresina. A carta foi um ato de denúncia e insurgência contra a estrutura escravocrata no século XVIII, sendo um documento histórico símbolo de resistência e ousadia na luta por direitos no contexto brasileiro. Foi encontrada em 1979 no arquivo público do Piauí, pelo pesquisador e historiador Luiz Mott. Por ser um documento histórico e atendendo as reivindicações do Movimento Negro do Piauí, no ano de 1999 a data de 6 de setembro foi oficializada como o Dia Estadual da Consciência Negra, em e em setembro de 2017, duzentos e quarenta e sete anos depois da escritura da carta, através de solicitação da Comissão da Verdade sobre a Escravidão Negra do Piauí, Esperança Garcia foi reconhecida pela OAB/PI como a primeira advogada piauiense ( ESPERANCAGARCIA.ORG, 2022)

*Eu Sou hua escrava de V.S administração do Cap.<sup>am</sup> Anto<sup>o</sup> Vieira de Couto, cazada. Desde que o Cap.<sup>am</sup> p<sup>a</sup> Lá foi administrar, q. me tirou da Fazda dos algodois, onde vevia co meu marido, para ser cozinheira da sua caza, onde nella passo m<sup>to</sup> mal. A primeira hé q. há grandes trovoadas de pancadas enhum Filho meu sendo huã criança q lhe fez extrair sangue pella boca, em min não poço esplicar q Sou hu colcham de pancadas, tanto q cahy huã vez do Sobrado abacho peiada; por mezericórdia de Ds esCapei. A segunda estou eu e mais minhas parceiras por confeçar a tres annos. E huã criança minha e duas mais por Batizar. Pello ã Peço a V.S pello amor de Ds e do Seu Valim ponha aos olhos em mim ordinando digo mandar a Porcurador que mande p. a Faz<sup>da</sup> aonde elle me tirou pa eu viver com meu marido e Batizar minha Filha.<sup>19</sup> De V.Sa. Sua escrava Esperança (Carta Original) (ESPERANCAGARCIA.ORG, 2022)*

A fala de Esperança Garcia revela interseccionalidade exemplificada em dois trechos da petição: “em mim não posso explicar que sou um colchão de pancadas, tanto que caí uma vez do sobrado abaixo peiada” e “[...]Peço a Vossa Senhoria pelo amor de Deus ponha os olhos em mim”. Logo, é demonstrada a interseção entre sexismo e racismo, por discriminação baseado no estereótipo e em papéis de gênero e racismo que, sob o julgo da violência física ou simbólica, colocou-a na condição de escravizada inferiorizada face ao opressor.

A resitência de Sojourner Truth e Esperança Garcia em torno da luta contra a escravidão, ao proferirem discursos contundentes e demarcados de interseccionalidade, se faz presente no intercruzamento entre os eixos sexismo e racismo, os quais são alicerçados pelos sistemas de opressão raça (pelo racismo), classe (pela relação exploração econômica) e gênero (pelo poder patriarcal). Isso mostrou, àquele tempo, a necessidade de as mulheres negras expressarem visões políticas em torno dos seus direitos. Posto na contemporaneidade, esses relatos contribuem para (re)pensar a história das mulheres negras e discutir o lugar que ocupavam e ocupam nas análises acadêmicas, de modo que as suas contribuições não sejam ignoradas pela ideologia feminista presente nesses espaços hegemonicamente brancos e nos movimentos sociais feministas, predominantemente marcados, porém não menos relevante, pelas análises classistas.

---

<sup>19</sup> Eu sou uma escrava de Vossa Senhoria da administração do Capitão Antônio Vieira do Couto, casada. Desde que o capitão lá foi administrar que me tirou da fazenda algodões, onde vivia com o meu marido, para ser cozinheira da sua casa, ainda nela passo muito mal. A primeira é que há grandes trovoadas de pancadas em um filho meu sendo uma criança que lhe fez extrair sangue pela boca, em mim não posso explicar que sou um colchão de pancadas, tanto que caí uma vez do sobrado abaixo peiada; por misericórdia de Deus escapei. A segunda, estou eu e mais minhas parceiras por confessar há três anos. E uma criança minha e duas mais por batizar. Peço a Vossa Senhoria pelo amor de Deus ponha os olhos em mim ordenando digo mandar ao procurador que mande para a fazenda de onde me tirou para eu viver com meu marido e batizar minha filha. (ESPERANÇA GARCIA.ORG, 2022)

Collins e Bilge destacam que as décadas de 1960 e 1970 foram importantes para afirmação das primeiras ideias centrais sobre o conceito de interseccionalidade e trazem como exemplo que mulheres negras na década de 1960 organizavam-se e mobilizavam-se em torno da luta pelos direitos civis nos Estados Unidos e que, no geral, eram de certo modo subordinadas aos homens, o que se constituía um empecilho às reivindicações próprias dessas mulheres, pois os problemas levados à discussão não consideravam suas vivências, as formas de segregação racial que sofriam, a questão de classe e a sua etnia. Esse contexto deu margem para a criação de suas próprias organizações políticas e as fez produzir análises sobre as desigualdades sociais dentro do próprio movimento Black Power, especialmente na década de 1970.

Isso mostra como a interseccionalidade vai ser mobilizada a partir dos movimentos sociais. Um exemplo é o Combahee Rive Collective<sup>20</sup> (CRC) coletivo de mulheres negras que surgiu no final da década de 70 e início da década de 80 do século XX em Boston (EUA). Esse coletivo vai mostrar como raça, gênero e sexualidade atuam como sistemas de opressões e como as mulheres racializadas vão pensar ideias e práticas que permitam uma análise crítica sobre esses sistemas, os quais são mutuamente construídos para produzir as desigualdades sociais e raciais que transversalizam a vida dessas mulheres.

Nesse direcionamento, o Combahee Rive Collective - CRC escreve em 1977 “*A Black Feminist Statement* (Declaração Feminista Negra) como um importante texto que indica a ideia de interseccionalidade, visto que “enfoca o entrelaçamento das opressões sistêmicas de racismo, patriarcado e capitalismo [...] inclui heterossexismo e dá ênfase também à homofobia” (Collins, 2021.p. 93).

---

<sup>20</sup> O Coletivo Combahee (Combahee River Collective) foi um grupo feminista negro localizado na cidade de Boston cujo nome veio da ação guerrilheira inventada e dirigida por Harriet Tubman em 12 de junho de 1963, na região Port Royal do estado da Carolina do Sul. Esta ação liberou mais de 750 escravos e é a única campanha militar na história americana planejada e dirigida por uma mulher. (“Uma Declaração Negra Feminista” – Combahee River Collective. Coletiva do Rio Combahee - abril de 1977 (Radfeminismo, 2021). Este Manifesto foi publicado pela primeira vez em 1979 na coletânea organizada por Zillah Eisenstein, *Capitalist Patriarchy and the Case for Socialist Feminism*, pela Monthly Review Press. Foi publicado também em espanhol, em 1988, no Compêndio dirigido por Gloria Anzaldúa e Cherrie Moraga, *This Bridge Called My Back*; e depois, em 1989, por Cherrie Moraga e Ana Castilho (orgs). *Esta puente, mi espalda. Voces de mujeres tercermundistas en los Estados Unidos*. San Francisco: Ism Press Editorial. O Manifesto foi traduzido para o francês pela revista feminista *Cahiers du Cedref*, Paris, n. 14, 2006. Recentemente, na Argentina, a *Herramienta: Revista de debate y crítica marxista* também o publicou. (Pagotto; Motta, 2022)

O principal propósito do CRC foi a luta contra a opressão racial, sexual, heterossexual e classista, com a tarefa específica de desenvolver uma análise e prática integradas baseadas nos sistemas de opressão que se interligam, sendo que a síntese dessas opressões, para o manifesto, cria as condições das vidas das mulheres negras e, nessa condição, o feminismo negro é considerado como um movimento político para combater as opressões simultâneas e múltiplas enfrentadas pelas mulheres de cor. (Coletiva Combahee, 1977).

Nesse sentido, as declarações do CRC apontam que as mulheres negras incorporaram manifestações contrárias ao sistema de governo norte-americano de homens brancos, além de resistirem ativamente e afirmativamente aos modos operandi de pensar e agir dominantes, sobretudo em relação a forma negativa de serem percebidas no contexto da luta contra a desigualdade social e racial. Nesse sentido o CRC faz uma análise interseccional nos contextos dos “movimentos sociais de descolonização, dessegregação e feminismos”, como pontua Collins (2021, p. 94), mais ainda, coloca as mulheres negras no lugar aonde elas devem estar de acordo com seus modos de ser, viver ou identidade, sem associarem-nas ao movimento negro conservador, como aconteceu com mulheres negras lésbicas que ao se deslocarem para o Coletivo Combahee não deixaram de ser feministas devido a sua orientação sexual.

Essa é uma questão crucial que pesa sobre a interseccionalidade, considerando que mulheres negras lésbicas, por exemplo, ao serem compreendidas sob a interação gênero, sexismo e raça são distanciadas da perspectiva de classe, como se essa lógica as impedisse de apreender e refutar os mecanismos de exploração postos na relação capital/trabalho. Considero um equívoco, pois é perfeitamente cabível a partir da vivência dessas mulheres, da compreensão que apresentam sobre a realidade social concreta e a partir de análise acadêmica sem estereotípias epistemológicas, apreender e desenvolver concepções críticas sobre as opressões no sentido amplo da palavra para além das estruturas discriminatórias postas no cotidiano, as quais são frutos da intersecção crítica entre raça, classe e gênero, que perpassam os seus modos de ser e de viver entremeado de um conjunto de questões inseridas no contexto das desigualdades sociais.

O próprio manifesto do Coletivo Combahee River ressignifica o papel da mulher negra na sociedade ao dizer

“[...] nosso desenvolvimento também deve estar ligado à posição econômica e política contemporânea dos negros. [...]. De início, o que nos uniu foi uma posição combinando antirracismo e antissexismo. À medida que nos desenvolvemos politicamente, nos voltamos também ao heterossexismo e à opressão econômica sob o capitalismo” (Pereira; Gomes, p, 199. 2019)

## E ainda

“Acreditamos que a política sexual sob o patriarcado é tão pervasiva nas vidas das mulheres negras quanto são as políticas de raça e classe. Inclusive, achamos difícil a separação de raça, classe e opressão sexual, porque em nossas vidas elas são em geral sentidas simultaneamente. Sabemos que existe uma opressão racial- -sexual que não é nem exclusivamente racial nem exclusivamente sexual: por exemplo, as histórias de estupros de mulheres negras por homens brancos como uma arma de repressão política. [...]. Percebemos que a libertação de todos os povos oprimidos exige a destruição dos sistemas político-econômicos capitalistas e imperialistas, bem como do patriarcado. [...]. Precisamos articular a situação real de classe dessas pessoas, que não são meramente trabalhadoras sem raça e sem sexo, mas para quem as opressões racial e sexual são determinantes significativos para suas vidas laborais e econômicas. (Pereira; Gomes, p. 199 - 201, 2019)

Embora o surgimento do termo interseccionalidade esteja associado às análises de Creshaw, oficialmente a partir da década 1990, Patrícia Hill Collins preconiza que o texto de CRC não foi devidamente visualizado, uma vez ser este o primeiro documento a trazer para discussão política identitária como ferramenta de resistência das mulheres negras, ou seja, uma ideia fundamental para a perspectiva interseccional debatida no texto *Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color*” (1985), por Kimberle Creshaw que vai servir como marco de surgimento do conceito na academia em termo de Brasil.

O texto produzido pelo CRC sinaliza que a análise e a organização das mulheres negras nos movimentos sociais são coletivas e estruturais, desse modo, inferir sobre o entrelaçamento de raça, gênero e opressão de classe é importante nesse processo, a partir de seus significados. Porém, há necessidade de ir além para não fazer uma interpretação rasa desses eixos, posto que estes formam a estrutura de desigualdade que opera em duas frentes: *a teórica* – que não deve esgotar-se em si mesma - e *as lutas/necessidades políticas* - que são importantes para entender as experiências interseccionais no âmbito do cotidiano das mulheres. Enfatizo a partir de Collins e Bilge (2021) que esses dois “marcadores” ideia (teoria) e ação (lutas políticas) devem se inter relacionar de modo que não haja sobreposição ou supervalorização de uma sobre a outra, ou seja, a “sinergia entre ideia e ação é importante” para a interseccionalidade.

Collins (2021) preconiza que as ideias centrais da interseccionalidade surgem em vários textos do feminismo negro, como tal *The Black Woman (A mulher negra)* – embora esquecido, incorporou tanto a investigação quanto a práxis crítica - organizado pela feminista negra Toni Cade Bambara que aglutinou várias ideias políticas pensadas pelas afro-americanas, cujos ensaios indicavam que a liberdade das mulheres negras estava condicionada a discussão sobre raça, classe e gênero. Autoras como Audre Lorde, Gloria Anzaldúa, Angela Davis, Lélia Gonzáles e Suely Carneiro vão se aproximar da interseccionalidade, mesmo não tendo em suas análises esta categoria como foco.

Audre Lorde em seu livro *“Irmã Outside”* (1984) traduzido por Palos (2020) preconiza no texto *“Idade, Raça, Classe e Sexo: as mulheres a redefinirem a diferença”* que

Certamente existem diferenças muito reais entre nós ao nível da raça, idade e sexo. Mas não são essas diferenças que nos estão a separar. É, sim, a nossa recusa em reconhecer essas diferenças e em examinar as distorções que resultam da nossa má denominação e os seus efeitos sobre o comportamento e as expectativas humanas. (Lorde, 2020, p. 15)

Nesse sentido, Audre Lorde, mesmo não apresentando a concepção de interseccionalidade, indica que há diferenças reais entre as mulheres que não se encontravam dentro dos padrões hegemônicos do feminismo (mulheres cis e brancas). Assim, invoca a necessidade do ativismo de mulheres racializadas e lésbicas, por exemplo. Como pontua Lorde

Em geral, dentro do movimento de mulheres de hoje, as mulheres brancas concentram-se na sua opressão enquanto mulheres e ignoram as diferenças de raça, orientação sexual, classe e idade. Há uma pretensão a uma homogeneidade de experiência coberta pela palavra irmandade que, de facto, não existe. (Lorde, 2020, p. 15)

A escritora chicana Gloria Anzaldúa autora do livro *Borderlands/La Frontera: La nueva mestiza* (1987) de única tradução em espanhol disponível realizada por Carmen Valle Simón (2016) utiliza as categorias de raça/racismo, gênero e sexualidade associada ao significado de cidadania e justiça social para explicar as opressões sofridas por habitantes migrantes terceiro mundistas residentes e oprimidos na fronteira México/EUA (negros, queer – gays e lésbicas -, mulheres, índios). Anzaldúa assevera que o livro fala de sua existência (mulher mestiça

migrante) e revela que “a fronteira entre Estados Unidos/ México é uma ferida aberta em que o Terceiro Mundo se arranha contra o primeiro e sangra” (Anzaldúa, 2016, p.36). Por isso diz “Soy una mujer de frontera” (Ibidem, p.35), ou seja, “Sou uma mulher de fronteira” para expressar outro significado de fronteira como um local atravessado por um conjunto heterogêneo de concepções/ideologias e valores socioculturais que permeiam qualquer sujeito.

Assim pontua

Uma frontera es una línea divisória, una fina raya a lo largo de un borde empinado. Um territorio fronterizo es un lugar vago e indefinido creado po el residuo emocional de una linde contra natura. Está em um estado constante de transición. Su habitantes son los prohibidos y los baneados. Ahi viven los atravesados: los bizcos, los perversos, los queer, los preproblemáticos, los chuchos callejeros, los mulatos, los de raza mezclada, los médio muertos; em resumen, quienes cruzan, quienes pasan por encima e atraviesan los confines de lo normal. Los gringos del suroeste de Esatdos Unidos consideran a los habitantes de las tierras fronterizas transgresores, extrajeros, tanto se tienen documents como si no, tanto si son Chicanos como si son Indios o Negros<sup>21</sup>. (Anzaldúa, 2016, p. 42)

As duas autoras, Lorde e Anzaldúa, expressam questões cotidianas de sujeitos em distintas situações, as quais atravessadas pela intersecção raça/racismo, sexismo, gênero e classe, demonstram que de algum modo essas opressões precisam ser apreendidas e analisadas considerando os tensionamentos e a historicidade que perpassam as múltiplas relações desses sujeitos.

Angela Davis, ex-militante dos Pantera Negras (EUA), em seu livro *Mulheres, Raça e Classe* (1981) mobiliza as categorias raça, gênero e classe para demonstrar como as experiências individuais e coletivas de mulheres negras não podem ser analisadas a partir de um único eixo. Assim, nessa obra, fala das múltiplas vivências como situações específicas de mulheres escravas, as quais, desumanizadas, permaneciam historicamente incompreensíveis e ocultas no que refere: ao trabalho e a capacidade produtiva sob o domínio escravocrata patriarcal; a organização da família negra; o abuso sexual, estupro e castigos físicos sofridos; o sentido ou

---

<sup>21</sup> “Uma fronteira é uma linha divisória, uma linha fina ao longo de uma borda íngreme. Um território fronteiriço é um lugar vago e indefinido criado pelo residuo emocional de uma fronteira não natural. Está em constante estado de transição. Seus habitantes são proibidos e os banidos. Lá moram os atravesados: os vesgos, os perversos, os bichas, os problemáticos, os mestiços, os mulatos, os mestiços, os semimortos; Em suma, aqueles que atravessam, que ultrapassam e atravessam os limites do normal. Os gringos do sudoeste dos Estados Unidos consideram os habitantes das terras fronteiriças transgressores, estrangeiros, tenham documentos ou não, sejam eles chicanos, índios ou negros”. (Anzaldúa, 2016, p. 42 tradução livre)

significado de maternidade que não se estendia as escravas (p. 15 e 19); Ademais denuncia o encarceramento em massa da população negra sob mecanismos do controle e do punitivismo atrelados ao racismo institucional e ainda outras questões importantes relacionadas ao capitalismo, a exploração econômica e a classe social, como tal não visualizadas pelos abolicionistas brancos mais radicais.

Como regra, pessoas brancas abolicionistas ou defendiam os capitalistas ou não demonstravam nenhuma consciência de classe. Essa aceitação sem objeções do sistema econômico capitalista era evidente também no programa do movimento pelos direitos das mulheres. Se a maioria das abolicionistas via a escravidão como um defeito indecente que precisava ser eliminado, a maioria das defensoras dos direitos das mulheres enxergava a supremacia masculina de forma similar - como uma fala imoral de uma sociedade que, em seus demais aspectos, era aceitável (Davis, 2016. p. 75)

Davis permite analisar como as categorias raça e classe se inter cruzam para estruturarem a sociedade e oprimir a mulher negra. Mesmo sendo marxista faz uma crítica à defesa e primazia da categoria classe, como único eixo que pode explicar outras opressões e a dominação capitalista. Assim, diz;

“[...]É preciso aprender a estabelecer a relação entre gênero, raça, classe e sexualidade”; [...]. É preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras. (Davis, s/p. 2011)

No Brasil, Lélia Gonzáles vai produzir textos, livros e artigos que mobilizam, especialmente na perspectiva do movimento negro, as categorias gênero, classe e raça para propor outro tipo de ativismo, outra forma de pensar a política e destacar a intelectualidade negra. Trago dois textos que expressam esse pensamento: “*Racismo e sexismo na cultura brasileira*” (1980) e “*Categoria político cultural de amefricanidade*” (1988).

Lélia Gonzáles (1988) afirma que a formação histórico-cultural de homens e mulheres brasileiros/as foi conscientemente organizada a partir de uma perspectiva branca eurocêntrica havendo a necessidade de superação desse modelo estrutural de dominação, exploração/opressão, internalização e naturalização do racismo nas consciências dos sujeitos, sobretudo, na população negra. Isso acontece por meio do *racismo aberto* que se processa a partir de uma articulação ideológica em que a

miscigenação é algo impensável, tendo como consequência explícita a segregação dos grupos não-brancos e do *racismo por degeneração (disfarçado)* comumente enraizado nas sociedades de origem latina, em que prevalecem as teorias da miscigenação e da democracia racial.

No texto “*Racismo e sexismo na cultura brasileira*” (1980), Gonzáles interrelaciona sexismo e racismo para explicar a aceitação e os processos que determinaram a naturalização do mito da democracia racial nas relações sociais brasileiras, o ocultamento e as interpretações dos padrões racistas e sexistas e como a mulher negra é situada nesse discurso, considerando o lugar dessa mulher a partir das noções de mulata (não como caráter étnico, mas como profissão – mulata vinculada ao samba a partir das contradições internas inerentes às Escolas de Samba), doméstica e mãe preta.

Desse modo, Lélia Gonzáles se dedica a explicar como racismo se instaura no cotidiano do indivíduo brasileiro e, nesse sentido, busca a psicanálise para fazer esta discussão. Assim refere: “*o racismo é uma neurose brasileira? Não é por acaso que a neurose cultural brasileira tem no racismo o seu sintoma por excelência*” (Gonzáles, 1980;1988, p. 69).

Dessa forma, Lélia faz essa análise referenciando-a em Freud e Lacan para pensar o que é neurose como um constructo social e o quanto isso está presente na prática e na formação da sociedade brasileira. “Ora, na medida em que nós negros estamos na lata de lixo da sociedade brasileira, pois assim o determina a lógica da dominação, caberia uma indagação via psicanálise” (Gonzáles, 1980. p. 225). Como se a lógica dominante tentasse domesticar o negro/a por meio de uma linguagem formal articulada reverberada como verdade absoluta para ocultar o racismo e o sexismo que molda e diz como o negro/negra devem portarem-se para serem aceitos/as na sociedade, ou seja, é a naturalização desse pensar e agir construídos pela consciência dominante.

Nesse sentido, para explicar essa naturalização Lélia parte de duas noções: *a consciência* “como o lugar do desconhecimento, do descobrimento, da alienação, do esquecimento do saber” (GONZÁLES, 1980, p. 226) sendo a internalização do discurso ideológico; e *a memória*, ou seja “[...] o lugar da emergência da verdade, dessa verdade que se estrutura como ficção [...], porém a memória vai falar através das mancas do discurso da consciência” [...] A consciência exclui o que a memória inclui” (Gonzáles, 1980, p. 227). Lélia retoma um artigo que escreveu sobre a questão

da mulher negra no *Jornal do Brasil* em vinte oito de outubro de mil novecentos e oitenta para explicar como se dá esse “esquecimento”

As condições de existência material da comunidade negra remetem a condicionamentos psicológicos que têm que ser atacados e desmascarados. Os diferentes índices de dominação das diferentes formas de produção econômica existentes no Brasil parecem coincidir num mesmo ponto: a reinterpretação da teoria do “lugar natural” de Aristóteles. Desde a época colonial aos dias de hoje, percebe-se uma evidente separação quanto ao espaço físico ocupado por dominadores e dominados. O lugar natural do grupo branco dominante são moradias saudáveis, situadas nos mais belos recantos da cidade ou do campo e devidamente protegidas por diferentes formas de policiamento que vão desde os feitores, capitães de mato, capangas etc., até à polícia formalmente constituída. Desde a casa grande e do sobrado até aos belos edifícios e residências atuais, o critério tem sido o mesmo. Já o lugar natural do negro é o oposto, evidentemente: da senzala às favelas, cortiços, invasões, alagados e conjuntos “habitacionais” (...) dos dias de hoje, o critério tem sido simetricamente o mesmo: a divisão racial do espaço (...) No caso do grupo dominado o que se constata são famílias inteiras amontoadas em cubículos cujas condições de higiene e saúde são as mais precárias. Além disso, aqui também se tem a presença policial; só que não é para proteger, mas para reprimir, violentar e amedrontar. É por aí que se entende por que o outro lugar natural do negro sejam as prisões. A sistemática repressão policial, dado o seu caráter racista, tem por objetivo próximo a instauração da submissão psicológica através do medo. A longo prazo, o que se visa é o impedimento de qualquer forma de unidade do grupo dominado, mediante à utilização de todos os meios que perpetuem a sua divisão interna. Enquanto isso, o discurso dominante justifica a atuação desse aparelho repressivo, falando do de ordem e segurança sociais.<sup>22</sup> (Gonzales, 1979 apud Gonzales, 1980, p. 232)

Nesse caso a nitidez da análise de Lélia permite compreender como as interrelação das opressões sexismo e racismo historicamente estão presentes na sociedade, portanto, naturalizadas e formalmente construídas pelos anos de submissão ao regime escravocrata e adensado pelo mito da democracia racial, de modo que a desigualdade racial inerente à sociedade brasileira, é também consequência das formas de organização das estruturas psicológicas as quais instituídas e fortalecidas por uma ideologia dominante induzem conscientemente os sujeitos a pensarem questões como estas como verdades absolutas. Então, “por que será que, nas casas das madames, ela só pode ser cozinheira, arrumadeira ou faxineira e raramente copeira?” (GONZÁLES, 1980, p. 233). Isso é natural?

Suely Carneiro dialoga com Lélia Gonzáles nesse sentido ao ressaltar que

---

<sup>22</sup>Trata-se de mais um caso de discriminação racial de uma mulher negra; no caso uma professora. Como a história resultou em morte, indo para a alçada judicial, o criminoso, juntamente com seus “cúmplices” afirmam que a causa do crime não foi o seu racismo, mas a incompetência da professora” (Gonzáles, 1980, p. 232)

o que poderia ser considerado como história ou reminiscências do período colonial permanece, entretanto, vivo no imaginário social e adquire novos contornos e funções em uma ordem social supostamente democrática, que mantém intactas as relações de gênero segundo a cor ou a raça instituídas no período da escravidão. (Carneiro, 2011, p. 11)

Dessa forma, o racismo seria um tabu organicamente instituído, sendo uma construção ideológica que beneficia socialmente e economicamente brancos, o chamado privilégio branco, independentemente de onde esse sujeito está na pirâmide social e conseqüentemente uma doença (neurose) construída na cultura brasileira para enxergar-se como branca.

Assim, o racismo não é explícito, mas está todo o tempo na dinâmica das relações sociais apresentando-se de forma objetiva nessa estrutura, a exemplo o extermínio e encarceramento em massa da população negra e de forma subjetiva, disfarçado e subliminar expresso no arquétipo “desejo pelo corpo da mulher negra”, o qual atravessado de relação de poder existe também pela reciprocidade entre patriarcado e a demarcação do lugar que esta mulher ocupa nas sociedades latino-americanas, como diz Lélia.

Como assevera Franz Fanon em “*Pele negra máscaras brancas*” (2008)

Por mais dolorosa que possa ser esta constatação, somos obrigados a fazê-la: para o negro, há apenas um destino. E ele é branco. [...]. A análise que empreendemos é psicológica. No entanto, permanece evidente que a verdadeira desalienação do negro implica uma súbita tomada de consciência das realidades econômicas e sociais. Só há complexo de inferioridade após um duplo processo: — inicialmente econômico; — em seguida pela interiorização, ou melhor, pela epidermização dessa inferioridade. (Fanon, p.28. 2008)

Suely Carneiro, embora não se considere uma teórica interseccional, também vai utilizar as categorias de raça, classe e gênero trazendo uma nova perspectiva para o feminismo brasileiro, ressaltando como as múltiplas discriminações contribuem para o fortalecimento das desigualdades sociais que as mulheres negras enfrentam.

A autora supracitada aponta também que é preciso distanciar-se da visão eurocêntrica/universalizantes das mulheres, reconhecer as diferenças e as desigualdades presentes no universo feminino tornando-as visíveis, bem como a necessidade de outras análises sobre as formas de opressão além do sexismo. Desse modo, refere que o gênero não pode ser separado de outros eixos de opressão e se o objetivo do feminismo é liberar as mulheres, este deve enfrentar todas as formas de

submissão (Carneiro, 2003). Assim, entende que o feminismo negro, “construído no contexto das sociedades multirraciais, pluriculturais e racistas têm como principal eixo de articulação o racismo e seus impactos sobre as relações de gênero, uma vez que ele determina a própria hierarquia de gênero nas sociedades”. (Carneiro, 2011, p. 2)

Todas as autoras citadas não escrevem sob o ponto de vista da interseccionalidade, mas mobilizam raça, gênero, sexualidade, classe, cidadania, nação e outras categorias para pensar outro projeto de justiça social que possibilite a construção de uma nova sociabilidade. Então, reafirmo que a construção do conceito de interseccionalidade enquanto categoria acadêmica é impulsionada, especialmente, pela organização de mulheres negras, latinas e indígenas que vão produzir intelectualmente sobre temas que envolvem organização coletiva comunitária nos espaços dos movimentos sociais, políticas identitárias, pactos políticos que atendam aos interesses dessas mulheres e dentre outros processos nas perspectivas anticapitalista e antirracista.

Nesse sentido, os estudos de raça, classe e gênero e a subsequente renomeação com a interseccionalidade tem uma relação contínua e direta com a organização dos movimento social, sobretudo, com o de mulheres racializadas, sendo que a produção intelectual dessas mulheres vai ser subsidiada por análises explícitas sobre a interconexão dos marcadores de opressão com os sistemas de poder, que determinam qual e que tipo de justiça social vai ser direcionada aos sujeitos sociais na sociedade.

Então, a interseccionalidade apresenta-se como uma concepção importante para pensar, por exemplo, o contexto socioeconômico-político-cultural dos diferentes sujeitos, entre os quais as mulheres negras. A forma como se analisa a vida das mulheres negras a partir dessa intersecção é diretamente determinada pelas concepções e interpretação que os sujeitos, sejam eles dos movimentos sociais ou da academia as enxergam no contexto, neste caso, das relações sociais capitalistas latino-americanas marcadas por um modelo socioeconômico, político e cultural alicerçado sob uma estrutura de dominação que molda os sujeitos às suas necessidades e que tem no patriarcado um aliado indispensável para manutenção das desigualdades de gênero.

Destarte, que no seu surgimento a interseccionalidade é considerada como um conhecimento de resistência, sobretudo na década de 1980 pelas mulheres negras norte americanas, que a exemplo adentram na academia e veem a

necessidade de articular um campo de estudo que valide e organize um conjunto de conhecimentos que deem conta de explicar a realidade dessas mulheres permeada por diferentes marcadores sociais que se comunicam entre si e operam de forma combinada.

A primeira teórica a apresentar o conceito de interseccionalidade sob o ponto de vista acadêmico foi Kimberle Crenshaw. Essa autora tem diversos textos sobre a interseccionalidade, as quais *Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics* (1985); *Beyond racism and misogyny: black feminism and 2 live crew* (1997) e sem dúvida um dos mais divulgados *Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color* (1985)<sup>23</sup> em português *Mapeando as Margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não-brancas* (1985), que ao escrevê-lo o fez para descrever as opressões cruzadas de mulheres afro-americanas.

A autora examina a necessidade de tratar raça, classe e gênero como categorias de análises e que perpassam as experiências concretas das mulheres negras, refutando a ideia de eixo único de análise que distorce essas experiências e invisibiliza a conceituação, a identificação e a remediação de raça e sexo, bem como limita a investigação sobre às vivências de outros membros privilegiados do grupo, que pode criar uma análise distorcida de racismo e sexismo, como exemplo, no caso do movimento antirracista os privilegiados são os homens negros, e no caso da discriminação de gênero as mais privilegiadas são as mulheres brancas (CRENSHAW, 1989, p. 140).

Crenshaw (1985) apresenta a discussão sobre como a política baseada na identidade tem sido uma fonte de força e desenvolvimento intelectual para diferentes grupos - mulheres negras, étnicos, gays e outros- afetados por múltiplas violências em contextos sociais, em que o entrecruzamento de raça e gênero estão presentes para ajustá-los aos aspectos estruturais, políticos e representacionais dessa violência e que é preciso explicar que muitas das experiências apresentadas por mulheres negras, por exemplo, não são visualizadas a partir dos padrões tradicionais de

---

<sup>23</sup> Este artigo é resultado de um breve estudo de campo realizado no abrigo localizado em comunidades em Los Angeles (EUA) que abrigava mulheres que passaram por violência doméstica.

discriminação de raça e gênero, e por vezes examinadas separadamente. Assim, afirma que

O problema com a política de identidade não é que ele não transcenda a diferença, como alguns críticos acusam, mas sim o oposto - que frequentemente confunde ou ignora as diferenças intergrupais [...] a violência que muitas mulheres experimentam é muitas vezes moldada por outras dimensões de suas identidades, como raça e classe. Além disso, ignorar a diferença dentro dos grupos contribui para a tensão entre estes (Crenshaw, 1985, p 7).

Crenshaw (1985) inicia esse debate alertando que a análise da violência contra as mulheres não-brancas inseridas no abrigo vai ser explicada a partir da interconexão gênero e raça, considerando que o mundo social, também é construído a partir desses eixos. Porém, apreende que classe ou sexualidade estão presentes de forma crítica na formação das experiências dessas mulheres, por isso que em parte vai utilizar essas categorias, mas com uma atenção maior aos eixos gênero e raça. Afirma também que a interseccionalidade não está sendo apresentada como uma nova teoria globalizante sobre identidade.

Para tanto, na sua análise descreve a interseccionalidade estrutural no contexto da violência doméstica e do estupro destacando o desemprego, o subemprego e a pobreza que atravessam a vida das mulheres não-brancas que sofrem violência doméstica, agravadas pelo gênero, raça e dominação/exploração de classe. Assim, “as estratégias de intervenção baseadas unicamente nas experiências das mulheres que não compartilham a mesma classe ou raça no fundo serão de ajuda limitada para as mulheres que por causa de raça e classe enfrentam obstáculos diferentes” (Ibidem, p. 4) reverberando de forma imediata nas mulheres que sofreram estupro. (Ibidem, p. 06). Nesse norte, afirma que feminismo e antirracismo são limitados em seus próprios termos quando abordam as intersecções raça e gênero.

O fracasso do feminismo em interrogar a raça significa que as estratégias de resistência do feminismo muitas vezes replicam e reforçam a subordinação de pessoas não-brancas e o fracasso do antirracismo em interrogar o patriarcado significa que o antirracismo frequentemente reproduz a subordinação das mulheres (Crenshaw, 1985, p. 8)

De fato, esse artigo “*Mapeando as Margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não-brancas (1985)*” é uma referência de estudos sobre a interseccionalidade. Embora tenha uma história anterior ao

surgimento desta categoria existem muitas controvérsias analíticas a seu respeito no meio acadêmico (Hirata, 2014), porém é mister colocar que esta criticidade desconsidera a trajetória da interseccionalidade, cujo conceito foi construído tendo como referência os movimentos sociais de luta antirracistas na década de 1970, a partir da resistência das mulheres racializadas e da descrição das opressões cruzadas de mulheres afro-americanas. A academia quando captura esse conceito tenta esvaziá-lo do seu sentido político - aqui as ações políticas de mulheres negras - ao considerá-lo equivocadamente minimalista porque não dá conta de explicar a complexidade dos fenômenos sem inseri-los nas relações sociais complexas. Como afirma Collins

My sense is that intersectional research that mentions Crenshaw in this fashion has not thoroughly read her scholarship. Crenshaw herself has taken issue with this rendition of her own work, claiming that it is returned to her in forms that are often unrecognizable (Guidroz & Berger 2009). Yet despite this widespread practice of recasting Crenshaw's work to resemble colonial discoveries, "Mapping the Margins" is useful for marking a juncture when the ideas of social movement politics became named and subsequently incorporated into the academy. Crenshaw's article illustrates the links between social movement and community organizing sensibilities, the claim that intersectional frameworks were needed to address the social problem of violence against women of color, and the call for an identity politics to empower women of color. Within critical race studies, Crenshaw's scholarship also reflects key tenets of racial formation theory, in particular situating her analysis within the recursive relationship between social structures and cultural representations (Collins, 2015, p. 11)<sup>24</sup>

Considero que as necessidades e experiências das mulheres estão condicionadas à forma como as estruturas socioeconômicas, políticas e culturais as conformam. Destaco que a organização da articulação para pensar suas identidades é importante para capacitá-las à luta política e para emponderá-las à identificação e luta contra as opressões e a favor da justiça social, que não é possível a partir de uma visão única sobre a realidade social dessas mulheres.

---

<sup>24</sup> "Minha sensação é que a pesquisa interseccional que menciona Crenshaw dessa maneira não leu completamente sua erudição. A própria Crenshaw discordou dessa versão de seu próprio trabalho, alegando que ele é devolvido a ela em formas muitas vezes irreconhecíveis (Guidroz & Berger 2009). No entanto, apesar dessa prática generalizada de reformular o trabalho de Crenshaw para se assemelhar às descobertas coloniais, "Mapping the Margins" é útil para marcar um momento em que as ideias da política do movimento social foram nomeadas e posteriormente incorporadas à academia. O artigo de Crenshaw ilustra as ligações entre o movimento social e as sensibilidades de organização da comunidade, a afirmação de que estruturas interseccionais eram necessárias para abordar o problema social da violência contra as mulheres de cor e o apelo por uma política de identidade para emponderá-las (Collins, 2015, p. 11 tradução livre)

Esse foi o uso primeiro da interseccionalidade articulado por Kimberle Crenshaw: a questão da identidade e dos problemas que as mulheres não-brancas – racializadas - enfrentavam a partir de suas experiências vão ser pontos chaves para apreender e compreender os dilemas relacionados às expressões da questão social - nesse caso a violência - presentes na sociedade capitalista norte-americana, que impactavam a vida dessas mulheres e isso vai ser disruptivo em termos de estudos acadêmicos, ou seja, vai interromper, de certo modo, o seguimento “normal” dos estudos feministas e as análises acadêmicas sobre os diferentes sujeitos inseridos nos distintos movimentos sociais e nas políticas públicas sociais.

Nesse norte, Crenshaw (2002) no “*Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*” aponta que existem várias experiências específicas de mulheres marginalizadas que não são analisadas pelas concepções tradicionais de discriminação de gênero e raça tornando os problemas apresentados por elas invisíveis à sociedade. Ademais, questões relacionadas a subordinação de gênero de mulheres ou de subordinação racial de determinados grupos são apresentados sobre um duplo aspecto: de *superinclusão*, quando um problema ou uma condição é dada de forma particularizada a um grupo de mulheres e é definido como um assunto de mulheres ou seja “os aspectos que tornam um problema interseccional são absorvidos pela estrutura de gênero, sem qualquer tentativa de reconhecer o papel que o racismo ou alguma outra forma de discriminação possa ter exercido em tal circunstâncias” (Crenshaw, 2002, p. 174); e de *subinclusão*,

Quando um subconjunto de mulheres subordinadas enfrenta um problema, em parte por serem mulheres, mas isso não é percebido como um problema de gênero, porque não faz parte da experiência das mulheres dos grupos dominantes. Uma outra situação mais comum de subinclusão ocorre quando existem distinções de gênero entre homens e mulheres do mesmo grupo étnico ou racial. Com frequência, parece que, se uma condição ou problema é específico das mulheres do grupo étnico ou racial e, por sua natureza, é improvável que venha a atingir os homens, sua identificação como problema de subordinação racial ou étnica fica comprometida. Nesse caso, a dimensão de gênero de um problema o torna invisível enquanto uma questão de raça ou etnia. O contrário, no entanto, raramente acontece. (Crenshaw, 2002, p. 175).

Nesse sentido, ambas as abordagens tornam invisíveis os problemas das mulheres racializadas, especialmente em contextos socioculturais, econômicos e políticos fomentados por um modelo estrutural de exploração, em que as discriminações de gênero e raça associados a outros sistemas de subordinação

colocam as mulheres numa condição de subalternidade e humilhação frequentemente, sem que com isso ocorra um enfrentamento profundo da questão, por que a naturalização e a banalização da violência, por exemplo de mulheres negras, faz parte do cotidiano como regra e não como uma exceção.

O exposto sobre a subordinação de raça e gênero das mulheres racializadas, só poderá ser analisado e enfrentado a partir de um exame detalhado de sua dinâmica, de modo que se compreendam nessa relação, a fim de construir intervenções mais eficazes contra o que Crenshaw (2002) chama de “discriminação interseccional”. A autora apresenta a Interseccionalidade como análise das opressões, então preconiza que a interseccionalidade

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

As contribuições de Crenshaw são relevantes para compreender o significado e a popularização do conceito de interseccionalidade, especialmente para os estudos acadêmicos brasileiros, no que diz respeito às mulheres negras. Nesse sentido, é oportuno considerar todas as análises que indicam a perspectiva interseccional antes de 1989, especialmente porque não foram refutadas pela autora, uma vez que em seus estudos há o reconhecimento e mérito dos movimentos sociais que já indicavam em suas lutas a necessidade de interconexão entre raça, gênero e classe como eixos estruturantes da sociedade capitalista.

Corroboro com perspectiva de Kyrillos (2020) ao afirmar que o surgimento da interseccionalidade

Não se reduz à compreensão e aos limites impostos pela/na academia. Mais do que uma imprecisão teórica, apagar o histórico da origem da interseccionalidade tende a promover o silenciamento de um grande grupo de mulheres negras e contribui para que gradativamente o conceito da interseccionalidade perca sua força e potência crítica (Kyrillos, 2020, p.8).

Alargando os horizontes sobre a interseccionalidade, Bueno e Anjos (2021) afirmam que não se deve reduzi-la a uma vertente feminista ou a partir da identificação de como as opressões se aprofundam em determinadas experiências, pois isto reduz o seu potencial político crítico. “No processo de conceituação da interseccionalidade

e entregar esse conceito a um nome, a academia controla também a forma com que intelectuais ativistas negras podem ou não inscrever suas narrativas no cânone“ (Bueno; Anjos, p. 01, 2021).

A partir do exposto, entendo a interseccionalidade para além de sua associação a uma vertente feminista ou a um movimento específico, pois a vejo como uma ferramenta de análise das múltiplas opressões sofridas por diferentes sujeitos, entre os quais a mulher negra e como instrumento de luta política como aponta Patricia Hill Collins (2014) ao afirmar que a interseccionalidade ao mesmo tempo é um "projeto de conhecimento" é também uma arma política que diz respeito às "condições sociais de produção de conhecimentos" e relaciona-se com a questão da justiça social.

Apesar dos estudos feministas estarem nesse momento relacionados com a interseccionalidade, é equivocado considerá-la como um projeto exclusivamente feminista, ou como uma vertente político-teórica feminista. Contudo, é evidente que existe um feminismo interseccional, mas reduzir a interseccionalidade a esse contexto é um equívoco, porque resume sua potencialidade política, como também é preciso fazer uma crítica ao movimento de apropriação da interseccionalidade pelo feminismo liberal, branco e de classe média, pois a forma como é impulsionado pode conter o seu potencial emancipatório. Nessa ótica, sendo a interseccionalidade alinhada e apropriada pela agenda neoliberal há a possibilidade de descartar o histórico e a trajetória de resistência que estão escritas neste conceito e, conseqüentemente, apresentá-lo como inútil e ultrapassado, como bem pontua Bilge (2018). Logo esse movimento de esvaziamento da interseccionalidade a partir dessa lógica que parece que tudo é interseccional acaba fazendo com que o seu potencial político se esvazie.

Sobre isso, Bilge (2018, p. 68) no artigo "*INTERSECCIONALIDADE DESFEITA: salvando a interseccionalidade dos estudos feministas sobre interseccionalidade*" assevera que existe no debate acadêmico feminista, um discurso que intenciona despolitizar a intersecção proposta pela interseccionalidade na perspectiva de neutralizar o seu potencial crítico alinhado à justiça social. A interseccionalidade

“É uma teoria e uma práxis, uma ferramenta analítica e política elaborada por atores sociais menos poderosos que enfrentam múltiplas situações de minorização, para enfrentar e combater os sistemas interligados de poder que moldam suas vidas” (Bilge, 2018, p. 71)

Como tal a interseccionalidade deve estar conectada com a produção de conhecimento, alinhada aos princípios pedagógicos de emancipação humana, as coalizões não opressivas contra hegemônicas e de base transformadoras, no sentido de contrapor-se às ideias que preconizam o seu cancelamento. A exemplo, Bilge demonstra em sua análise a ausência de interseccionalidade na prática social de dois movimentos Occupy e a Marcha das Vadias em Nova York no ano de 2011, que apesar de suas importâncias, ficaram longe de uma reflexão interseccional uma vez que contribuíram para o silenciamento e exclusão, de certo modo, de outros grupos oprimidos

O Occupy tem sido desafiado por falta de consciência descolonial pelos povos aborígenes desde uma perspectiva anticolonialista e indígena-centrada. (Montano 2011; Yee 2011). Os críticos argumentam que seu lema – "Ocupe" – recia discursivamente a violência colonial e ignora o fato de que, do ponto de vista indígena, esses espaços e lugares cuja ocupação se incita já estão ocupados. A crítica aborígene desenvolveu um "descolonize o movimento Occupy", em que os povos indígenas ocupam o centro do palco. Apesar de ser muito menos divulgada, a crítica conseguiu mudar o nome do movimento Occupy pelo menos em algumas partes do mundo [...] durante uma Marcha das Vadias em Nova York em 1 de outubro de 2011, pelo menos duas jovens mulheres brancas foram fotografadas com cartazes dizendo: "A mulher é o cri\* do mundo" (referindo-se a uma música de John Lennon e Yoko Ono e usando o insulto racial completo (Bilge, 2018, p. 69)

Sobre isso, Bilge faz alusão a Crenshaw (1993. p.112;113) para afirmar que

as estratégias políticas que desafiam apenas certas práticas de subordinação, mantendo as hierarquias existentes, não só marginalizam aqueles que estão sujeitos a múltiplos sistemas de subordinação, mas também resultam na colocação de discursos de raça e gênero em oposição entre si.

Essa lógica de neutralização ou cancelamento serve ao neoliberalismo, que sob a ótica do mercado e sanção do Estado, utiliza da interseccionalidade despolitizada para cooptar as políticas baseadas na identidade e atingir seus objetivos ideológicos e institucionais (Bilge, 2018).

Dada a gama de implementações disponíveis para isso, a interseccionalidade se tornou um termo "aberto", usado em diferentes, até divergentes, debates e projetos políticos, tanto contra hegemônicos quanto hegemônicos (Erel et al.,2008)

As mutações da interseccionalidade e sua despolitização não se limitam apenas às lógicas econômicas do neoliberalismo, mas também às suas lógicas culturais, particularmente a capacidade do neoliberalismo de falar uma linguagem complexa de diversidade. Uma das principais características do neoliberalismo é a extensão da lógica econômica para além da esfera econômica, saturando todos os aspectos da vida (Bilge, 2018, p. 70)

Os elementos apresentados por Bilge autorizam pensar a interseccionalidade sob uma nova perspectiva, ou seja, a autora infere que há uma lógica dessa concepção advinda de parte do feminismo acadêmico alinhado às práticas neoliberais, distinto do pensamento inicial do conceito que sempre foi pautado na defesa e implementação da justiça social. O reforço dessa lógica se organiza no contexto e a partir da posição hegemônica de produção do conhecimento de um feminismo que a autora chama de disciplinar, que se preocupa mais em se adequar aos padrões de conhecimento científico “legítimo” do que em desafiá-los, ou seja, se preocupa mais “com o sucesso institucional do conhecimento que produz, do que com a mudança institucional e social através da produção de conhecimento contra hegemônico” (BILGE, 2018, p. 71). Assim o feminismo disciplinar “se esforça para instalar a disciplinaridade sobre o objeto de estudo, para ser reconhecido dentro de disciplinas tradicionais ou estabelecer-se como uma nova disciplina ou interdisciplina”(Bilge, 2018, p. 72).

Se o feminismo disciplinar estabelece o controle de uma interseccionalidade especificamente à custa de atores sociais menos poderosos, se a interseccionalidade é incorporada especificamente através da "curadoria" e benefício de estudiosas feministas brancas [...] o resultado é uma interseccionalidade despolitizada. Construir este argumento não é dizer que as feministas brancas devem "se sair" e deixar a interseccionalidade para as feministas de cor que a tornarão transformadora e contra hegemônica de novo. Não! É argumentar que as feministas disciplinares, sejam brancas ou de cor, deveriam parar de fazer interseccionalidade de maneiras a desfazê-la. Uma maneira de desfazer a interseccionalidade é transformá-la em um exercício excessivamente acadêmico de reflexões especulativas ou normativas (BILGE, 2018, p. 73)

Como a lógica neoliberal é conceber a sociedade como um todo harmônico, conseqüentemente os problemas estruturais decorrentes do acirramento das questões políticas, econômicas, sociais e culturais presentes nas relações sociais não apresentam contradições ou muito menos desigualdades de raça, classe, gênero e sexualidade, não sendo possível fazer intersecção dessas opressões, porque a interseccionalidade é desqualificada no meio acadêmico, despolitizada e descaracterizada historicamente de sua concepção original. Por outro lado, a interseccionalidade não está imune ao poder do capital e do Estado, porque ambos vão encontrar novas formas de captá-la ou cooptá-la, por meio de estratégias que objetivam desmobilizá-la e transformá-la em um novo nicho de interesse do mercado, como exemplo a “supervalorização” midiática de grupos minoritários identitários para

fins de propaganda e a própria discussão do racismo enquanto um elemento isolado ou que tem pouca relação com as opressões de classe e gênero, partir de uma leitura que faz parecê-lo à sociedade apenas ligado exclusivamente a negritude.

Patricia Hill Collins em *Intersectionality's Definitional Dilemmas* (2015) expressa que existe um consenso entre os autores sobre o conceito de interseccionalidade a partir de uma perspectiva crítica em que raça, classe, gênero, sexualidade, etnia, nação, habilidade e idade agem conectadas e que dão forma orgânica as complexas desigualdades sociais presentes na sociedade. Entretanto, muitos estudiosos e profissionais de diferentes áreas pensam que conhecem a interseccionalidade quando a “aplica” em seus estudos e de certo modo a conceituam de maneiras distintas e ignoram a sua complexidade. Nesse sentido, apresenta três abordagens interdependentes de preocupações que caracterizam a interseccionalidade como um projeto de conhecimento de base ampla:

(a) intersectionality as a field of study, e.g., its history, themes, boundaries, debates, and direction; (b) intersectionality as an analytical strategy, e.g., how intersectional frameworks provide new angles of vision on social institutions, practices, social problems, and other social phenomena associated with social inequality; and (c) intersectionality as critical praxis, e.g., how social actors use intersectionality for social justice projects (Collins, 2015. p.3)<sup>25</sup>

A interseccionalidade como campo de estudo dentro da academia é evidenciada a partir dos anos 2000 em Universidades dos EUA quando foram publicados temas em artigos científicos, revistas, livros que abordaram a relação raça, gênero e etnia. Esse processo estende-se nos anos seguintes com a publicação por exemplo nas revistas *Journal of Sex Roles* (2008); *Raça, Etnia e Educação* (2009); *Jornal de Radiodifusão e Mídia Eletrônica* (2010) e *Social Politics* (2012) (Collins, 2015).

Houve um rápido crescimento da interseccionalidade e a expansão do seu conceito também trouxe benefícios e desafios, especialmente em relação a exposição e análise nas disciplinas acadêmicas, possibilitando a discussão de estudos sobre

---

<sup>25</sup> “(A) interseccionalidade como campo de estudo, por exemplo, sua história, temas, fronteiras, debates, e direção; (b) interseccionalidade como uma estratégia analítica, por exemplo, como as estruturas interseccionais fornece novos ângulos de visão sobre instituições sociais, práticas, problemas sociais e outras fenômenos associados à desigualdade social; e (c) interseccionalidade como práxis crítica, por exemplo, como atores sociais usam a interseccionalidade para projetos de justiça social” (Collins, 2015. p.3 tradução livre)

mulheres, gênero, cultura, mídia, outros campos interdisciplinares, nas políticas públicas, dentro das ciências humanas e sociais. “Sociology has been at the forefront of these developments, investigating intersectionality’s theoretical and methodological contributions to understanding social inequalities”<sup>26</sup> (Collins, 2007 apud Collins, 2015, p. 6).

Mesmo diante das desconfianças surgidas em torno da interseccionalidade, considerando a questão de quais aspectos da interseccionalidade estão encontrando aceitação ou não, Collins (2015) preconiza que os estudos interseccionais têm legitimidade, pois a sua visibilidade nos espaços da academia permite que acadêmicos e leigos tenham acesso às suas ideias, portanto esta legitimação convida um conjunto de usuários heterogêneos a assumirem também suas ideias que se dão em torno do acirramento das desigualdades sociais e, desse modo, cita exemplo o feminismo negro dos EUA nas décadas de 1960 a 1970 como um projeto de justiça social transcultural, transnacional e histórico que tem sido um local especialmente visível e associado aos estudos de raça/classe/gênero incorporados na academia.

Nesse norte, os estudos da historiadora Anne Valk’s (2008) sobre como o feminismo de segunda onda e a libertação negra tomaram forma em Washington DC (EUA) estão vinculados a projetos de justiça social. Valk’s usa a organização comunitária como uma estrutura para situar as mulheres de várias raças, classes sociais e sexualidades como atores intelectuais e políticos, como tais projetos de organização da comunidade local sobre direitos de bem-estar, liberdade reprodutiva, libertação negra, feminismo lésbico e violência sexual produziram agendas transversais e de consenso que ligaram a política de identidade afro-americana com as de mulheres brancas em todas as classes e orientações sexuais (Collins, 2015). Assim, os estudos de Valk’s segundo Collins não é sobre feminismo negro em si, mas sobre ideias que versam sobre projetos de justiça social as quais as mulheres à época estavam na luta, sendo o intercruzamento classe, raça e gênero necessário. Então vários temas permeavam esse caso, os quais:

(A) community organizing as foundational to political engagement of oppressed groups; (b) the centrality of identity politics to empower African American women and similarly subordinated groups; (c) coalitional politics as essential for working across differences of race, class, gender, and sexuality;

---

<sup>26</sup>. A sociologia tem estado na vanguarda desses desenvolvimentos, investigando as contribuições teóricas e metodológicas da interseccionalidade para a compreensão das desigualdades sociais (Collins, 2015, p. 6 apud Collins 2007) (Collins, 2007 apud Collins, 2015, p. 6 tradução livre).

(d ) interlocking oppressions of race, class, and gender as a structural frame for understanding multiple social inequalities; and (e) an ethos of social justice as fundamental to understanding and challenging social inequality. Valk's study also indicates how these ideas reflect the actions of specieminisfic interpretive communities that were responding to particular social contexts. (Collins, 2015, p 8)<sup>27</sup>

Nesse sentido, a questão principal do pensamento feminista negro norte-americano era possibilitar que as mulheres afro-americanas por meio de intervenções críticas analisassem como os sistemas de opressão de raça, classe, gênero e sexualidade mutuamente construídos enquadravam as questões sociais e as desigualdades sociais que passavam e não criar uma perspectiva teórica ou confrontar os estudos acadêmicos. Nessa estrutura interseccional as mulheres negras além da luta contra as injustiças sociais, a favor dos direitos civis, combinavam estratégias que buscavam aglutinar outros movimentos sociais em torno de objetivos comuns, cujo objetivo principal era a transformação da sociedade, considerando a realidade socioeconômica, política e cultural de grupos. Destarte, que Collins (2015) coaduna com Bilge (2013) quando assevera que o maior desafio contemporâneo da interseccionalidade como campo de estudo é salvar a interseccionalidade dos estudos feministas sobre interseccionalidade.

Sobre a interseccionalidade como estratégia analítica, Collins (2015) afirma que pesquisadores, professores e estudantes a veem como uma sensibilidade analítica, porém refere que o modo de perceber ou entender esse conceito vai além dessa sensibilidade que adota uma maneira interseccional de pensar sobre o problema sem necessariamente fazer menção a interseccionalidade. Ou seja, esta sensibilidade pode não mostrar de fato o sentido do conceito, por isso é mais produtivo examinar os novos conhecimentos que têm sido produzidos sob a rubrica da interseccionalidade como estratégia analítica, porém sem apreensão de fato do conceito.

---

<sup>27</sup> (A) a organização comunitária como fundamento para o engajamento político de grupos oprimidos; (b) a centralidade da política de identidade para capacitar os africanos mulheres americanas e grupos igualmente subordinados; (c) a política de coalizão como essencial para o trabalho através das diferenças de raça, classe, gênero e sexualidade; (d) opressões interligadas de raça, classe, e gênero como marco estrutural para a compreensão de múltiplas desigualdades sociais; e (e) um ethos da justiça social como fundamental para compreender e desafiar a desigualdade social. Estudo de Valk também indica como essas ideias refletem as ações de comunidades interpretativas específicas que foram respondendo a contextos sociais particulares. (Collins, 2015, p. 8 tradução livre).

Desse modo, Collins seleciona seis pontos focais presentes dentro da literatura interseccional: 1) estudos sobre o trabalho, a família, a identidade e a mídia. Nesse norte a organização do mercado de trabalho, a segregação ocupacional, o equilíbrio trabalho-família e outros aspectos do trabalho reprodutivo remunerado e não remunerado sustentam desigualdades sociais complexas; 2) foco em raça, classe e gênero para incorporar sexualidade, nação, etnia, idade e habilidade como categorias semelhantes de análise, alinhadas as análises estruturais de racismo, capitalismo e patriarcado; 3) estruturas interseccionais para repensar a violência e problemas sociais semelhantes; 4) área que enfatiza a identidade, ou seja as identidades que se cruzam produzem experiências sociais distintas para indivíduos e grupos sociais específicos, até alegações de que a interseccionalidade constitui uma teoria feminista que lida com questões de identidade; 5) crítica do funcionamento epistemológico da própria interseccionalidade, ou seja as conceituações de interseccionalidade (conceito, um tipo de análise, “ponto nodal” para teorização, paradigma, varável mensurável, tipo de dado e uma abordagem metodológica) e; 6) as questões metodológicas, a metodologia de pesquisa, a taxonomia da categorização interseccional e validade empírica, porém com crítica de que o conhecimento da interseccionalidade carece de uma abordagem metodológica precisa e diversificada, ou como a interseccionalidade pode ser conceituada dentro de um determinado desenho de pesquisa.

O exposto para a autora indica que há benefícios quanto a implementação dos estudos a partir do prisma da interseccionalidade, mas há custos, pois, os seis pontos específicos apresentados promovem tanto os interesses dos pesquisadores, como dificulta a identificação da interseccionalidade como um conhecimento mais amplo em que relações de poder estão presentes em diferentes projetos. Nessa lógica, exemplifica [...] “Yet reducing race to a descriptive identity category that is important to racial/ethnic minorities but not to mainstream scholarship leaves intersectional scholarship that privileges class incomplete”<sup>28</sup> (Collins, 2015) Assim destaca que os estudiosos ao usarem a interseccionalidade como uma estratégia analítica constitui pontos de entrada preliminar que

---

<sup>28</sup> [...] Reduzir a raça a uma categoria de identidade descritiva que é importante para as minorias raciais/étnicas, mas não para a erudição dominante, deixa a erudição interseccional que privilegia a classe incompleta.

[..] produce a loose set of guiding assumptions or guiding themes. Stated differently, based on a cursory survey of publications as data for analysis, these guiding assumptions may flesh out intersectionality's analytical sensibility discussed above. These guiding themes need not be present simultaneously, nor is each theme unique to intersectionality<sup>29</sup>.(Collins, 2015, p. 14)

Destarte como contribuição, Collins (2015, p. 14) assevera que os projetos na perspectiva interseccional devem adotar uma ou mais “combinações” de suposições orientadoras as quais: raça, classe, gênero, sexualidade, idade, habilidade, nação, etnia e categorias semelhantes de análise que são mais bem compreendidas em termos relacionais do que isoladas umas das outras. Isso quer dizer que enquanto sistemas de poder que se cruzam essas “combinações” comportam as complexas e históricas formações sociais de desigualdades sociais que são organizadas por meio de realidades desiguais e experiências sociais distintas para as pessoas que vivem no contexto dessas desigualdades. Ou seja, os indivíduos e grupos colocados de forma diferenciada em sistemas de poder que se cruzam têm pontos de vista diferentes sobre suas próprias experiências e as experiências de outros indivíduos. Logo, as complexas desigualdades sociais fomentadas pela intersecção de sistemas de poder são fundamentalmente injustas, com tendência a moldar os projetos de conhecimento e/ou engajamentos políticos que defendem ou contestam o status quo.

Collins e Bilge convergem para o mesmo sentido do significado de interseccionalidade e a defenderam a partir de dois pontos primordiais que se imbricam sinergicamente: práxis crítica (critical praxes) e investigação crítica (critical investigation) (Collins; Bilge, 2021). A interseccionalidade como práxis crítica se refere a forma como os indivíduos pessoas ou os coletivos produzem e usam a estrutura da interseccionalidade no seu cotidiano; pode ocorrer dentro e fora do ambiente acadêmico e constitui uma característica importante da investigação interseccional em que a análise das relações de poder é fundamental para apreensão das desigualdades sociais. Assim, para as autoras “o pensamento crítico não se limita à academia, assim como o engajamento político não se encontra apenas nos movimentos sociais” (Collins; Bilge, 2021, p. 52).

---

<sup>29</sup> “Produzem um conjunto de suposições ou temas orientadores. Dito de outra forma, com base em um levantamento superficial de publicações como dados para análise, esses pressupostos orientadores podem dar corpo à sensibilidade analítica da interseccionalidade discutida acima. Esses temas norteadores não precisam estar presentes simultaneamente, em cada tema é exclusivo da interseccionalidade” (Collins, 2015, p. 14, tradução livre)

A interseccionalidade enquanto investigação crítica propicia “um amplo sentido de usos de estruturas interseccionais para estudar uma variedade de fenômenos sociais” (Collins; Bilge, 2021, p. 53) ou seja, dialoga com temas diversos, como neoliberalismo, direitos humanos, educação, identidade política, imigração, feminismo negro (ativismo de mulheres negras), violência, políticas públicas e outras, tensionados por relações de poder que provocam uma divisão social acirrada por distintas opressões.

Nesse sentido, Collins e Bilge (2021, p. 56) citam os estudos da socióloga norte americana Bonnie Thornton Dill, que entrevistou setenta docentes de faculdades e universidades dos EUA com o objetivo de aprender suas percepções acerca da interseccionalidade e a introdução de classe, raça e gênero nesses espaços acadêmicos. Essa autora demonstrou que a interseccionalidade como ferramenta analítica é uma estratégia para entender vida e o comportamento humano enraizado nas experiências e lutas de pessoas privadas de direito - a exemplo trago os estudos pós-coloniais de Chandra Talpade Mohanty sobre mulheres terceiro-mundistas - assim como uma importante ferramenta que liga teoria à prática e pode auxiliar o empoderamento de comunidades e indivíduos, como tal aqueles que lutam pelas políticas públicas de saúde, nesse caso a intersecção entre o direito à saúde e as complexas desigualdades sociais que impactam diretamente na efetivação dessa garantia. Ou no Brasil os estudos de Piscitelli (2008), a exemplo “*Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras*”, que analisa a problemática da feminização da migração internacional, além de outros textos relevantes.

Apreendo que para Collins e Bilge a interseccionalidade assume uma percepção crítica porque tem uma dimensão conceitual, em que classe, raça, gênero, sexualidade, etnia, nação, capacidade e idade operam não como entidades unitárias e mutuamente exclusivas, mas como um fenômeno de construção recíproca. A interseccionalidade como ferramenta de análise apreende que as desigualdades sociais e as experiências dos sujeitos são atravessadas pelos sistemas de opressão que se conectam e se constroem mutuamente. O que faz uma análise interseccional é a adoção de uma maneira de pensar e agir sobre o problema, da uniformidade e sua relação com o poder, ou melhor como as desigualdades sociais se estruturam, como se uniformizam e como estão relacionadas às formas que o poder se articula. Posso dizer que isso é análise interseccional.

Como dito os estudos interseccionais como práxis crítica e como investigação crítica imbricam-se sinergicamente e convergem para o mesmo ponto: a equidade de direitos, a igualdade social e a justiça social considerando as múltiplas opressões experienciadas por diferentes sujeitos, não sendo a interseccionalidade uma estrutura pronta, mas inacabada por estar em constante movimento.

Compreendo que o uso da interseccionalidade como ferramenta analítica possibilita entender de modo mais complexo, crítico e interventivo a violência obstétrica que indubitavelmente não se processa da mesma forma para todas as mulheres. Nesse direcionamento, às demandas relacionadas a saúde da mulher negra no Brasil estão intrinsecamente relacionadas a oferta de ações/serviços de saúde que, conectada às estruturas desiguais de poder, é inerente ao modo como historicamente vêm sendo operacionalizada e, como tal, refletindo na implementação das políticas de atenção à saúde da população negra.

A análise interseccional sobre a saúde da mulher negra deve ser apreendida na perspectiva do acirramento das desigualdades sociais, do direito humano e da luta pela efetivação da justiça social, em que os sistemas de opressão raça, classe, gênero se fazem presentes e vão posicionar essas mulheres de forma diferente no contexto das relações sociais e de poder para mantê-las na invisibilidade. Nesse sentido, uma das áreas que a interseccionalidade aparece mais como ferramenta analítica são nos estudos sobre violência. Logo a “interseccionalidade como ferramenta analítica promove uma concepção mais ampla de como formas heterogêneas de violência contribuem para a desigualdade e a injustiça social” (Collins; Bilge 2021, p. 72)

Nesse sentido, as diferente formas de violência sofridas por mulheres negras têm um componente particular eivado por padrões e estereótipos patriarcais de dominação e exploração racista, sexista e classista, por meio do silenciamento das suas vozes, da invisibilidade e da estigmatização de seus corpos os quais vítimas da opressão e exploração. Como tal, a seguir, apresento a imperceptibilidade do racismo brasileiro como mecanismo que, historicamente instituído, normaliza as diferentes formas de violência perpetrada pelo estado e sociedade em relação às mulheres negras trazendo consequências indeléveis que impedem a igualdade entre homens e mulheres até os dias atuais.

### **2.3. Mulheres negras e a conformação do racismo: nuances e intersecções históricas.**

Refletir sobre a sociedade brasileira passa sem dúvida pela análise de um passado que se expressa nos modos de pensar e agir dos homens e mulheres que a compõem. Falamos aqui de uma sociedade que foi construída e alicerçada a partir de um modelo de exploração e opressão, de modo que as consequências dessa formação vêm reverberando até os dias atuais, a partir da interrelação entre o patriarcado, racismo e luta de classe, com rebatimento indiscutível sobre a população negra e pobre que o poder público, através dos seus aparelhos repressores, marginaliza pelo fenótipo e desapropria de políticas públicas, historicamente.

Cisne (2018) infere que desde o período colonial a sociedade brasileira vem sendo marcada pela subserviência à acumulação de capital dos países centrais, com marcas de subordinação e dependência, embora em momentos históricos distintos, sendo que a dependência e o subdesenvolvimento introduzem elementos novos na formação e na manifestação da luta de classes que se ajustam à natureza do capitalismo. Foram a partir desses traços de subordinação e dependência que nasceu e foi abolida a escravidão no Brasil, que durante três séculos e meio possibilitou a utilização da força de trabalho escrava na economia dependente aqui estabelecida, como pontua Safiotti (2013)

A campanha abolicionista, entretanto, não representava uniformemente, a manifestação de uma consciência avançada [...] [...] lutando pela abolição do trabalho escravizado, os brancos lutavam em benefício de seus próprios interesses, não se importando, pois, em transformar o escravo em cidadão, mas (em) transfigurar o trabalho escravo em trabalho livre” (Saffiotti, 2013, p, 215 – 217).

Apesar de ter ocorrido manifestação coletiva em torno da abolição da escravidão no Brasil, que encontrou adeptos em distintas classes sociais e que culminou com a tardia abolição de homens e mulheres escravizados/as, não houve uma organização da monarquia brasileira ou incentivo de grande parte da elite dominante em priorizar a integração dos negros e das negras as novas regras do trabalho assalariado, advindas das novas formas de organização da economia brasileira “[...] desse modo, o negro cativo era uma peça obsoleta [...] o trabalho forçado mostrava-se mais caro que o assalariado ” (Marigoni, 2011). Assim, o que se viu foi um total descaso, preconceito e injustiça social em relação à população negra.

Esse novo contexto também faz refletir como essa relação de subordinação e dependência econômica, que se processou antes, durante a “abolição” da escravidão no Brasil, foi imposta ou se adensou uma estrutura diferenciada sobre as classes sociais e sobre as culturas do povo negro, uma conformação que se organizou em torno de uma sociedade patriarcal, classista e racista, cuja exploração é estruturada historicamente para fins de dominação da população negra a partir de um padrão econômico excludente de apropriação de seus corpos, sobretudo o das mulheres por meio de um modelo de desigualdade assentado no inter cruzamento sexismo e racismo.

É mister colocar que para além das questões econômicas, a formação da sociedade brasileira se organiza ou se inicia a partir de uma combinação escravismo e patriarcalismo e, nesse norte, a estrutura de escravização normalizou e naturalizou as relações entre as classes sociais, por meio da indissociação entre as categorias opressão e exploração. Sobre isso Cisne (2018) refere

A história da colonização e do escravismo patriarcal no Brasil determinaram uma dinâmica particular para a formação das classes sociais no país. Aqui, não podemos falar em escravismo sem patriarcado e patriarcado sem escravismo, na singularidade de um país que sofreu uma colonização estruturada por um regime escravista patriarcal. (Cisne, 2018, p.101).

De fato, a questão da escravização do povo negro, sobretudo das mulheres negras, é justificada pela ordem patriarcal escravista, uma vez que foi a partir desse modelo que foram impostas às mulheres diversas formas de violência sobre seus corpos, dentre as quais estupros, práticas de humilhação no que dizem respeito a sexualidade e a maternidade, além da exploração econômica, pois serviam como reprodutora da força de trabalho. Mesmo considerando os estudos sobre a sociedade americana escravocrata, as análises de Ângela Davis (2016) convergem para o entendimento dessa questão no Brasil, uma vez que, não obstante, as mulheres escravizadas nos Estados Unidos e no Brasil não eram consideradas mães, apenas reprodutoras da força de trabalho escravizada e era conveniente para os proprietários tratá-las pela lógica da lucratividade, ou seja

Quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmea” (Davis, 2016, p.19)

Patermam (1993) no clássico livro *O Contrato Sexual* expressa no capítulo 3 *O Contrato, o indivíduo e a escravidão* que o escravo deixa de ser uma pessoa e se torna uma coisa, um rés, uma mercadoria, que pode ser trocada, vendida a bel prazer do senhor e que a vontade do escravo estava sujeita à vontade do proprietário, sendo o seu trabalho obtido por meio da coerção e que as primeiras escravas foram as mulheres.

As escravas podiam ser utilizadas de forma mais variadas que os escravos. As mulheres podem ser usadas sexualmente pelos homens, além de sua utilização como força de trabalho e, por meio do abuso sexual, pode-se reproduzir a mão-de-obra escrava. [...] uma vez que as mulheres foram capturadas, usadas sexualmente e deram à luz, talvez elas se resignassem à sua condição de cativas a fim de proteger seus filhos, e assim incentivar outras mulheres, em vez dos homens, a se escravizarem. (Patermam, 1983, p. 100).

Patermam (1993) aponta para o entendimento da lógica do sistema de dominação senhorial, sobretudo, porque indica também a subjugação das mulheres negras escravizadas por meio do sistema de exploração e opressão patriarcal.

Davis (2016) e Patermam (1993) coadunam do mesmo pensamento sobre a condição das mulheres negras à época do regime escravocrata. As mulheres eram vistas como propriedade, desprovidas de gênero, trabalhadoras em tempo integral, férteis, objeto sexual, oprimidas e classificadas como reprodutoras e não como mães, enfim vulneráveis a todas as formas de violência imposta pelo senhor, pelo proprietário.

Destarte que a ordem patriarcal escravista estrutura a instituição familiar no Brasil. Segundo Saffioti (1979) a história da instituição familiar no Brasil teve como ponto de partida o modelo patriarcal, trazido pela colonização e adaptado às condições sociais do país que tinha características calcadas no latifundiário e no regime escravocrata. A gênese das atitudes autoritárias sobre a condição feminina, e aqui se enfatiza na sua particularidade sobre a mulher negra escravizada, deve ser aprendida a partir dos esquemas de dominação social que caracterizam o patriarcado tradicional brasileiro por meio de um núcleo econômico e de poder, dividido em senhores e escravos, dominantes e dominados constituídos em uma estrutura social desigual.

Como diz Marilena Chauí (1988), a sociedade brasileira conserva as marcas da sociedade colonial escravista e marcada pela submissão do espaço público em relação ao privado, tendo como centro a hierarquia familiar que é fortemente

hierarquizada em todos os seus aspectos: “nela, as relações sociais e intersubjetivas são sempre realizadas como relação entre um superior, que manda, e um inferior, que obedece” (Chauí, 1988, p. 07).

É importante inferir que, embora o conceito de patriarcado não seja “tão totalizador e suficiente para explicar a complexidade do real” (Almeida, 2007, p. 249), descartá-lo “é negar a sua significância em relação ao estudo das origens da subordinação feminina, pois o patriarcado está inserido no contexto da totalidade e da realidade social concreta” (Castilho, 2012, p. 32)

Assim, esclarece Almeida

O patriarcado é condição da reprodução de relações contraditórias de gênero, podendo ser entendido não como uma estrutura rígida ou exterior à totalidade, mas como uma das dimensões privilegiadas de um dado *campo de forças*, ou de uma determinada totalidade, que é permanentemente resignificado (a) pela intervenção de sujeitos históricos (Almeida, 2007, p. 249-250)

Assim, o modelo patriarcal disseminado pelo colonizador reproduziu as relações desiguais de gênero<sup>30</sup> a partir de esquemas de dominação e exploração deixando marcas históricas e indeléveis na vida das mulheres negras, as quais grávidas ou não. Não obstante, a mulher negra carrega consigo as marcas da opressão e, nesse sentido, considero que essa mulher integra às relações sociais mais amplas, que organizam a sociedade e estão alicerçadas a partir de mecanismos de exploração e dominação conforme a situação e o momento histórico.

Desse modo, apreendo que o patriarcado sustenta os processos de dominação-exploração a que as mulheres estão submetidas, sob relações hierárquicas e de contradição de interesses entre os sexos, conforme aponta Saffioti (2004).

Nessa perspectiva, demarco a existência de relação antagônica entre homens e mulheres que se processam e se estruturam a partir das relações de gênero patriarcais e, portanto, de poder<sup>31</sup> a partir do processo de naturalização da opressão

---

<sup>30</sup> A categoria gênero foi introduzida a partir da década de 1970 no debate acadêmico norte-americano por pesquisadores feministas e incorporada no discurso do movimento feminista - Almeida (2007). Historicamente, a luta pelo enfrentamento da questão tem sido assumida pelos movimentos sociais de mulheres e feministas, especialmente, nas décadas de 1970 e 1980, quando publicizaram a necessidade urgente de inclusão da violência contra a mulher na agenda pública governamental, no que concerne à formulação e implementação de políticas públicas voltadas para o segmento de mulheres.

<sup>31</sup> Para Foucault (1995, p. 243) poder é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidades onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita, ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage

sobre os corpos das mulheres negras, no contexto de luta contra os esquemas de dominação e exploração, postos historicamente.

Como ilustração, Ângela Davis (2016, p. 21;22), em seu estudo *Mulheres, Raça e Classe*, enfatiza que já se impunha às mulheres grávidas escravizadas nos EUA abusos físicos e psicológicos. Estas mulheres eram obrigadas a parir quantas vezes fosse biologicamente possível, mesmo grávidas não eram ausentadas do trabalho na lavoura, muitas vezes trabalhavam com as crianças de colo, sofriam com as mamas cheia de leite porque deixavam seus filhos em casa para trabalharem na lavoura e eram impossibilitadas de amamentar ao longo do dia. As mulheres grávidas estavam sujeitas a chicotadas se deixassem de cumprir suas metas diárias. A autora relata que uma mulher escravizada foi punida com tanta crueldade que o trabalho de parto foi antecipado e a criança nasceu no campo.

No Brasil, um estudo intitulado *O corpo escravo como objeto das práticas médicas no Rio de Janeiro (1830–1850)* (LIMA, 2011), especificamente no capítulo *O corpo escravo e o treinamento e aprendizado médico*, subitem *A cirurgia no corpo feminino* aborda as primeiras práticas da obstetrícia sobre os corpos das mulheres negras escravizadas. Porém, sem aprofundar sobre as questões de gênero ao estudo do corpo feminino, o autor descreve o conhecimento médico sobre os cuidados com a gestante e o parto a partir dos copos de mulheres escravas ou pobres<sup>32</sup>. No estudo em referência, Lima (2011) coloca que a preocupação dos médicos à época era “estudar a anatomia feminina e conhecer os mecanismos da reprodução no corpo feminino e a fisiologia da gestação” (Lima, 2011, p.176); que não restavam muitas alternativas aos médicos para o aprendizado, além do auxílio ao parto de escravas e outras mulheres em estado vulnerável, e que os procedimentos realizados foram extremamente invasivos, em alguns casos, ***inclusive semelhantes ao que se chama hoje de episiotomia*** (grifo meu) popularmente chamada de “ponto do marido”.

Apesar das restrições impostas pelos pudores da época, era de grande importância para o treinamento médico a realização de partos. No entanto, a

---

ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre ações.

<sup>32</sup>Conforme Lima (2011) enfatiza que a prática de partos e todos os processos que envolviam a intimidade do corpo feminino não era uma constante no cotidiano médico, pois esta atividade era hegemonicamente feminina e exercida quase em sua totalidade por parteiras. Refere, ainda, que dificilmente procurava-se um homem para auxiliar parturiente. Era um costume compartilhado por mulheres de todas as classes sociais procurar uma “comadre” ou “aparadeira” para ajudar no momento de dar à luz. (Lima, 2011, p.175)

cadeira de partos não possuía um lugar para suas aulas práticas, pois o Hospital da Santa Casa não abrigava uma enfermaria de partos. [...] Além disto, coletar informações de dificuldades no momento do nascimento era algo considerado importante para a constituição daquele campo de estudo. Casos relacionados a partos difíceis ou enfermidades do sistema reprodutivo feminino foram publicados nos periódicos médicos. A descrição destes casos extraordinários de partos, assim como o treinamento da prática de partejar, foi possível graças ao acesso ao corpo das escravas e pretas livres ou forras (Lima, 2011, p. 178-179).

A partir dos estudos de Lima (2011), destaco os reflexos e as implicações dos procedimentos a luz da obstetrícia moderna sobre os corpos das mulheres negras, inicialmente a partir da história da parturição no Brasil, que se inicia com as chamadas aparadeiras, parteiras-leigas ou comadres, que sem educação formal detinham um conhecimento empírico sobre a prática do partejar baseado em suas experiências cotidianas e acompanhavam as mulheres desde a gestação, parto até o puerpério e como as condições sócio econômicas das mulheres permitiam o acesso aos procedimentos médicos de atendimento ao parto hospitalar.

Destarte que até o século XIV o parto era um acontecimento natural, fisiológico e inerente ao ambiente familiar, por ser uma experiência corporal e emocional exclusivamente feminina. Logo a presença masculina, no caso o médico, acontecia somente em emergências, porém por meio de uma conduta insensível em relação a dor das mulheres no momento de parir. Nesse sentido, o parto até então não era considerado procedimento médico, mas um cuidado de responsabilidade apenas das parteiras. (Baião, 2012; Riesco; Leister, 2011).

Nos séculos XVII e XVIII a mulher perde o seu papel de protagonista no parto quando a medicina se apropria da prática obstétrica desenvolvida na Europa e posteriormente difundida no Brasil. Desse modo, o parto, que antes visto como um processo fisiológico, passa a ser anatômico-patológico, sendo um evento cuja intenção baseava-se por uma prática e saber médico masculino em que a medicina cria um discurso científico sobre a mulher e sua natureza, a partir de uma visão iluminista centrada no útero e no determinismo biológico (Maia, 2010; Nadal, 2016). Contudo, ocorre no final do século XVIII uma mudança de contornos políticos em torno dessa perspectiva, quando surge a ideia de diferenciação radical entre os sexos masculino e feminino, especialmente quando se relaciona o corpo feminino a maternidade e a reprodução, considerando a existência de uma desigualdade natural biológica entre homens e mulheres.

Nesse norte, tem-se a construção de um ideário feminino relacionado à maternidade como destino das mulheres demarcado pela própria natureza. (Menezes; Senna, 2011). A bem disto, impunha-se às mulheres, no século XIX, um “modelo social” de dominação sobre seus desejos, modos de ser e de viver a partir do controle da maternidade, quando a medicina imprimia, sem o seu consentimento, assuntos relacionados a sua saúde reprodutiva, nesse sentido, por meio da naturalização e exaltação do modelo de parto hospitalar. Ainda que em um período distante, é necessário dizer que esse é um aspecto que permanece atualmente, mesmo com o avanço dos direitos conquistados pelas mulheres, aqui considerando as mulheres negras.

Destarte que o corpo feminino começou a ser alvo do interesse médico após o nascimento da especialidade médica da obstetrícia, especificamente no Brasil em 1808, em que ocorreu a transição da assistência ao parto executada por parteiras para a medicina obstétrica, com a criação das primeiras escolas de medicina no estado da Bahia e do Rio de Janeiro. Contudo, a assistência obstétrica ao parto de forma exclusiva somente a partir de 1840. (Menezes; Senna, 2011; Santos, 2016)

Riesco e Leister (2011) asseveram que a criação das maternidades no Brasil<sup>33</sup> data de 1932, sendo a transição do modelo de atendimento ao parto ocorreu marcadamente orientado por uma perspectiva classista, ou seja, o modelo médico hospitalar foi direcionado para mulheres de classe alta e brancas que pariam no domicílio, porém sob os cuidados médicos, restando aos pobres e negras recorrerem às parteiras ou a enfermarias. Mesmo com advento das técnicas obstétricas

A consolidação da presença do médico na cena do parto está associada à criação de um instrumental próprio (fórceps, pelvímetro, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos) e a práticas cada vez mais intervencionistas [...] a perseguição às parteiras, sua desqualificação e seu banimento também fizeram desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos (Maia, 2010, p.31)

A institucionalização do parto, no século XIX, trouxe grandes transformações – de acordo com época, porém, hoje questionáveis - para o cenário da parturição no

---

<sup>33</sup> Importante ressaltar que “as maternidades foram criados na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XIX, atraindo um número maior de mulheres à medida que o atendimento melhorou em qualidade e segurança devido à assepsia, ao uso de anestesia durante o parto e às operações obstétricas que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e potencialmente perigosos” (Maia, 2010, p. 23)

mundo e no Brasil, como exemplo a neutralização dos riscos e ações que visavam a diminuição da mortalidade materna e infantil. Contudo é preciso considerar esse avanço a partir da condição da mulher negra, a qual carrega consigo as marcas do racismo, do sexismo e do patriarcado fortalecidos durante e após o período da escravidão.

O precursor da obstetrícia moderna foi o médico estadunidense James Marion Sims, pioneiro no campo da cirurgia, conhecido como o “pai da moderna ginecologia”, que usou mulheres negras escravizadas como cobaias para desenvolver os seus estudos e realizar cirurgias sem o uso de anestesia, pois entendia que as pessoas africanas toleravam a dor fisiológica.

Assim Sims disse em sua autobiografia, conforme aponta Geledés (2020)

Estava em dívida para com as mulheres escravizadas. Depois que várias operações falharam estava desanimado e as escravizadas encorajaram-no a continuar, porque elas estavam determinadas a ter os seus problemas médicos curados. Logo depois de Sims ter feito uma cirurgia bem-sucedida de fístula vesicovaginal e fístula rectovaginal (fístulas obstétricas) em 1849, ele teria reparado com êxito as fístulas de outras mulheres escravizadas. Elas voltaram para seus trabalhos escravos. (Geledés, 2020)

A falsa constatação de que as mulheres negras são resistentes, a partir da fala de Sims, parece que ganhou adeptos na atenção obstétrica. Estudos científicos<sup>34</sup> confirmam que os profissionais de saúde utilizam desta informação para definir o uso ou não de analgesia para as mulheres negras. Isso revela o racismo e o sexismo que possuem raízes antigas e ainda podem estar presentes na prática de muitos profissionais.

Esse retrato cruel das mulheres grávidas escravizadas remete a pergunta de o porquê as mulheres negras até os tempos atuais no momento do pré-parto, parto e pós-parto parece que ainda sofrem com o estigma de que seus corpos são rijos, fortes, preparados para parir, de mitos de que negras toleram mais dor, são supersexualizadas e são agredidas verbalmente no momento do parto, numa clara discriminação de gênero. Parece uma sina alicerçada na tradição judaico-cristã,

---

<sup>34</sup> Os artigos “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil” (2017) e “Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001” (2005) evidenciam que as mulheres pretas recebem menos anestesia local (pretas 10,7% e brancas 8,0%) para a episiotomia. (Geledés, 2020)

conforme dito pelas escrituras da Bíblia Sagrada, a dor do parto é imputada às mulheres – aqui não obstante as mulheres negras - como um castigo em decorrência da desobediência de Eva a uma ordem divina, como refere o livro de Gênesis em que Deus disse a Eva: “Multiplicarei grandemente a tua dor e a tua concepção; com dor darás à luz a filhos...” (Gênesis 3:16). Quiça a partir dessa concepção, a dor no parto está associada a punição, um momento de agonia, desagradável, envolto de tabus e desinformação.

É mister colocar que a medicina ocidental moderna, ainda, foi um instrumento que sustentou o racismo na saúde, ou seja,

Por meio de teorias raciais biológicas infundadas, que foram importantes alicerces para a construção da medicina no Brasil e justificaram o uso de corpos negros para treinamentos experimentais e avanços da biomedicina” (BORRET, et al, 2020, p. 3).

Na atualidade, apreendo que existe um silenciamento no âmbito da saúde que mascara ou invisibiliza o racismo, posto que na implementação dos serviços não se considera a oferta de cuidado à população negra a partir do recorte racial. Como preconiza Barrete (2020), a hierarquização racial é mantida e reproduzida cotidianamente nesse âmbito. Isso é visualizado no contexto da violência obstétrica como mecanismo que desumaniza e naturaliza a atenção à mulher negra no parto e nascimento.

### 3. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A dor (quase) esquecida

*...Em baixa voz violento os tímpanos do mundo. Antevejo. Antecipo. Antes-vivo  
(Trecho do Poema EU-MULHER de Conceição Evaristo, 2022).*

A palavra violência tem origem no verbo latino *violare*, que significa tratar com violência, transgredir. Esse verbo relaciona-se com termos que emanam força, potência ou intensidade, por isso muitas vezes associados às expressões "uso da força física" ou "emprego da força". Existem, na atualidade, várias formas de emprego desse termo que expressa dois ou mais sentidos, como tal a palavra *agressão* relacionada a ataque à integridade física ou moral para alguma pessoa.

No Dicionário de Sociologia de Boudon (2023) o termo *violência* está contido no significado de várias expressões como "culturalismo", "estado", "guerra" "revolução", dentre outras. O significado da palavra *conflito* também permite apreender o termo violência de formas variadas, ou seja, o dicionário demarca que, nessa relação, os *conflitos* - no plural - são manifestações antagônicas entre grupos religiosos, étnicos, nações; são sociais, coletivos; declarados por motivos políticos etc., mas também manifestações humanas presentes na dinâmica da vida em sociedade.

Nesse sentido, conflito e violência são palavras correlatas, pois se assemelham na perspectiva que estão na mesma direção ou sentido, na medida em que existem manifestações que demarcam contradições, discordância, luta, desentendimento, discussão etc., entre os distintos sujeitos.

A violência é um fenômeno social, histórico e complexo e sobre isso

Tem, até certo ponto, caráter revelador de estruturas de dominação (de classes, grupos, indivíduos, etnias, faixas etárias, gênero, nações), e surge como expressão de contradições entre os que querem manter privilégios e os que se rebelam contra a opressão. Na verdade, só se pode falar de violências, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas [...] seja qual for o ângulo pelo qual o examinemos (conteúdo, estrutura, tipos e formas de manifestação). Só pode ser entendida nos marcos de relações socioeconômicas, políticas e culturais específicas, cabendo diferenciá-la, no tempo e no espaço, e por tipos de autor, vítima, local e tecnologia, como fazem (Minayo e Sousa, 1998, p. 522)

Desse modo, não existe uma causa única responsável pelo fenômeno da violência, pois apresenta-se a partir de uma interrelação de fatores, sendo essencialmente uma ação de indivíduos, grupos, classes, que pode ocasionar mortes

ou afetar a integridade física, moral, mental ou espiritual de seres humanos. A violência, também, não é “um objeto específico da área da saúde [...] é exercida, sobretudo, enquanto processo social” (Minayo e Sousa, 1998, p.520), porém, é um problema que é intrínseco a ela, o qual exige intervenção direta do poder público por meio da formulação, implementação de políticas específicas que organizem os serviços de prevenção e tratamento próprios do setor, contudo em articulação com outras políticas públicas.

Conforme Minayo (2006), o termo violência não é neutro, não tem uma definição fixa, simples e nem é reduzido em si mesmo, pois está inserido na humanidade, sendo que a análise dos atos violentos se refere

A conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. 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)

Nesse norte a violência é estrutural como assevera Boulding (1981), ou seja

El concepto de violencia estructural. que ofrece un marco a la violencia del comportamiento. se aplica tanto a las estructuras organizadas e institucionalizadas de la familia como a los sistemas económicos. culturales y políticos que conducen a la opresión de determinadas personas a quienes se niegan las ventajas de la sociedad y a las que se hace más vulnerables que otras al sufrimiento y a la muerte<sup>35</sup> [...]. (Boulding, 1981, p. 266)

Minayo (1994) coaduna com a concepção de Boulding (1981) sobre a ideia de violência estrutural identificando que está relacionada ao comportamento e se aplica na estrutura da família, nos sistemas econômicos, culturais e políticos que permitem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis ao sofrimento e à morte ou ainda levando outros sujeitos a aceitarem a violência de forma naturalizada. Desse modo, esta violência relaciona-se com os “mecanismos pelos quais o Estado, em seus diferentes níveis e poderes, restringe o acesso da grande maioria da população aos

---

<sup>35</sup>TRADUÇÃO: O se conceito de violência estrutural que oferece um marco à violência do comportamento, se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de determinadas pessoas a quem se negam vantagens da sociedade, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento e à morte. (Boulding, 1981, p. 266)

direitos básicos [...], gerando assim um grave quadro de exclusão social” (Neto; Moreira, 1999, p.36)

No âmbito da discussão sobre o conceito de violência, Marilena Chauí no trabalho intitulado “*Participando do Debate sobre Mulher e Violência (1985)* preconiza que a violência é uma ação que trata o ser dominado como “objeto” e não como “sujeito”, silenciando-o, tornando-o dependente, passivo, sem autonomia e liberdade “para pensar, querer, sentir e agir” (Chauí, 1985).

No contexto da violência contra a mulher, se sobressai a violência de gênero engendrada no cotidiano das mulheres, em diversas formas, uma vez que são utilizados o uso de força física, o dano moral, a dominação, o sofrimento físico e sexual ou psicológico manifestadas nos mais diferentes espaços, tais como os ambientes doméstico, familiar e institucional.

O debate sobre a violência tem sido ampliado, ou seja, saindo das explicações políticas para as relações sociais cotidianas das pessoas comuns. Por isso a necessidade do desenvolvimento desse tema, no sentido de expansão dos canais de discussão, da implementação de ações para coibi-la e instituir mecanismos de proteção que protejam os grupos minoritários que são atingidos pela discriminação racial, social e econômica no âmbito público e privado.

Neste contexto, está incluída a luta pelo reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos. Coaduno com a análise de Ávila (2003) ao significar os direitos sexuais e reprodutivos a partir do movimento feminista, que lançou os questionamentos e as ideias que vão historicamente produzir o conceito de direitos reprodutivos e servir de base para a construção de direitos sexuais no início do século XIX e na primeira metade do século XX, período em que o movimento de mulheres já imprimia uma luta pela igualdade, com ênfase nos direitos à educação e ao voto.

No âmbito da saúde torna-se necessário compreender o significado e a efetivação direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, dentre eles a garantia do parto digno, através da efetivação de políticas públicas que deem respostas às reivindicações das mulheres, as quais negras, em torno do exercício desses direitos.

### **3.1. (Re)produção da violência em mulheres negras na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos.**

O direito ao parto digno não é observado especialmente por muitos daqueles que deveriam garanti-lo, assim, torna-se necessário no âmbito da saúde compreender o significado e a efetivação direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, apreendendo-o a partir das lutas históricas dos movimentos de mulheres e feministas, posto a efetivação de políticas públicas que deem respostas às reivindicações das mulheres em torno do exercício desses direitos.

As décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pela luta à igualdade entre homens e mulheres, no sentido de desmistificar as formas de construção de papéis sociais atribuídos a estes, sendo que os grupos feministas começaram, também, a levantar um debate mais intenso sobre a sexualidade e o direito de as mulheres decidirem sobre seus próprios corpos, como tal a legalização/descriminalização do aborto.

No âmbito internacional, entre os marcos históricos legais, os quais definem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, destacam-se duas conferências institucionalizadas pela Organização das Nações Unidas - ONU: 1) a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD-, realizada no Cairo, em 1994, que conferiu um papel importante à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, cujo Programa de Ação propiciou uma mudança no modelo de desenvolvimento das políticas populacionais com destaque para a defesa dos direitos humanos, bem-estar social, (des)igualdade de gênero e planejamento familiar. Com isso, a CIPD abandona a concepção de que o combate ao crescimento populacional está relacionado ao aumento da pobreza e das desigualdades sociais e, 2) IV Conferência Mundial sobre Mulheres e Desenvolvimento realizada em Beijing, em Pequim, no ano de 1995, que reafirma a Conferência realizada no Cairo.

Considerando a CIPD, segundo Corrêa, Alves e Januzzi (2006), as primeiras discussões sobre a população e desenvolvimento iniciaram-se nos marcos da Revolução Francesa, quando o marquês de Condorcet (1743-1794) em 1794, previu, de modo otimista, uma queda progressiva tanto das taxas de mortalidade como de natalidade e uma relação harmônica entre o crescimento populacional e o progresso socioeconômico. Em 1798, o economista e pastor da Igreja anglicana Thomas Malthus (1766;1834), apresentou uma posição pessimista, argumentando que a população tendia, sempre, a crescer mais rapidamente do que os meios de subsistência, conseqüentemente o desenvolvimento e o progresso seriam objetivos imaginários,

longe do alcance da maioria da população. Nessa lógica, Malthus passa a ser o precursor das políticas populacionais coercitivas pois,

Não separava a atividade sexual da reprodução e se colocava contra a utilização de métodos contraceptivos e o aborto, concordando apenas com o aumento da idade para o casamento e com a abstinência sexual fora dele, que seriam os únicos meios aceitáveis de limitação da natalidade (Corrêa; Alves; Januzzi, 2006, p.30).

Outra perspectiva é a chamada “transição demográfica” relacionada a queda das taxas de mortalidade e natalidade, especialmente nos países desenvolvidos, sendo que as primeiras abordagens viam uma confluência entre população e desenvolvimento. Contudo, ao analisar os países subdesenvolvidos, estudiosos dessa perspectiva concluíram que países com estruturas sociais e econômicas predominantemente agrárias e rurais tinham uma tendência para elevadas taxas de crescimento demográfico, em decorrência da queda da mortalidade e das elevadas taxas de fecundidade.

Corrêa, Alves e Januzzi (2006) enfatizam que de fato, as décadas de 50 e 60 do século XX foram aquelas em que o mundo apresentou o maior crescimento demográfico de toda a história da humanidade, comprovando a “explosão populacional”, o que exigiu por parte dos governos o desenvolvimento de políticas demográficas que reduzissem a fecundidade, mesmo que de forma coercitiva. Este tipo de concepção é que fundamenta as análises do pensamento neomalthusiano, que diferente da concepção de Malthus, aceita e recebe os métodos contraceptivos como forma de limitação da fecundidade. “A justificativa era a de que o crescimento da economia e, principalmente, a redução da pobreza seriam por demais facilitados se o ritmo do crescimento da população fosse menor”. (Carvalho; Brito, 2005, p. 355).

Portanto, foi neste ambiente de alto crescimento demográfico e sob a influência do pensamento neomalthusiano que ocorreram as primeiras conferências internacionais de População e Desenvolvimento organizadas pela ONU. Foi a partir do desenvolvimento destas conferências<sup>36</sup>, sob conjunturas internacionais diferentes e sob a influência de múltiplos sujeitos sociais, que se chegou às definições dos

---

<sup>36</sup>Na segunda metade do século XX, aconteceram cinco conferências mundiais de População: Roma, em 1954; Belgrado, em 1965; Bucareste, em 1974; México, em 1984; e Cairo, em 1994. Segundo o Fundo de População das Nações Unidas, a preocupação com o binômio população e desenvolvimento tem estado presente desde a Conferência Mundial de População, realizada em Roma em 1954. (Corrêa; Alves; Januzzi, 2006, p.32)

conceitos de direitos e saúde sexual e reprodutiva, culminado na perspectiva mais avançada sobre o tema a partir da CIPD realizada no Cairo, que aprofundou o debate sobre a questão dos direitos humanos, igualdade entre os gêneros e, especialmente, à saúde e aos direitos reprodutivos,

Assim, a ONU ampliou e ratificou o conceito de saúde reprodutiva definido em 1988 pela OMS

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência. Essa última condição implica o direito para o homem e mulher de obter informação sobre métodos seguros, eficientes e exequíveis de planejamento familiar e de ter acesso aos de sua escolha, assim como a outros métodos por eles escolhidos para regularização da fertilidade, que não estejam legalmente proibidos, e o direito de acesso a serviços apropriados de atendimento à saúde que permitam às mulheres o acompanhamento seguro durante a gravidez, bem como partos sem riscos, e deem aos casais as melhores possibilidades de terem filhosãos. (NAÇÕES UNIDAS, DECLARAÇÃO E PLATAFORMA DE AÇÃO DA IV CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 1995, p. 178).

Logo, Diniz (2013) preconiza que o termo “direitos reprodutivos” traz o sentido de autodeterminação reprodutiva das mulheres como um direito, baseado na desconstrução da maternidade como um dever, luta pelo direito ao aborto e à anticoncepção, livre de discriminação, coerção ou violência. Assim, os direitos reprodutivos foram definidos, como um direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e informação e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva.

O conceito de direitos sexuais surge na década de 90 do século XX no âmbito dos movimentos gay e lésbico da Europa e dos Estados Unidos e, em seguida, com a participação do movimento feminista. Na CIPD, a expressão direitos sexuais não consta no documento final, entretanto, o texto inclui de modo contundente o conceito de “saúde sexual”, adotando a definição da OMS para a “saúde sexual” como parte integrante da saúde reprodutiva, isso após intenso debate entre as forças conservadoras e progressistas” (Corrêa; Alves; Januzzi, 2006; Ávila, 2003; DINIZ, 2013). Nesse sentido, os “direitos sexuais” foram definidos como os direitos humanos das mulheres, de controle e decisão de forma livre e responsável sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva. Esse conceito envolve a “igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à integridade e

requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidade pelos comportamentos sexuais e suas consequências”. (ONU, 1994).

Outro marco histórico foi a IV Conferência Mundial sobre Mulheres e Desenvolvimento realizada em Beijing, em Pequim, no ano de 1995, cujos acordos estabelecidos no Cairo - Egito - foram reafirmados, bem como se avançou na concepção sobre a definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos.

Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente 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 seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (Organização das Nações Unidas, 1995)

O conceito de direitos sexuais foi incluído como parte dos princípios dos Direitos Humanos, tendo redigido em seu parágrafo 96, o seguinte:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências. (IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, 1995).

No Brasil, na década de 1980, como marcos históricos em relação às políticas para as mulheres e, conseqüentemente sobre os direitos sexuais e reprodutivos, foram implantadas as primeiras políticas públicas com recorte de gênero, como exemplo, criação do primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina, em 1983 e da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, em 1985, ambos no Estado de São Paulo. A nível nacional foi criado também em 1985 o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, vinculado ao Ministério da Justiça (Saffioti, 1994).

Nessa mesma direção foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. E como tal, a adoção da Convenção da ONU sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher em 1979, que o Brasil ratificou com reservas em 1984, as quais foram suspensas – essas ratificações - apenas no ano de 1994. A Convenção da Mulher coloca a igualdade de direitos nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e

cultural. Coloca como obrigação dos Estados assegurarem a igualdade e eliminar a discriminação, entendida como ações que podem trazer prejuízo ao acesso e ao exercício de direitos.

É possível inferir que a mobilização das mulheres e feministas no Brasil, somando a isso o movimento de mulheres negras, foi relevante e contribuiu para a construção da reforma sanitária, uma vez que trouxe subsídios à formulação, institucionalização e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) - PNAISM, sendo um marco na conquista de direitos para as mulheres.

Todos esses momentos históricos remetem a compreensão de que os direitos sexuais e reprodutivos passam a ser reconhecidos enquanto valores democráticos, entram nas agendas das políticas públicas em nível nacional e internacional, como diz Ávila (2003).

Os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática. Tratá-los como dois campos separados é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social. É também um reconhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada à sua autonomia de decisão na vida reprodutiva. (Ávila, 2003, p. 466)

O exposto reforça a necessidade de luta permanente contra a moral conservadora que se articula por meio de uma perspectiva ideológica que objetiva subverter a sociedade à compreensão de que a mulher deve submeter-se a modelos de sexualidade e reprodução adensados em padrões religiosos, por exemplo, e a perspectiva heteronormativa em seu sentido repressivo e discriminador.

Ademais, é preciso pensar e materializar os direitos sexuais e reprodutivos a partir do campo da ética em que o sujeito é racional e consciente que sabe o que faz, como ser livre que decide sobre suas escolhas e provido de direito que deve ser conquistado e conservado, porque ele (o direito) deve revestir-se de poder (Ávila, 2013; Chauí, 1998). Entretanto, a maioria da população ainda é desprovida de direitos na medida em que não é constituída de poder, mesmo diante da promulgação da Constituição Federal de 1988, de fato gerada em torno da democracia formal burguesa, mas que tem elementos sociojurídicos que possibilitam que a população se

organize em torno do poder popular constantemente atacado pela elite dominante e por grupos conservadores, inclusive inseridos nas instâncias governamentais.

Assim, mesmo diante dos avanços em torno dos direitos sexuais e reprodutivos, o estado brasileiro, de certo modo, reforça a repressão e o controle do corpo e sexualidade das mulheres, pois as trata como os homens as veem. Isso significa que as suas ações se dão de maneira autoritária coagindo as mulheres em favor dos homens numa sociedade patriarcal sendo que, através desse processo, legitima as formas desiguais e subjugadas das relações sociais. As leis são feitas de acordo com necessidades baseadas na perspectiva androcêntrica, também atravessadas pela raça (MACKINNON, 1989).

E como pensar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras considerando a violência obstétrica a partir de uma perspectiva androcêntrica, de um modelo racista de sociedade e da relação direito/poder em relação ao acesso ao sistema de saúde, como tal a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)? Deixo claro, que não se quer apartar movimento de mulheres negras das não negras no que se refere ao direito à saúde, pois ambas as lutas estão entrelaçadas e fazem parte de momentos históricos importantes de resistência e mobilização contra a opressão de gênero, a favor dos direitos sexuais e reprodutivos, na construção de estratégias para garantir os direitos de todas as mulheres em uma sociedade patriarcal, sexista e machista.

O Movimento Social Negro atua de forma organizada desde a década de 1970 vem contribuindo na discussão sobre as questões relacionadas a classe e raça alicerçada na luta histórica da Frente Negra Brasileira fundada em 1931 que, após a abolição da escravatura, denunciou a fragilidade do modelo brasileiro de democracia racial.

É mister colocar que antes da abolição da escravidão, especialmente desde 1870, vinham sendo difundidas no Brasil a política eugenista por meio das teorias do racismo científico europeu que possuíam uma perspectiva determinista e afirmavam a superioridade da raça branca. Assim, o projeto de formação da identidade nacional estava associado ao tema da homogeneidade étnica e cultural. A questão racial no país apareceu como um problema para boa parte da elite brasileira, que aceitou, entre 1888 e 1914, a “teoria do branqueamento” encarada de modo positivo como uma via em direção ao progresso, a partir da imagem idealizada de um Brasil branco [...]” (Peixoto, 2017, p. 27)

Nesse norte, durante as primeiras décadas do século XX buscava-se em várias partes do mundo e, não obstante no Brasil, um ideal civilizatório a partir do desenvolvimento biológico do homem. Assim, com intuito de garantir “boas proles”, o movimento eugênico brasileiro preocupou-se “com o higienismo social associando-o à questão da natalidade, ou seja, na adoção massiva de medidas de higiene da mulher grávida, durante o parto e do recém-nascido” (Nogueira, 2019, p. 20)

Como medida de implementação do higienismo social ocorreu um forte movimento de esterilização em massa de mulheres negras e pobres na primeira metade do século XX, sob os auspícios da eugenia, com a finalidade de diminuir o percentual de negros, vistos como uma raça inferior e responsável pelo aumento da pobreza no país.

As consequências drásticas desse processo foram percebidas nos anos seguintes, mais especificamente, na segunda metade do século XX, na década de 60 em que foram instituídas novas tecnologias de controle da fecundidade, a partir da perspectiva eugênica, através, como exemplo, da interferência nos ciclos hormonais das mulheres. “Esses métodos abriram novas perspectivas para controle compulsório da fecundidade das mulheres negras e indígenas, para além da esterilização cirúrgica já à disposição” (Goes; Santos 2014).

A luta do movimento social negro e das mulheres negras é constante para garantir os direitos sexuais e reprodutivos historicamente negados pelo estado brasileiro que por meio do desenvolvimento de políticas desumanas as coloca como sujeitos incapazes de decidir, de ter autonomia e liberdade sobre seus corpos. “Num contexto de desrespeito aos direitos e ameaça de retrocessos, a saúde reprodutiva das mulheres vem sendo alvo do poder disciplinador, a partir de sua sexualidade, e do poder regulamentador” (Lopes, 2019).

Como preconiza Fernanda Lopes (2019)

“Nós, mulheres negras, somos vítimas de violações sistemáticas de direitos, incluindo os direitos reprodutivos. Nas décadas de 1980 e 1990, o movimento de mulheres negras questionava as condições nas quais suas escolhas reprodutivas se davam, em especial considerando a esterilização aliada à cesariana, muitas vezes realizada sem o conhecimento ou consentimento delas. A intervenção do Estado sobre os corpos femininos negros segue sendo uma realidade atual. [...]. Se o Estado brasileiro, por meio de seus agentes, intervém para impedir o exercício dos nossos direitos, seria a confirmação de que nós, mulheres negras, devemos ser destituídas de nossas capacidades para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948? (Lopes, 2019, s/p)

Considero importantes as lutas históricas, como o movimento negro atual, sobretudo o movimento negro feminista como resistência que visa desnaturalizar o racismo sobretudo porque se dá num campo de correlação de forças sociais, econômicas e políticas excludentes e segregatórias, os quais além de contribuir para o aumento dos níveis de desigualdades racial e social com aprofundamento da pobreza, subordinação e dependência ao capital, marginaliza e oprime atingindo a dignidade humana, como tal as mulheres negras.

O que se quer enfatizar com isso? Que é necessário analisar as condições em que se formou o modelo de opressão sobre as mulheres negras - aqui como opressão de gênero - considerando que para esse grupo as violências dirigidas a elas não se equiparam ou não se deram da mesma forma como para o homem negro ou a para a mulher branca. Deu-se de modo particular reverberando nas formas de violência e desigualdade postas atualmente.

Vê-se que a luta das mulheres negras é histórica para que o estado garanta o desenvolvimento da política de saúde com equidade. Assim, a participação do Movimento Social Negro e Mulheres Negras foi fundamental na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, posto que participou ativamente ao lado do Movimento pela Reforma Sanitária do processo de elaboração e aprovação das propostas de institucionalização de uma nova política de saúde alicerçada no direito universal de cidadania, no acesso universal, na equidade e na integralidade. Como consequência, a Saúde na Constituição Federal de 1988 passou a fazer parte da Seguridade Social -juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social – é vista como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo SUS (Brasil, 1988).

Nesse período, o movimento de mulheres negras conferiu maior visibilidade às questões específicas de saúde da mulher negra, sobretudo aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. O racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos desse segmento, vitimando-o, portanto, com um duplo preconceito. (Brasil, 2013)

No nível internacional têm-se as primeiras discussões em torno do desenvolvimento de ações governamentais de saúde para atendimento da população negra. Aconteceu a Conferência Intergovernamental Regional das Américas em 2001 no Chile e a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial,

Xenofobia e Intolerância Correlata, em Durban na África do Sul, os quais marcaram a participação do Movimento Social Negro brasileiro que reivindicou a efetivação de ações governamentais que primassem pela equidade étnico-racial (Brasil, 2013).

Em 1980 as ações relacionadas a saúde da população negra, como exemplo, foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro, dentre os quais o Movimento de Mulheres Negras e pesquisadores. Na década de 1990, o governo federal em decorrência das reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, instaurou e criou o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e do Subgrupo Saúde, cujas discussões resultaram na introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos, na elaboração da Resolução CNS nº 196/96, que introduziu o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos e na recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.

Em 1991 com denúncias do movimento de mulheres negras inicia o combate ao genocídio da população negra e à negação do estado sobre a liberdade reprodutiva das mulheres. Essa luta vai resultar na criação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Esterilização instaurada pelo Congresso Nacional Brasileiro, em 1993, qual constatou, conforme dados do IBGE à época, que 44% das mulheres em idade fértil utilizavam a esterilização como método contraceptivo. O estado do Maranhão apresentou o maior percentual entre os estados da federação, ou seja 79,8% de mulheres esterilizadas, sendo a maioria de mulheres negras, o que revela o caráter racista dessa prática que foi institucionalizada com a complacência e a permissão do Estado.

É sintomático considerar que o maior percentual de esterilização encontra-se nos Estados da região que concentram os maiores índices de miséria e pobreza do País, e onde a composição populacional aponta para uma maioria negra, como por exemplo o Nordeste e o Centro- Oeste. (Senado Federal, 1993, P. 10).

O Relatório constatou que houve prestação de serviços inapropriados oferecidos pelas instituições privadas financiadoras de métodos contraceptivos principalmente, para as regiões mais pobres do país e, como tal, cita duas entidades que contribuíram para esse processo: a Sociedade Bem-Estar Familiar no Brasil -

BEMFAM - e o Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança - CPAIMC.

O trabalho desenvolvido pela BEMFAM, através de milhares de convênios com municipalidades e entidades comunitárias espalhadas pelo país, foi consolidado uma rede de divulgação e prática de ações de planejamento familiar de larga escala e sem critérios de saúde. Atuando como entidade não-governamental, a BEMFAM não recebia qualquer fiscalização sobre suas ações [...] O CPAIMC, cuja principal atividade consiste em treinar médicos de todo o País para a prática de planejamento familiar pautado essencialmente na laqueadura tubária pela técnica de laparoscopia. Esta estratégia permitiu que a laqueadura fosse se infiltrando como ideologia da contracepção de “alta eficácia”. A predominância dessa ideologia entre os médicos e demais profissionais de saúde decorre, ainda, da crise ética e institucional que incidiu o setor de saúde (Senado Federal, 1993, p. 33)

As denúncias sobre crime de genocídio<sup>37</sup> apresentadas pelo Movimento Negro à Comissão em relação as práticas racistas de esterilização em massa de mulheres negras em idade fértil foram rejeitadas, uma vez que a CPMI afirmou que os dados do IBGE não confirmavam tal prática, bem como pela imprecisão da pesquisa em apurar informações relativas à cor da pele dos brasileiros/as. É mister colocar que a sexualidade feminina historicamente é alvo de controle pela sociedade patriarcal, seja pela ação de grupos religiosos ou no âmbito do Estado quando não garante de forma eficaz os seus direitos sexuais e reprodutivos, em especial quando tentam relacionar o aumento do número de filhos com o aumento da pobreza, imputando as mulheres negras a culpa pela ampliação das mazelas sociais.

Em 2004 o Ministério da Saúde cria um Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra por meio da Portaria nº 1.678, de 16 de agosto de 2004, fruto das reivindicações do Movimento Social Negro, com representação de diversas áreas técnicas do MS, da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SNPIR, de pesquisadores e ativistas da luta antirracista.

A pressão do Movimento Social Negro Brasileiro nas Conferências Nacionais de Saúde - 11ª no ano 2000 e na 12ª no ano de 2013 – possibilitou a aprovação das propostas para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do país e a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SNPIR - instituída por meio da Lei nº 10.678, de 23

---

<sup>37</sup>Se o crime for cometido contra a coletividade caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 1º de outubro de 1956, ou seja, Art. 1º Quem, com a intenção de destruir, no todo ou em parte, grupo nacional, étnico, racial ou religioso, como tal ( Presidência da República, 1956)

de março de 2003, cuja função foi assessorar diretamente a Presidência da República em relação as questões étnico-raciais.

A PNSIPN é fruto desse debate em torno da luta pelo acesso digno no Sistema Único de Saúde. Ainda que se tenha a institucionalização de ações e serviços de saúde que atendem esta população, figura ainda no Brasil o mito da democracia racial que passa à população a ideia falsa de que não existe racismo no Brasil, embora se saiba que uns dos fatores que fortalece a desigualdade social no capitalismo é a manifestação do racismo na sociedade e sua operacionalização de forma velada nas instituições públicas e privadas.

A criação da PNSIPN instituída, por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009 é fruto dessas discussões e da luta do movimento negro, que compreende o movimento de mulheres negras.

Assim são objetivos da PNSIPN expressos no Artigo 8º

- I – a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS;
- II – a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero;
- III – o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra;
- IV – a inclusão do conteúdo da saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde;
- V – a inclusão da temática saúde da população negra nos processos de formação política das lideranças de movimentos sociais para o exercício da participação e controle social no SUS. (Brasil, 2009)

Logo, a PNSIPN como política pública surge na perspectiva de garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde da população negra em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, considerando a rede de atenção à saúde que deve prestar assistência integral a essa população por meio da implementação de ações e serviços estratégicos que possibilitem o acesso de forma integral conforme preconiza os princípios do SUS.

Ademais, por ser uma medida compensatória, a PNSIPN deve alinhar-se com as ações previstas em outras políticas públicas de modo que contribua para a eliminação das desigualdades raciais alicerçadas em um modelo de opressão, dominação e exploração construído ao longo da história da escravidão no Brasil,

porém ainda com reflexos na vida das pessoas negras, por meio da manifestação do racismo e da discriminação.

Destarte, há a necessidade de implantação da política de saúde em todos os níveis de complexidade, que atendam também às especificidades das mulheres negras, uma vez que, na esfera governamental, as ações de saúde com recorte de gênero e racial são relativamente recentes.

No que diz respeito à atenção à saúde da mulher negra, a PNSIPN está alinhada ao I PNPM (2004), o qual tem como uma de suas prioridades:

promover a atenção obstétrica, qualificada e humanizada, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras” (Brasil, 2004a, p. 63),

Como também alinha-se a PNAISM (2004b), a qual preconiza que

a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher” (Brasil, 2004b, p. 63),

Desse modo, a PNAISM propõe uma nova concepção a respeito da atenção à saúde da mulher negra ao trazer o objetivo "promover a atenção à saúde da mulher negra" (Brasil, 2004b, p. 71), a partir das seguintes estratégias

melhorar o registro e produção de dados; capacitar profissionais de saúde; implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS; estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra. (Brasil, 2004b, p. 71).

Destarte que o PNPM (2013-2015) coaduna os I PNPM (2004) e II PNPM (2008)<sup>38</sup> e apresenta o entendimento de que as dimensões de gênero, raça e etnia são estruturantes das desigualdades sociais, havendo a necessidade de que a transversalidade de gênero e raça seja entendida como estratégia fundamental para a implementação do Plano na atualidade, a partir da articulação das três esferas de governo, na perspectiva de que as ações elaboradas impactam efetivamente na vida

<sup>38</sup> O II PNPM mantém a prioridade: 3.4. Promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, especialmente entre as mulheres negras e indígenas, incluindo a atenção ao abortamento inseguro, de forma a reduzir a morbimortalidade materna. (Brasil, 2008, p. 31).

das mulheres racializadas, incluindo as negras (Brasil, 2013, p.81). Assim, apresenta metas como exemplo:

reduzir a violência institucional e a violência obstétrica nos serviços de saúde[...] a mortalidade materna, em especial a de mulheres negras; promover a atenção à saúde integral das mulheres negras através da ampliação do acesso e melhoria da qualidade do cuidado (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [...]; ampliar o acesso e qualificar a atenção clínica-ginecológica às mulheres negras em suas especificidades.(Brasil, 2013, p.32;35).

É mister destacar que o Maranhão foi o primeiro estado a aprovar uma Política Estadual de Saúde Integral da População Negra por meio do Decreto nº 33.661, de 27 de novembro de 2017 (Maranhão, 2017). Esse Decreto está estruturado em cinco eixos: acesso à população negra às redes de atenção; promoção da vigilância em saúde; educação permanente em saúde e produção do conhecimento em saúde da população negra; fortalecimento da participação e do controle social e monitoramento; avaliação das ações de saúde para a população negra. Entre as estratégias a serem executadas está incluído a prevenção e a violência contra as mulheres negras, o combate ao racismo institucional considerando o determinante social da saúde com o objetivo de contribuir para o alcance da equidade em saúde.

Em 2020, por meio da Lei Nº 11399, o Governo do Maranhão instituiu o Estatuto Estadual da Igualdade Racial, com a finalidade de estabelecer as diretrizes para a defesa dos direitos humanos da população negra, efetivar a igualdade de oportunidades e, combater à discriminação, o racismo e outras formas de intolerância étnico-racial.

Ainda que os decretos, legislações e portarias estejam colocadas à apreciação da sociedade, para que sejam de fato implementadas com a participação do controle social, há necessidade de que estes instrumentos normativos, de fato, sejam usados pelos órgãos governamentais, para o devido enfrentamento de todos os tipos e formas de violência étnico/racial no Brasil e no Maranhão.

### **3.2. Violência Obstétrica: conceituação e caracterização.**

Os primeiros registros sobre maus tratos de mulheres no parto são do final da década de 1950, nos EUA, quando o Jornal *Ladies Home* publicou a matéria

“Crueldade nas Maternidades”, cujo texto descrevia, como tortura, o tratamento recebido pelas parturientes, submetidas ao sono crepuscular- uma combinação de morfina e escopolamina-, produzia sedação profunda nas mulheres. No Reino Unido, em 1958, houve um movimento quando foi criada a Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas (DINIS et al,2015).

Na atualidade a literatura preconiza que há controvérsias quanto à conceituação de atos de desrespeito, abuso ou maus-tratos cometidos pelos/as profissionais de saúde contra a mulher no decurso da gestação, parto e nascimento. Vários termos são utilizados como sinônimo, como exemplo: desrespeito e abuso no parto; maus-tratos de mulheres no parto que ocorrem em unidades de saúde; violência no parto e violência obstétrica. Como tal, os primeiros estudos sobre o tema foram apresentados por Bowser e Hill (2010) que criaram a definição *desrespeito e abuso no parto em instituições* para caracterizar tais atos.

A criação desse termo contribuiu para o avanço de estudos epidemiológicos na perspectiva de compreender e intervir com mais propriedade sobre o assunto na área da saúde. Entretanto, essa definição apresenta algumas limitações, considerando que é insuficiente para evidenciar todas as expressões desse tipo de violência, além de não abordar a intencionalidade de quem a pratica, enfatiza que os atos de desrespeitos e abusos são alusivos às situações de parto e nascimento, portanto, não são extensivos ao pré-natal, ao pós-parto e não denota as situações de abortamento.

Somente com a ampliação do conceito, posteriormente com o estudo de Bohren et al(2015) intitulado *The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic* foi possível especificar uma maior quantidade de atos que são considerados maus tratos de mulheres nas unidades de saúde, como: física; abuso; abuso sexual; abuso verbal; estigma e discriminação. Ademais, essa definição possibilitou a ampliação de algumas discussões envolvendo o contexto de atenção ao parto e nascimento e a intencionalidade dos atos de maus tratos, considerando a operacionalização do sistema de saúde como um elemento central, relacionado também a oferta, funcionamento e estrutura das ações/serviços e as condições de trabalhos dos profissionais. Destarte que, desde a criação e definição do termo *mistreatment* - maus tratos - OMS vem adotando-o nas suas publicações (Leite et al., 2022)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que a mulher sofre maus-tratos no parto e vem utilizando o termo violência obstétrica, para discutir essa questão para alertar a todos/as que “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (OMS, 2014, p. 1). Nessa perspectiva, refere-se à necessidade de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, considerando que inúmeras mulheres são submetidas à violência em instituições de saúde no momento do parto e nascimento.

Diante desse problema, a OMS propôs a convocação de entidades para dialogarem sobre o tema, posto a existência de pesquisas que apontam um crescente volume de estudos sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, as quais descreveram as formas como essa violência ocorre e como muitas delas foram expostas a abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. “Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e as equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica”. (OMS, 2014, p. 1)

Isso posto, a ONU (2019) por meio do documento “*Abordagem baseada nos direitos humanos para abuso e violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva, com ênfase especial na assistência ao parto e violência obstétrica*” afirma que

O abuso e a violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva e durante a assistência ao parto são examinados no relatório como parte de uma forma contínua de violações que ocorrem no contexto mais amplo de desigualdade estrutural, e discriminação. Patriarcado, e também são uma consequência da falta de educação e formação e falta de respeito pela igualdade da mulher e pelos seus direitos humanos. Mulheres e meninas sofrem essa violência quando procuram outras formas de assistência à saúde sexual e reprodutiva, como exames ginecológicos, aborto, fertilidade e tratamentos contraceptivos, e em outros contextos de saúde sexual e reprodutiva. Relatoria Especial sobre a violência contra a mulher suas causas e consequências (ONU, 2019, p.19)

Anteriormente às análises do OMS sobre os maus tratos de mulheres no parto, nos anos 2000 surgiu o conceito de violência obstétrica na América Latina por

meio dos movimentos pela humanização do parto<sup>39</sup>, que criticavam e denunciavam os modelos de assistência ao parto pautados na medicalização das mulheres.

O conceito de parto humanizado surgiu no Brasil no final da década de 1980, a partir de associações não-governamentais e redes que criticavam o modelo hegemônico de atenção ao parto, como exemplo a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento – REHUNA (Tornquist, 2002) fundada em 1993 por um grupo de que questionavam intervenções médicas invasivas no contexto do parto e nascimento. Este conceito está relacionado à valorização dos processos de mudança de atitude da população no contexto da produção da saúde. Este conceito foi incorporado pelo SUS, como uma estratégia de garantir a saúde materna e reduzir o número de mortes em decorrência do parto. No entanto, há uma distância entre a elaboração e implementação do modelo de atenção humanizada. Conforme Hotimsky et al (2013), no que se refere ao SUS tem-se, de um lado, o modelo tecnocrático institucionalizado como prática e, de outro, um modelo humanizado que normatiza as ações de saúde de base governamental

Destarte, que o termo violência obstétrica foi pensado no movimento de mulheres, mais precisamente nos anos 2000, e é usado para tipificar diferentes formas de violência ocorridas na gestação, situações de abortamento, parto e puerpério, como tais agressões verbais, psicológicas e sexuais praticadas por profissionais da área da saúde e/ou omissões relacionadas a falta ou insuficiência de estrutura físico/financeira que inviabilizam o acesso das mulheres, bem como procedimentos considerados na literatura médica como desnecessários e danosos, entre os quais a o uso de cesariana sem evidência clínica. (Lima et al, 2021)

Do ponto de vista legal, o termo surgiu na Venezuela em 2007, seguido pela Argentina em 2009, sendo que os perpetradores dessa violência obstétrica estão sujeitos a serem responsabilizados criminalmente nesses países.

---

<sup>39</sup>É necessário diferenciar o emprego dos termos nas várias formas de conceituar um parto: Parto normal se refere a parto vaginal, aquele que ocorre de acordo com a programação genética do processo de parturição, fisiologicamente estabelecido e que culmina da forma mais natural possível. Usa-se o termo **parto normal** para contrapô-lo à cesariana ou nascimento cirúrgico através de fórceps ou vácuo-extração (parto instrumental); **parto natural** é aquele em que nenhum tipo de intervenção externa (com exceção da linguagem) foi utilizada, mas normalmente é também chamado de humanístico, **ou parto humanizado** e nesse sentido a mulher é a condutora do processo, ocupando a posição de protagonista, mas a assistência é baseada em evidências científicas atualizadas (Fundo das Nações Unidas Para a Infância, 2021)

Desse modo, para efeito de definição de violência obstétrica, o Governo da Venezuela preconiza, por meio da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência vigente desde 2007, que esse problema corresponde a uma forma específica da violência de gênero, uma vez que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no processo da maternidade mediante um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais e da capacidade destas de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade. (Venezuela, 2007). Assim, define a violência obstétrica como

*La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres*<sup>40</sup>(Venezuela, 2007)

No Panamá, a Lei 82/2013 adota também medidas de prevenção da violência contra as mulheres e institui o conceito de violência obstétrica semelhante ao estabelecido na Lei Argentina (2009). Desse modo, define Violência Obstétrica como “Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato abusivo, deshumanizado, humillante o grosero<sup>41</sup> (PANAMÁ, 2013), porém não define as condutas, delitos, multa e condenação mencionadas na legislação venezuelana.

Nesse norte, a Venezuela, a Argentina e o Panamá avançaram na proteção das mulheres em relação a violência obstétrica, sendo um exemplo para os outros países da América Latina. Mesmo o Uruguai não apresentando e definindo o termo violência obstétrica na Lei *de Protección do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva*, a legislação denomina vários tipos de violência que devem ser reconhecidos pelas mulheres no contexto do parto e nascimento. Como tal, evidencio que o conjunto de direitos e de ações governamentais apresentadas pelos países a partir da

---

<sup>40</sup>A violência obstétrica é compreendida como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa no tratamento desumanizador, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente. seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Venezuela, 2007, tradução livre)

<sup>41</sup> Aquilo exercido pelo profissional da saúde que atinge o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expresso em um trato abusivo, desumanizado, humilhante ou grosseiro (Panamá, 2013, tradução livre)

promulgação das denominadas Leis são necessárias para coibir essa forma nociva de violência de gênero no âmbito dos serviços de saúde.

A elaboração de estudos que podem ampliar a compreensão das formas e tipos de violência obstétrica são fundamentais para a discussão do tema no âmbito da saúde pública.

Sobre isso, *Laura Gutman (2007) em um estudo denominado Puerperios y otras exploraciones del alma femenina (2007)*, na Argentina, descreve a violência obstétrica, como uma experiência do parto industrializado, ou seja

*refiero al nacimiento industrializado, vivido tanto desde el lugar de la parturienta como desde el lugar del bebé: ambos manipulados, cortados, separados, pinchados, abandonados, violentados, medicados, anestesiados, monitoreados, vigilados y filmados [...], el sufrimiento se hace presente cuando los partos son conducidos y las mujeres somos infantilizadas, maltratadas, pinchadas, cortadas, abandonadas humilladas y tratadas como un cuerpo funcional que tiene la obligación de responder al resultado esperado. Aparece confusamente cuando somos acostadas en posición dorsal (boca arriba) con los pies atados y los genitales al descubierto, recibiendo órdenes incomprensibles y amenazas sobre el tiempo de descuento antes de ser castigadas con una cesárea. Así, el sufrimiento puede ser insoportable, aunque la anestesia borre todo dolor físico (LAURA, 2007, 201)<sup>42</sup>*

*Sala (2019) destaca em um trabalho desenvolvido na Colômbia que La terminología legal de países como Venezuela, Argentina y México, entre otros, donde las leyes en cuanto a la violencia de género incluyen y sancionan aquellas violencias que afectan a las mujeres durante la atención en salud, con especial énfasis en el proceso y la atención del parto hospitalario. El concepto ha sido también utilizado desde varias organizaciones feministas como los Observatorios de Violencia Obstétrica y de Salud Sexual y Reproductiva que, desde la sociedad civil y en varios países, abogan para visibilizar las violencias encubiertas que resultan del contacto de las mujeres con el personal de la salud, en la atención autoritaria de sus procesos sexuales y reproductivos (Sala, 2019, p, 133)<sup>43</sup>.*

---

<sup>42</sup>TRADUÇÃO: Quer dizer, parto industrializado, vivido tanto do lugar da parturiente quanto do lugar do bebê: tanto manipulado, cortado, separado, perfurado, abandonado, violado, medicado, anestesiado, monitorado, assistido e filmado [...], o sofrimento que está presente quando os partos são realizados e as mulheres são infantilizadas, abusadas, punccionadas, cortadas, abandonadas, humilhadas e tratadas como um corpo funcional que tem a obrigação de responder ao resultado esperado. Fica confuso quando estamos deitados em decúbito dorsal (com a face para cima) com os pés amarrados e os órgãos genitais expostos, recebendo ordens e ameaças incomprensíveis de folga antes de sermos punidos com uma cesariana. Assim, o sofrimento pode ser insuportável, mesmo que a anestesia apague todas as dores físicas (Laura, 2007, p. 201 *tradução livre*)

<sup>43</sup>TRADUÇÃO: A terminologia jurídica de países como Venezuela, Argentina e México, entre outros, onde as legislações sobre violência de gênero incluem e sancionam as violências que afetam as mulheres durante a assistência à saúde, com especial ênfase no processo e na assistência ao parto hospitalar. O conceito também tem sido utilizado por diversas organizações feministas como os Observatórios de Violência Obstétrica e Saúde Sexual e Reprodutiva que, desde a sociedade civil e em diversos países, defendem a divulgação da violência encoberta que resulta do contato das mulheres com o pessoal de saúde, no cuidado autoritário de seus processos sexuais e reprodutivos (SALA, 2019, p. 133 *tradução livre*)

Sala (2019) refere *que* diversos trabalhos desenvolvidos a partir das ciências sociais têm adotado a denominação violência obstétrica ou violência gineco-obstétrica, por sua capacidade explicativa e política, ao evidenciar as distintas formas de violência que ocorrem no atendimento aos diversos processos sexuais e reprodutivos das mulheres, como contracepção, consultas de ginecologia e assistência obstétrica na gravidez, parto, aborto e puerpério. Isso, associado ao poder obstétrico que advém do saber autoritário que historicamente se associa à biomedicina para a gestão dos processos saúde / doença e do ciclo vital da mulher. O que resulta em um exercício de poder que viola os direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres quando realizado.

Tesser et al (2015) a partir do estudo *Explorando as evidências de desrespeito e abuso no parto em estabelecimentos de saúde: relatório de uma análise de cenário* produzindo por Bowser e Hill (2010) segue a linha conceitual de Sala (2019) ao afirmar que existem várias expressões que já foram usadas para significar o fenômeno da violência obstétrica, 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”. Desse modo, é possível afirmar que a variação de significados sobre o termo “violência obstétrica” indica uma violação que atinge a integridade física e emocional das mulheres que, submetidas a comportamentos inadequados, veem a experiência da gestação e do parto como traumática. Esse debate encobre o uso correto do termo, muitas vezes definido no âmbito da violência institucional, para mascarar uma violência abjeta a luz de interesses políticos, mercadológicos e de uma ciência neutra/patriarcal, em que todas as mulheres, indistintamente, são submetidas as mesmas técnicas. Entretanto,

A técnica é política, e inscritos nos procedimentos de rotina - na imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo - estão “encarnadas” as relações sociais de desigualdades: de gênero, de classe, de raça, entre outras (Diniz, 2005, p. 633).

---

O esforço em definir o significado de violência obstétrica na área da clínica médica, dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos são necessários na luta dos movimentos pelos direitos de todas as mulheres e feministas, além de ser um campo de conhecimento científico importante no contexto acadêmico, considerando os entraves, contradições e limites impostos à discussão, principalmente por parte de grupos ou instituições médicas que rechaçam o uso do termo no contexto da atividade obstétrica.

A construção de evidências que visem combater as práticas estruturantes que reproduzem a violência é pertinente, “especialmente diante das polêmicas semânticas em que se deduz que o termo “obstétrica” (Lima et al, 2021, p, 12), o que se subentende que as distintas práticas consideradas violentas seriam aquelas advindas exclusivamente da classe médica, o que de fato não se resume a esta perspectiva.

No Brasil, a problemática que envolve a violência obstétrica tem sido apresentada como objeto de denúncias e preocupação no movimento feminista. Na década de 1980 surge um trabalho pioneiro sobre o tema, a partir do estudo feminista intitulado *Espelho de Vênus*, do Grupo Ceres (1981), o qual descrevia explicitamente pelas mulheres o parto institucionalizado como uma vivência violenta. Os depoimentos demonstraram que, não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher, ocorre, também, na relação médico/paciente, “com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida: a contracepção, o parto, o aborto” (Dinis, 2015, p.2).

Posteriormente, o movimento social feminista busca o reconhecimento do termo violência obstétrica para assegurar junto ao Ministério da Saúde os direitos às gestantes, os quais previstos no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, sendo um marco importante a favor do direito das mulheres. Assim,

“[...] ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.” (Brasil, 2004).

No Brasil, infelizmente, não existe uma legislação federal que normatize a nível nacional o combate à violência obstétrica, o que acarreta incertezas quanto a definição do tipo e a caracterização dessa prática; inviabiliza o desenvolvimento de ações de prevenção nos ambientes hospitalares no âmbito do Ministério da Saúde,

seja público e/ou privados; fortalece o aumento do número de casos e; fragiliza as mulheres porque tendem a ter dificuldade em denunciar pela falta de conhecimento e, com isso, a consequência é o aumento da desproteção destas e de seus bebês. O dossiê Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres (2012), afirma que os atos caracterizadores da violência obstétrica são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva. Portanto é um ato nocivo que precisa ser extirpado das práticas multiprofissionais, sendo uma questão de saúde pública relacionada a violência de gênero.

Mesmo sem uma legislação em âmbito federal alguns estados como Santa Catarina e o Município de Diadema (SP) institucionalizam a violência obstétrica na forma de Lei, na perspectiva confrontar esse debate. Em que pese a necessidade de discutir esse problema, o quadro abaixo trata da definição e os tipos a nível estadual e municipal.

#### **Quadro 2 – Tipos de manifestação da violência obstétrica nos estados e município brasileiros.**

<b>Estados/Municípios</b>	<b>Definição</b>	<b>Tipos/expressões ( Exemplos)</b>
Diadema ( São Paulo, 2013)	Todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério	Não explícita
Santa Catarina (2017)	Todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério	Ofensa verbal ou física: – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira; fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade; fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana; fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar outros.
Distrito Federal (2018)	Todo ato praticado pela equipe de assistência à mulher grávida ou parida de estabelecimentos hospitalares, postos de saúde, unidades básicas de saúde e consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher grávida ou parida	Física e verbal, com como: tratamento de forma agressiva, grosseira, zombeteira; fazer piadas sarcásticas ou recriminar por qualquer comportamento.

	que ofenda de forma verbal ou física desde o pré-natal até o puerpério	
Minas Gerais (2018)	A prática de ações no atendimento pré-natal, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia	Impedir a presença de acompanhante durante o pré-parto, o parto, o puerpério e nas situações de abortamento; impedir que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde; deixar de aplicar, quando requerido pela parturiente e as condições clínicas permitirem, anestesia e medicamentos ou métodos não farmacológicos.
Tocantins (2020)	Todo ato praticado pela equipe multiprofissional do hospital, da maternidade e da unidade de saúde ou por um familiar ou acompanhante que ofenda de forma verbal ou física as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de estado puerperal.	Submeter a mulher a procedimentos como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, manobra de kristeller e toques sem indicação técnica e formal; manter a mulher em posição ginecológica com as pernas amarradas
Piauí (2022)	Qualquer ação ou omissão, baseada no gênero, durante a gestação, trabalho de parto, período puerpério e em situação de abortamento, que lhe cause dor excessiva, morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, dano moral ou patrimonial, praticadas pela administração hospitalar, seus funcionários ou terceirizados, pela equipe de saúde, Doula <sup>44</sup> , no ambiente hospitalar, públicos ou privados, incluindo redes de saúde suplementar e filantrópica e serviços prestados de forma autônoma. Parágrafo único. As pessoas enunciadas neste artigo independem da identidade de gênero e orientação sexual.	Citas as formas: física, psicológica, patrimonial, sexual e moral.

Fonte: Elaborado pela própria autora a partir das Legislações existentes.

Destaco, como referência, o estado do Piauí para demonstrar o intenso movimento das entidades médicas contra a Lei nº 7.750/2022, na medida em que trouxe à sociedade um debate crítico sobre a assistência humanizada em uma perspectiva antirracista e não transfóbica. Ademais, a Lei estabelece medidas sobre o direito de a mulher ter uma doula nos períodos de pré-parto, pós-parto e em situação de abortamento, além de garantir o direito de se manifestar através de seu plano

<sup>44</sup>O Ministério do Trabalho e Emprego, desde 2013, incluiu no rol de ocupação sob o código 3221-35, a Doula como profissional certificado de nível médio atuante na área de saúde e de serviços sociais.

individual de parto durante o período de gestação e parto e institui mecanismos para coibir a violência obstétrica no estado (Piauí, 2022).

Essa Lei, ainda em vigor, é considerada um importante avanço em relação ao enfretamento da violência obstétrica no Piauí - que pode servir de base para uma legislação federal - assegura os direitos as pessoas transgêneros e provocar nas instituições o debate antirracista na efetivação das ações e serviços de saúde, no contexto do parto e nascimento.

Entretanto, as entidades médicas têm pressionado o governo piauiense para revogar a Lei, pois a categoria alega que foi aprovada à revelia e repudiam a obrigatoriedade da inserção das doulas no trabalho de parto, pois acreditam que interferem na efetivação de técnicas exclusivamente médicas, sendo considerado uma afronta ao ato obstétrico e, ainda, criticam a definição do termo violência obstétrica como “preconceituosa, depreciativa e desqualificadora do trabalho do obstetra” (Conselho Federal de Medicina do Piauí, 2022).

Organizações de mulheres como Movimento Estadual das Doulas no Piauí, Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetizas (ABENFO), a Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetra e a Defensoria Pública do Estado do Piauí manifestaram-se a favor da Lei e criticam a atuação das entidades médicas, as quais levantaram pontos inexistentes na legislação, como a efetivação de partos realizados por doulas e a forma como entendem o significado do termo violência obstétrica (Defensoria Pública do Estado do Piauí, 2022)

Apreendo que a Lei 7.750/2022 trata da efetivação da humanização do parto de forma comprometida com a luta de todas as mulheres e, como tais às negras, considerando o combate ao racismo no SUS; estende esse direito as pessoas transgêneros e preconiza de forma clara que os atos ou condutas dos profissionais que praticarem violência obstétrica devem ser analisadas a partir do alinhamento com a luta antirracista, na medida em que a maioria das mulheres atendidas nas maternidades vinculadas ao SUS são negras, como demonstram os dados apresentados pelo Ministério da Saúde e a ABRASCO, como exemplo.

Desse modo, considero esse um ponto relevante na discussão, pois dialoga com as lutas empreendidas pelo movimento negro brasileiro, que vem denunciando o racismo no SUS permeado por relações de poder instituídos, historicamente, por profissionais de saúde na sua relação com usuário. É mister reforçar que o debate sobre a violência obstétrica se encontra na estrutura complexa patriarcado-racismo-

capitalismo da sociedade: por ser uma violência de gênero; é sustentada por uma perspectiva ideológica que impõe às mulheres formas imperativas de ser e de viver a maternidade pautadas numa lógica universal; encontra-se no seio das relações sociais capitalistas, cujas mulheres principalmente pobres e negras são as que mais sofrem pela exploração do trabalho e pela desigualdade social e racial.

Apesar do reconhecimento do termo violência obstétrica pelos movimentos feministas e de mulheres e legalmente instituído em Leis estaduais, não são raras as contestações do seu uso. Em 2019, o Ministério da Saúde sofreu pressão das entidades médicas e proibiu o uso do termo, mesmo diante das críticas de organizações em defesa dos direitos humanos das mulheres. O retorno só ocorreu após intervenção do Ministério Público Federal de São Paulo, que recomendou o reconhecimento e a legitimidade do uso da expressão. Diante da orientação, o Ministério da Saúde reconheceu o direito de as mulheres usarem a expressão "violência obstétrica", mas manteve a decisão de não a usar nas normas e políticas públicas, por considerar inadequado e relacionar-se diretamente com o profissional de saúde. (Agência Câmara de Notícias 2019)

Em suma, a definição de violência obstétrica - os tipos e a circunstâncias em que ocorre - ainda é uma pauta polêmica no Brasil, principalmente quando discutida no âmbito das entidades médicas. Segundo Aguiar et al (2013) a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e suas federadas criticam a expressão "violência obstétrica", que tem produzido grande indignação entre os obstetras por impregnar agressividade que beira a histeria, e sugerem a denominação de "violência no parto", que envolve as más condições do local do atendimento, assim os outros atores que participam do processo conforme o informativo "Violência obstétrica e contra o obstetra: a dor além do parto" produzido pela Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais (2014). Ademais, é preciso considerar que o termo violência obstétrica tem sido refutado pelos/as profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto e nascimento, especialmente em decorrência da introdução da patogenização e da medicalização do parto, os quais acrescentados à definição, o que significa um uso inapropriado e inadequado para definir uma das formas de violência, ao posto que dizem respeito a procedimentos médicos considerados rotineiros. (Leite, 2022)

Diante do quadro apresentado evidencio que a falta de uma legislação federal que normatize e conceitue o termo *violência obstétrica*, que indique os tipos e a

operacionalização das denúncias dificultam o seu enfrentamento no âmbito nacional e, por conseguinte, no âmbito das maternidades, especialmente, nos estados e municípios que não têm legislação específica. Nesse sentido, há necessidade de qualificação do debate, o qual deve ser conduzido pela Câmara Federal sob pressão do movimento de mulheres e feministas, na perspectiva de uniformizar as ações de prevenção e combate dessa violência no âmbito das instituições de saúde, tanto públicas, quanto privadas. Ademais, a pressão dos movimentos pelo direito ao parto humanizado deve ser constante, de atuação preventiva/educativa para que esse problema se torne visível e enfrentado por todos, porém sem desconsiderar o cumprimento de medidas cabíveis que tornem esse ato impraticável, especialmente quando associadas ao racismo.

### **3.3. Racismo institucional na área da saúde: invisibilização no contexto da violência obstétrica.**

*A eliminação do Outro reforça meu potencial de vida [...] o racismo é um dos dispositivos que ajuda na distribuição da morte. - Achille Mbembe (2006).*

A compreensão acerca da história da parturição no Brasil remete-me a análise de como a medicina obstétrica, por meio da construção de seus instrumentos técnico-científicos e experiências raciais - com o objetivo de “avançar” nos estudos da biomedicina - contribuiu para produção da opressão racial e de gênero de mulheres negras e, conduzida por um caráter estruturante, de certo modo, naturalizou e normalizou o racismo e o sexismo nas instituições de saúde. Na atualidade, pouco se tem feito para romper com essa prática e, sobretudo, ampliar a discussão sobre temas, como exemplo, o racismo institucional no âmbito do SUS que se apresenta como uma violência manifesta-se nas relações interpessoais entre os/as profissionais de saúde e as usuárias de forma real. Não falar sobre isso, mascara os problemas estruturais factíveis e inerentes à atenção à saúde da população negra, “por meio do silenciamento ou não reconhecimento das influências do racismo no processo de saúde e adoecimento destes sujeitos” (Borret, 2020, p.3)

Nesse norte, analiso a condição das mulheres negras compreendendo suas lutas históricas, como foi dito, uma vez que a sociedade brasileira está longe de se

libertar do estigma do racismo e do sexismo. Assim, busco me aproximar, a priori, de estudos que desnudam os motivos pelos quais as mulheres negras sofrem violência obstétrica nas maternidades. Assim apreendo que a aproximação teórica com o conceito de racismo institucional na área da saúde é necessária.

Para tanto, é importante considerar os fatores determinante para análise dessa rotulação relacionada à condição da mulher negra, sobretudo em decorrência do passado escravista brasileiro, em que a correlação gênero e raça, na ótica de Sueli Carneiro (2003) trouxe uma explicação sobre a subalternização do gênero conforme a raça, ou seja

As imagens de gênero que se estabelecem a partir do trabalho endurecedor, da degradação da sexualidade e da marginalização social, irão reproduzir até os dias de hoje a desvalorização social, estética e cultural das mulheres negras e a supervalorização no imaginário social das mulheres brancas, bem como a desvalorização dos homens negros em relação aos homens brancos. Isso resulta na concepção de mulheres e homens negros enquanto gêneros subalternizados, onde nem a marca biológica feminina é capaz de promover a mulher negra à condição plena de mulher e tampouco a condição biológica masculina e mostra suficiente para alçar os homens negros à plena condição masculina, tal como instituída pela cultura hegemônica (Carneiro, 2003).

É certo que violência contra a mulher negra é consequência de vários fatores específicos que geram violência, como: misoginia, dissonâncias socioeconômicas, intolerância religiosa que articulados ao marcador racismo deixam-na mais vulnerável diante dos problemas postos na sociedade, tornando o seu percurso de vida mais difícil e desigual. Por isso, Carneiro (2003) assevera que o racismo é um eixo articulador das desigualdades que impactam nas relações de gênero. Ou seja,

Raça e sexo são categorias que justificam discriminações e subalternidades, construídas historicamente e que produzem desigualdades, utilizadas como justificativas para as assimetrias sociais, que explicitam que mulheres negras estão em situação de maior vulnerabilidade em todos os âmbitos sociais (Carneiro, 2017, p. 19).

Para Silvio Almeida o termo raça está atrelado às circunstâncias históricas em que é utilizado, se tratando de um conceito relacional e histórico. “O fato é que a noção de raça ainda é um fator político importante, utilizado para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação de grupos socialmente considerados minoritários” (ALMEIDA, 2019, p. 31). A vista disso, raça é uma construção social e o racismo é uma ideologia que se realiza nas relações entre pessoas e grupos, no desenho e

desenvolvimento das políticas públicas, nas estruturas de governo e nas formas de organização dos Estados (WERNECK, 2022, p. 11).

Uma questão primordial nessa análise é o racismo como “uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural” (Munanga, 2003, s/p). Para Almeida (2019, p. 23) “não é apenas um problema ético, uma categoria jurídica ou um dado psicológico. Racismo é uma relação social, que se estrutura política e economicamente”. Como tal, a imbricação entre patriarcado, racismo e capitalismo revela, assim, hierarquias e privilégios nas relações sociais de sexo/gênero, étnico-raciais e classe”. (Barroso, 2018, p.551)

Ainda,

A violência racista é de caráter sistêmico e silenciado, os corpos negros, constantemente descartados, revelam a ficção conservadora de viver em uma sociedade racialmente igualitária. Criam-se políticas, mas não dão acesso à grupos mais vulneráveis para acessar tais políticas. Negar ou dificultar o acesso destas populações às políticas sociais é uma forma velada de uma economia da morte. A política em torno da morte é um conceito possivelmente capaz de descrever toda a vida regulamentada sob os regimes atuais neoliberais (Lima, 2018, p.42)

No caso do estado brasileiro e na sociedade brasileira a discussão e o combate ao racismo têm avançado desde a redemocratização do país. Considerando os aspectos políticos e jurídicos, na atualidade, foi sancionada Lei N ° 14. 532/2023 que tipifica como crime de racismo a injúria racial, contudo, ainda é necessário a elaboração de práticas educativas no interior dos aparelhos do estado focada em direitos humanos e que seja capaz de atingir, também, a população negra para construção de uma autoconsciência à participação na luta contra o racismo estrutural.

O conceito de racismo estrutural é importante para apreensão do racismo institucional. Denis de Oliveira (2021) analisa que o racismo é estrutural, porque as estruturas lógicas da formação social do capitalismo dependente brasileiro foram constituídas a partir do escravismo, ou seja, o capitalismo brasileiro se reproduz via superexploração do trabalho de pessoas negras. “O racismo é uma ideologia que “cimenta” relações sociais particularmente em um país atravessado historicamente por mais de três séculos de escravização de africanos [...]” (Oliveira, 2021, p.64). Logo “a dimensão da estrutura é que torna possível a manifestação institucional do racismo” (OLIVEIRA, 2021, p 63) e, para tanto, na perspectiva do autor, é preciso que as instituições não limitem suas ações apenas a presença e ou participação de negros e

negras nos espaços institucionais - que para ele é importante - mas, considerem o caráter estrutural do racismo, com primazia a institucionalização da concepção materialista de racismo como um movimento primordial interligado a totalidade das relações sociais e numa perspectiva sócio-histórica.

Logo, o racismo institucional “não se resume a comportamentos individuais” (ALMEIDA, 2019, p. 37), pois é mais amplo e está na estrutura das instituições e se manifesta de diferentes formas, por meio das relações de poder. Está intrinsecamente relacionado ao funcionamento das instituições que “são a materialização das determinações formais na vida social e derivam das relações de poder, conflitos e disputas entre os grupos que desejam admitir o domínio da instituição” (Almeida, 2018, p. 30). Ou seja, o racismo institucional é definido como

o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (Programa de Combate ao Racismo Institucional, 2006, p. 26).

Desse modo, o racismo institucional ao se manifestar na estrutura da sociedade, contribui para a reprodução das “condições para o estabelecimento e a manutenção da ordem social [...] por meio da imposição de regras e padrões racistas” (Almeida, 2019, p. 47). As instituições, segundo o autor, “são racistas porque a sociedade é racista” (p.47). Nesse sentido, o autor preconiza que as instituições atuam na formulação de regras e imposição de padrões sociais que privilegiam um determinado grupo racial, ou seja, os brancos. No caso do racismo antinegro, as pessoas brancas, de modo deliberado ou não, se beneficiam das condições criadas por uma sociedade que se organiza baseando-se em normas e padrões prejudiciais à população negra.

Como tal, o racismo institucional opera, também de modo organizacional para atingir coletividades a partir da “priorização ativa dos interesses dos mais claros, patrocinando a negligência e a deslegitimação das necessidades dos mais escuros, restringindo de forma ativa as opções das mulheres negras no exercício de seus direitos” (Werneck, 2020, p 18).

Destarte, coaduno com a perspectiva de Werneck (2020) de que o racismo institucional atual como um eixo que subordina o direito das mulheres negras nas próprias instituições – aqui as maternidades - a partir das barreiras interpostas que privilegiam o interesse de pessoas brancas, as quais privilegiadas, tornam os mecanismos de exclusão mais seletivos e profundos em relação às negras. Ademais, o conceito de racismo institucional tem estreita relação com o conceito de vulnerabilidade que se caracteriza pela possibilidade de acesso às políticas públicas pela população mais vulnerável e as vitimadas pelo racismo.

Essa fatualidade é apresentada a partir dos seguintes dados em relação às mulheres negras no contexto do parto. Em se tratando das mulheres que sofrem violência obstétrica, os dados da Fiocruz revelam que a maioria das mulheres que usam o SUS é negra. Esses dados coadunam com os dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), que afirma que 76% das pessoas que usam apenas os serviços da rede SUS para prevenção, tratamento e reabilitação são negras, de baixo poder aquisitivo. No universo de pessoas que dependem exclusivamente do SUS para receber atenção à sua saúde, mais de 70% são mulheres. (Lopes, 2019)

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006) sobre *Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenças regionais e desigualdades socioeconômicas*, no que se refere à cor da pele, revela que o perfil das mães que usam o SUS reflete aquele observado na população de cada macrorregião, com predomínio de mulheres negras (pardas e pretas) em todas, exceto na Sul (67,5% se autodeclararam branca), sendo mais marcante nas regiões Norte (78,9%) e Nordeste (71,8%).

Dados da Pesquisa *Nascer no Brasil* (2014) realizada pela Fiocruz revelam que são as mulheres negras que mais sofrem violência obstétrica e cerca de 60% que morrem de morte materna nas maternidades do SUS são negras e pardas. Esses aspectos nos remetem ao estudo sobre a violência obstétrica sofrida por gestantes negras, no Brasil. Nesse norte, a violência obstétrica pode ser inserida no contexto do racismo institucional.

Na área da saúde a realidade da mulher negra no que se refere ao racismo é evidente e precisa ser tratada a partir de critérios científicos, mas sem desconsiderar que acontece no cotidiano das práticas dos/as profissionais de saúde. O racismo quando não combatido no espaço sócio-ocupacional da saúde agrava a exclusão

social de mulheres negras, tornando-as impotentes, vulneráveis e desprotegidas especialmente, quando não encontram acesso a recursos e o apoio necessário que possibilitem a sua proteção, além de trazer agravos à saúde mental. Desse modo, infiro que a inclusão da questão racial nesses espaços, possibilita qualidade no acesso da mulher negra aos serviços, bem como cria estratégias para discutir tecnicamente o adoecimento e morte dessa população de forma mais eficaz.

Observar a saúde das mulheres negras sob o prisma do racismo institucional permite compreender que o racismo pode ser apreendido como um determinante social e pode intervir diretamente no processo saúde-doença. As formas como as relações raciais estão conformadas no Brasil tornam a população negra mais vulnerável e tendem a dificultar seu acesso aos serviços de saúde (Theophilo; Rattner; Pereira, 2018).

Mulheres negras têm sua condição social agravada em decorrência da assimetria de gênero e raça, características da sociedade patriarcal e racista, que as coloca na situação de maior subordinação e discriminação, o que potencializa sua condição de pobreza e vulnerabilidade social. Isso posto, “essas mulheres são vítimas de causas históricas que determinam a pobreza como condição derivada do racismo e da desigualdade socioeconômica, caracterizada pela distribuição da riqueza desigual” (Silva, 2013, p. 248). A mesma autora preconiza que as mulheres negras vivenciam várias violações de direitos humanos, que se materializam nas diferentes formas de violência sofrida no seu cotidiano produzidas pelo “braço” armado do estado (a polícia), que são agravadas pelo racismo, pelo preconceito e pela discriminação.

Como enfatiza Kalckmann, et al (2007, p.3) “não há como negar o peso da dimensão étnico/racial nos profundos problemas sociais que assolam o país “. Á guisa disso, a violência obstétrica contra as mulheres negras passa pela necessidade de enfrentar o problema do racismo para torna-lo visível e combatido, considerando que está na pauta de reivindicações do movimento social feminista negro, que vem mobilizando a sociedade para a efetivação da PNSIPN como mecanismo político antirracista no SUS, na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras, que também, possibilite uma assistência ao parto humanizado e sem racismo.

## 4. REDES DE ASSISTÊNCIA MATERNA NO MARANHÃO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.

### 4.1. Assistência à saúde da mulher negra.

A saúde constitui um direito social básico e de cidadania. É assim que a Constituição Brasileira de 1988 assevera ao instituir no Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, 1988).

A partir desse entendimento a saúde passa a ser apreendida como um bem público cuja materialização se realiza por meio de princípios que devem romper com o modelo de atenção hospitalocêntrico centrado no hospital e nas especialidades médicas; biologizante, em que predominam os aspectos biológicos do corpo e da doença e; com a cultura medicalizante, que baseia-se na “desigualdade social e na ausência de políticas públicas voltadas à promoção de condições dignas de vida,[...] naturalizando sofrimentos e impasses intrínsecos às relações e suas dialéticas, por meio de discursos “patologizantes” (Braga et al, 2016, p.10)

Ao romper com esse paradigma de concepção de saúde, a Carta Magna brasileira e, conseqüentemente, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) que cria o SUS, normatizam o conceito ampliado de saúde cuja discussão primeira ocorreu na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Ou seja,

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

Esse conceito atinge todos sem distinção e, nesse sentido, mulheres que em suas lutas cotidianas organizam-se pelo direito à saúde a partir de várias frentes e movimentos, com o objetivo de fazer prevalecer o inciso XIV (Art. 7º do Capítulo II da Lei 8080/1990) que trata da organização de atendimento público específico e

especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, "que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas" (BRASIL, 1990). O inciso possibilitou o fortalecimento PAISM e, conseqüentemente, a criação de políticas, programas e ações nas três esferas de governo para dar resposta a uma das reivindicações das mulheres: a humanização do parto, uma vez que o Ministério da Saúde havia definido como prioridade, nesse momento, a saúde da mulher. Assim, posteriormente, foram instituídos o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), a PNAISM (2004) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), dentre outras que deram seqüência às ações e serviços, como no momento o PNAISM (2013)

Infiro que a institucionalização de programas, políticas e ações foram fundamentais para a discussão sobre as formas de organização dos serviços nas maternidades. Contudo, a título de observação, no conteúdo do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (2000) não há menção explícita sobre a questão da equidade no acesso no que se refere ao quesito cor/raça, conceito ou tema correlato que se aproxime dessa discussão. Em se tratando de um documento formulado 12 (doze) anos após a Constituição Federal de 1988, em que a questão étnico-racial já estava presente e, em seguida, o surgimento do SUS, é de se ressaltar que isso pode indicar uma certa insensibilidade dos formuladores em apresentar estratégias que contemplassem esse tema para as mulheres, sobretudo negras desde sempre as maiores usuárias do SUS. Essa discussão só aparece na PNAISM (2004), por meio da área técnica de saúde da mulher que identifica a necessidade de articulação com outras áreas técnicas para proporem novas ações que contemplassem a "atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (Brasil, 2004a p. 19) e no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2007), no que se refere a "oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas respeitando suas particularidades étnicas e culturais, atentando para especificidades no perfil de morbimortalidade destes segmentos (Brasil, 2004b, p. 11).

Esse processo demonstra, de certo modo, a invisibilidade sobre a temática, e isso pôde ter impactado na realização de projetos e ações nos anos subsequentes, que poderiam contribuir para a sistematização de práticas de prevenção da discriminação racial na atenção obstétrica nas maternidades, logo nos seus

momentos iniciais, por exemplo. Isso posto, considero pertinente avaliar que o temas como o racismo institucional, o qual “coloca pessoas de determinados grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações” (Brasil, 2013, p.7), não foram discutidos nesse âmbito. Logo, essa perspectiva, tendencialmente, reflete na desigualdade racial e social expressas nos dados epidemiológicos evidenciados por meio da diminuição da qualidade e da expectativa de vida da população negra, os quais impactam diretamente no aumento das taxas de morte materna e neonatal e na violência vivenciada de forma mais intensa por grupos socialmente mais vulneráveis, como mulheres negras pobres.

Nesse norte, o conceito de equidade é fundamental, um dos mais importantes no SUS, e presente em distintas políticas públicas. Por conseguinte, distingui-lo do conceito de igualdade é necessário para compreensão sobre a concepção de equidade racial no contexto dos programas, ações e projetos relacionados à implementação de ações voltadas para as mulheres negras no processo do parto.

Equidade e igualdade são valores essenciais para a formulação e implementação de políticas públicas de recorte racial, sobretudo, porque têm relação direta com a promoção da justiça social. Para Azevedo (2013) equidade e igualdade são substantivos que compõem, necessariamente, projetos de sociedade de matizes humanistas. Porém, a autora assevera que o contrário quando projetos societários promovem a iniquidade e a desigualdade, a partir de políticas de correção (distribuição) objetivando a “promoção da justiça social”, grupos e indivíduos têm seus destinos entregues ao jogo do livre mercado, cuja tendência é o crescimento das diferenças sociais e das mazelas características de sociedade capitalista.

Isto posto, o significado da equidade se torna significativo no âmbito da saúde, considerando que mulheres negras são submetidas a violência estrutural e encontram no SUS a porta de entrada para a prevenção e o tratamento dos agravos de saúde em qualquer de suas formas.

A ineficiência do Estado em garantir políticas econômicas e sociais com equidade para a população provoca desigualdade e exclusão social. Nessa perspectiva, a necessidade de incremento de políticas públicas de saúde, educação, assistência social, e outras se torna urgente, pois sem isso a tendência é o aumento das disparidades entre ricos e pobres, baixo crescimento econômico, aumento da

pobreza, desemprego, desestrutura familiar, crescimento das tensões sociais, como exemplos.

Como tal a violência estrutural atinge principalmente sujeitos em condição de desigualdade social, sendo as mulheres negras as mais vulneráveis no contexto da desigualdade racial e social, por meio do racismo, do sexismo e da pobreza que são formas combinadas de opressão, naturalizadas e inevitáveis na vida cotidiana das mulheres negras, como aponta Collins (1990)

Em se tratando de política de saúde, a equidade e violência estrutural são conceitos intrínsecos e, desse modo, diretamente impactam na forma como as pessoas negras acessam o SUS, no que se refere a implementação das políticas públicas, considerando os marcadores cor/raça, pobreza no contexto da violência estrutural, uma vez que estes sujeitos estão no topo da desigualdade social. No Brasil os negros são os 75% entre os mais pobres e 60,9% de mulheres que utilizam o SUS são pretas ou pardas, segundo o informativo *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil*, elaborado pelo IBGE (2019). Nesse norte, é necessário ressaltar que a desigualdade social e, nesse processo incluído as pessoas negras, decorre

Do modo como as pessoas estão organizadas socialmente, em uma estrutura hierarquizada por valores simbólicos e materiais produzida pelas variadas relações sociais e que tem como consequência a repartição não uniforme de todos os tipos de vantagens e desvantagens. As desigualdades sociais são, portanto, resultado de processos sociais, demográficos, econômicos, culturais e políticos desenvolvidos em contextos determinados social e historicamente. (Goes; Nascimento, 2013, p.3).

É mister dizer que as desigualdades sociais afetam diretamente a inserção de pessoas negras nos espaços de poder e as impedem de participar da vida social de forma digna e igualitária, evidente não por vontade própria, mas pelas formas como esses processos são construídos, a partir de uma superioridade imposta por um poder hegemônico via pacto da branquitude<sup>45</sup> que naturaliza o racismo e a subalternização de uma minoria marginalizada.

Desse modo, há necessidade premente por meio do poder público de instituir políticas de equidade racial e, nesse sentido, é fundamental o alargamento dessa

---

<sup>45</sup>Branquitude não diz respeito aos discursos ingênuos que afirmam: "somos todos iguais perante Deus, ou perante as leis" reconhece que "alguns são mais iguais do que os outros" e reverte o processo de se situar no espaço dos mais iguais para reivindicar a igualdade plena e de fato, para todos" (PIZA, 2005, p. 07). Segundo Cardoso (2011, p, 1), a branquitude permanece significando poder. A identidade racial branca é um lugar de privilégios simbólicos, subjetivos e materiais palpáveis que colaboram para reprodução do preconceito racial, discriminação racial "injusta" e o do racismo.

perspectiva no SUS, mesmo considerando os avanços das políticas públicas de ações afirmativas direcionadas à população negra, sobretudo para as mulheres nas últimas duas décadas. Uma das ações seria institucionalização de uma prática antirracista no SUS, em que o reconhecimento das influências do racismo institucional nos processos da saúde e sua relação com vulnerabilidade social tornam-se fundamentais, na medida em que contribuem para a produção do cuidado da população, para redução da disparidade racial e fortalecimento da PNSPN.

A partir das questões levantadas sobre equidade no acesso a saúde e sua relação com a violência estrutural apresento dois pontos nesta pesquisa: a caracterização socioeconômica das mulheres negras e a caracterização dos serviços de obstetrícia das maternidades no Estado do Maranhão, com alusão às maternidades Nossa Senhora da Penha, MACMA e HU-UFMA, com atenção a rede de atenção à gestante construída no Estado do Maranhão.

#### **4.2. Desvelando as condições socioeconômicas e demográficas das mulheres negras: quem são as puérperas?**

Na sociedade brasileira brancos e negros ocupam diferentes espaços sociais, sendo que a população negra apresenta os piores indicadores socioeconômicos, como: menor acesso à saúde e serviços sociais; menor nível de renda e escolaridade; condições mais precárias de habitação e nas piores posições de trabalho. Contudo, esses dados quando interpretados apenas a partir das desigualdades econômicas invisibiliza o racismo que tem relação direta com as condições sociais em que a pessoa nasce, com a sua trajetória familiar e individual (Batista, 2013).

Nesse contexto, refiro, também, a relação entre os aspectos raciais e de gênero que afetam diretamente as mulheres negras, as quais são submetidas a exclusão social e privações econômicas, ou seja, “menores salários, além de maior responsabilidade familiar, menor educação, maior índice de desemprego e maior dificuldade de acesso à saúde” (Silva, 2020, p.17), como demonstra o perfil das mulheres das participantes da pesquisa.

**Quadro 3 – Perfil Socioeconômico e familiar das puérperas**

N.º	NOME	AS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E FAMILIAR DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA
01	<b>Dandara</b> HUUFMA	29 anos, declarou-se parda, 5 filhos, sendo dois nascidos no município de Coroatá, em 2009 e 2010, respectivamente, os outros 3 filhos em São Luís/MA. São 4 filhos de parto normal e 1 cesariana; parto atual no momento da entrevista: normal; estado civil atual solteira, casou-se uma vez; nasceu na zona urbana da cidade de Coroatá/ MA, mas hoje reside em São Luís há 3 anos no bairro da Vila Embratel, em casa de alvenaria, rua com água encanada, mas sem pavimentação. Mora com os seus 5 filhos na casa de uma irmã, totalizando 10 pessoas no domicílio; encontra-se desempregada, porém já trabalhou de carteira assinada na cidade de Goiânia/ GO. Hoje sobrevive comercializando bolo em parceria com a sua irmã. Refere ser evangélica. Tem ensino fundamental incompleto. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$ 813, 56
02	<b>Firmina</b> HUUFMA	22 anos, declarou-se parda; 2 filhos nascido de parto cesariana, sendo o mais velho na Maternidade Maria do Amparo/ São Luís- MA; último filho nascido de cesariana; convive com parceiro íntimo em união estável há 10 meses; nasceu na zona urbana da cidade de Cajapió/MA, mas reside atualmente no bairro da vila Embratel em São Luís/ MA (zona urbana); mora em casa própria de alvenaria, em rua com água encanada e com pavimentação. Em relação à ocupação considera-se do lar. Está no momento desempregada. Religião católica; tem ensino fundamental incompleto. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$ 813, 56
03	<b>Lélia</b> HUUFMA	24 anos, declarou-se preta, 3 filhos nascidos de parto cesariana; convive com parceiro íntimo em união estável há 2 anos; nasceu na zona urbana da cidade de São Luís/MA e reside atualmente no bairro do Sá Viana em São Luís/ MA ( zona urbana); Mora em casa alugada de alvenaria, em rua com água encanada e sem pavimentação. Ocupação: considera-se do lar, porém está desempregada. Religião católica; tem ensino fundamental incompleto. Informa que o parceiro íntimo é responsável pelas despesas domésticas. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$ 813, 56
04	<b>Luiza</b> HUUFMA	30 anos, declarou-se preta, 3 filhos nascidos todos de parto normal; vinculada ao Materno Infantil a partir do posto de saúde Bezerra de Meneses, área do Bairro do São Francisco; convive com parceiro íntimo em união estável há 1 anos; nasceu na zona urbana do município de Serrano/MA ; reside atualmente no bairro do Sá Viana em São Luís/ MA ( zona urbana); Mora condomínio de apartamentos, próprio de alvenaria, em rua com água encanada e com pavimentação. Ocupação empregada doméstica. Religião católica; tem ensino fundamental completo; o parceiro tem ensino fundamental incompleto, autônomo. Informa que ela e o parceiro íntimo são responsáveis pelas despesas domésticas. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$1. 805,91.
05	<b>Lúcia</b> HUUFMA	23 anos, declarou-se parda, 1 filho nascidos de parto cesariana – alto risco; (primeiro filho); convive com parceiro íntimo em união estável há 1 anos; nasceu na zona urbana do município de Bacuri/MA; reside atualmente no bairro do Gapara em São Luís/ MA (zona urbana); Mora em casa própria de alvenaria, em rua com água encanada e com pavimentação. Ocupação funcionária pública, professora. Religião evangélica; tem ensino superior completo (Pedagogia); parceiro ensino médio completo. Informa que ela e o parceiro íntimo são responsáveis pelas despesas domésticas. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$ 3.042,47
06	<b>Esperança</b> HUUFMA	31 anos, declarou-se parda, 5 filhos, sendo 4 nascidos de parto cesariana e 1 nascido de parto normal – alto risco. Último filho de cesariana. Pais dos bebês ausentes, 2 têm o mesmo pai e 3 de companheiros diferentes; solteira; nasceu na zona urbana do município de São Luís/MA; reside atualmente no bairro do Maiobão, em São Luís/ MA (zona urbana); mora em casa própria de alvenaria há 10 anos, em rua com água encanada e com

		pavimentação. Está desempregada, sobrevive de ajuda dos familiares e amigos; religião católica; tem ensino fundamental incompleto. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$ 813, 56
07	<b>Conceição</b> HUUFMA	31 anos, declarou-se preta, solteira; 1 filho nascido de parto normal - alto risco; pai do bebê ausente. Nasceu na zona urbana do município de São Luís/MA; reside atualmente no bairro do Anjo da Guarda em São Luís/ MA (zona urbana); mora em casa própria de alvenaria há 3 meses e 28 dias, em rua com água encanada e com pavimentação. Empregada com registro CLT; não refere religião; tem ensino superior completo, formada em Arquitetura e Urbanismo. Estimativa de Renda Média domiciliar R\$1. 805,91
08	<b>Carolina</b> HUUFMA	34 anos, declarou-se preta, união estável; 5 filhos, 2 nascidos de parto normal, 2 de parto cesariana e 1 de aborto espontâneo. Alto risco no parto decorrente de uma pré-eclâmpsia; pai do bebê presente. Nasceu na cidade de São Paulo/SP e atualmente reside no bairro do Coroadinho em São Luís/ MA (zona urbana); mora em casa própria de alvenaria há 34 anos, em rua com água encanada, mas a rua sem pavimentação. Empregada informal (cozinheira); praticante do catolicismo; tem ensino médio incompleto. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$ 813, 56
09	<b>Tereza</b> MACMA	38 anos, declarou-se parda, casada; 1 filho, nascido de parto cesariana; pai do bebê presente. Nasceu na cidade de São Luís/ MA e atualmente reside no bairro da Cidade Operária em São Luís/ MA (zona urbana); mora em casa de alvenaria alugada há 38 anos, em rua com água encanada, mas a rua é pavimentada. Funcionária pública; Professora, intérprete de libras, Ensino Superior Completo; evangélica. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$ 3.042,47
110	<b>Felipa</b> MACMA	23 anos, declarou-se parda, casada; 1 filho, nascido de parto normal; pai do bebê presente. Nasceu na cidade de São Luís/ MA e atualmente reside no município de São José de Ribamar, na região metropolitana de São Luís/ MA (zona urbana); reside em casa própria de alvenaria há 23 anos, em rua com água encanada e pavimentada. Trabalhadora de empresa formal e trabalha como atendente de farmácia; Ensino Superior incompleto; católica. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$ 3.042,47
111	<b>Marielle</b> MACMA	31 anos, declarou-se preta, união estável; 5 filhos, 2 abortos espontâneos, 3 partos cesarianas; pai do bebê presente. Nasceu e vive atualmente no município de Rosário/MA (zona urbana); mora em casa própria de alvenaria há 31 anos, em rua com água encanada, porém a rua não é pavimentada. Funcionária pública (Professora de Sala especial); praticante do catolicismo; tem ensino superior completo (Pedagoga). Estimativa de Renda Média domiciliar R\$1. 805,91
112	<b>Odília</b> MACMA	31 anos, declarou-se preta, solteira; 2 filhos de parto normal, sendo o mais velho de 11 anos nascido na cidade de Chapadinha; pais filhos ausentes. Nasceu e vive atualmente no município de Chapadinha/MA (zona urbana); mora em casa própria de adobe há 31 anos, em rua com água encanada e pavimentada. Lavradora, desempregada; praticante do catolicismo; tem ensino médio completo. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$813, 56.
113	<b>Maria</b> NOSSA SENHORA DA PENHA	22 anos, declarou-se parda, união estável; 2 filhos de parto normal. Ambos nascidos na Nossa Senhora da Penha; pai dos 2 filhos presentes. Nasceu e vive atualmente no município de São Luís/MA (zona urbana), bairro Vila Nova; mora em casa própria de alvenaria há 22 anos, em rua com água encanada e pavimentada. Desempregada; praticante do catolicismo; tem ensino médio completo. Estimativa de Renda Média domiciliar R\$1. 805,91
114	<b>Sueli</b> NOSSA SENHORA DA PENHA	21 anos, declarou-se parda, união estável; 2 filhos de parto normal, ambos nascidos na Nossa Senhora da Penha; pai dos 2 filhos presentes. Nasceu e vive atualmente no município de São Luís/MA (zona urbana do bairro do Sá Viana); mora há 22 anos, em casa alvenaria, cedida; em rua com água encanada e pavimentada. Ocupação do lar/ dona de casa; praticante do catolicismo; tem ensino médio completo. Parceiro íntimo é técnico em refrigeração, porém desempregado. Sobrevivem de serviço informal e esporádico. Estimativa de Renda Média domiciliar: R\$ 813, 56

115	<b>Nilma MACMA</b>	27 anos, declarou-se preta, união estável; 3 filhos, sendo 1 filho de parto cesariana nascido na maternidade Maria do Amparo e 2 de parto normal nascidos nas maternidades Bendito Leite e MACMA respectivamente; pai do último filho presente, dos outros não contribui com as despesas. Natural e residente no município de São Luís/MA (zona urbana do bairro do Sá Viana) onde mora há 25 anos em casa alvenaria, alugada em rua com água encanada e pavimentada. Ocupação do lar/ dona de casa; evangélica; tem ensino médio completo. Parceiro íntimo trabalha como autônomo. Estimativa de Renda Média domiciliar R\$1. 805,91
-----	------------------------	---

Fonte: Levantamento realizado pela própria pesquisadora (2022)

A partir da análise interseccional, na realidade vivida pelas mulheres negras entrevistadas está presente o entrecruzamento raça, gênero e classe, impregnado de relações de poder, violência estrutural e patriarcado, que promovem desigualdades relacionadas a esses eixos de opressão, fortalecendo o surgimento de outros padrões, como o racismo, o sexismo e a pobreza, os quais entendidos como fatores que contribuem para a produção da subordinação, humilhação e exploração dessas mulheres na sociedade em que vivemos. Apresento a seguir as condições socioeconômicas das puérperas entrevistadas.

Tabela 1 - Característica socioeconômica das puérperas, nº de filhos e por tipo de parto.

<b>IDADE</b>	<b>%</b>
25 A 34	46,66
20 a 24	40%
35 a 44	14,35%
<b>COR/RAÇA</b>	<b>%</b>
Parda	56, 25%
Negra	43, 75%
<b>Nº DE FILHOS</b>	<b>%</b>
1 Filhos	26,66
2 Filhos	26,66
3 Filhos	20,02
5 Filhos	26,66
<b>Nº DE VEZES QUE ENGRAVIDOU</b>	<b>%</b>
1 vez	26,66
2 vezes	26,66
3 vezes	20,02
4 vezes	26,66
<b>TIPO DE GESTAÇÃO</b>	<b>%</b>
Parto normal	53,33%
Cesariana	13,34%
Combinação dos partos ( normal e cesariana)	33,33%
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>%</b>
União estável	53,33

Solteiras	26,67
Casadas	20
<b>TEMPO DE CONVIVÊNCIA COM O PARCEIRO ÍNTIMO</b>	<b>%</b>
2 a 3 anos	33,34
Não convivem	26,67
4 a 5 anos	13,33
Até 1 ano	13,33
Mais de 6 anos	13,33
<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>%</b>
Desempregadas	33,35
Donas de casa	20
Funcionalismo público	20
Empresa formal	13,33
Empregadas domésticas	6,66
Trabalho autônomo	6,66
<b>PRÁTICA RELIGIOSA</b>	<b>%</b>
Católica	66,66
Evangélica	26,68
Nenhuma religião	6,66
<b>GRAU DE INSTRUÇÃO</b>	<b>%</b>
Ensino Fundamental Incompleto	33,34%
Ensino Superior completo	26,68
Ensino médio completo	20
Ensino fundamental completo	6,66
Ensino Superior incompleto	6,66
Ensino médio incompleto	6,66
<b>LOCAL DE NASCIMENTO</b>	<b>%</b>
Zona urbana de São Luís/MA	57,14
Interior do estado do Maranhão ( Zona Urbana)	35,72
Interior do estado do Maranhão ( Zona rural)	7,14
<b>LOCAL DE RESIDÊNCIA ATUAL</b>	<b>%</b>
São Luís/MA	93,34
Interior do estado do Maranhão	6,66
<b>TEMPO QUE RESIDEM NO MESMO LOCAL DE MORADIA</b>	<b>%</b>
Mais de 10 anos	40,02
Menos de 10 anos	59,98
<b>TIPO DE MORADIA</b>	<b>%</b>
Casa de alvenaria	93,34
Adobo	6,66
<b>CONDIÇÃO DE MORADIA</b>	<b>%</b>
Imóvel próprio	60
Alugado	26,67
Cedido	13,33

Fonte: Levantamento realizado pela própria pesquisadora (2022)

As mulheres negras entrevistadas apresentam as seguintes características socioeconômicas e por tipo de parto: em relação à idade, 46, 66% tem 25 a 34 anos;

40% entre 20 e 24 e 14,35% entre 35 e 44 anos, todas em idade fértil<sup>46</sup>. Quanto ao quesito raça/cor da pele: 56, 25% se autodeclararam de cor parda; 43, 75%, de cor preta; Em relação ao número de filhos, das 15 puérperas, 26,66% tem 1 filho, sendo o mesmo quantitativo para as que tem 2 e 5 filhos e 20,02% declaram que têm 3 filhos. Quanto ao número de vezes que engravidou: 26,66% das puérperas informam que engravidaram 1 vez, o mesmo percentual para aquelas que engravidaram 2 e 4 vezes e 20,02% falaram 3 vezes. Em relação aos tipos de gestação, 53,33% delas informam que tiveram filhos de parto normal, 13,34% de parto cesariana e 33,33% a combinação dos dois partos (cesariana e normal) ao longo de suas vidas. No que se refere ao estado civil, 53,33% informam que vivem em união estável; 26,67% são solteiras e 20% casadas; 33,34% delas tem de 2 a 3 anos de tempo de convivência com o parceiro íntimo; 26,67% referem que não convivem com o parceiro e 13,33% convivem de 4 a 5 anos com o parceiro, o mesmo percentual para quem vive 1 ano (13,33%) e mais de 6 anos ( 13,33%).

Quanto à ocupação: 33,35% declaram na entrevista que estão desempregadas; 20% donas de casa; 20% trabalhando no funcionalismo público; 13,33% trabalhadoras de empresa formal; 6,66% empregadas domésticas e 6,66% desenvolvem trabalho autônomo. Quanto à prática religiosa: 66,66% das mulheres dizem que pertencem à religião católica; 26,68% são evangélicas e 6,66% informam que não praticam nenhuma religião.

No que se refere ao grau de instrução, 33,34% têm ensino fundamental incompleto; 26, 68% ensino superior completo; 20% ensino médio completo; 6,66% informam ter ensino fundamental completo; 6,66% ensino superior incompleto e 6,66% ensino médio incompleto. Considerando o número de puérperas que não terminaram o ensino fundamental e o ensino médio têm-se 46, 65%.

Destaco nesta análise, porém sem desconsiderar outras iniquidades, a falta ou a insuficiência do nível de instrução, que combinadas com outras iniquidades sociais permitem que parte das mulheres negras tenham dificuldades em encontrar emprego, historicamente.

No Brasil, a presença de negros em processos de instrução durante todos os

---

<sup>46</sup> Segundo a definição internacional, é a mulher entre 15 e 49 anos de idade. No Brasil, considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 a 49 anos. A definição brasileira de idade fértil teve como base a experiência dos comitês de morte materna, as estatísticas de registros vitais e de procedimentos médicos realizados, que revelam a ocorrência de gravidez em mulheres com menos de 15 anos (Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 2009, p. 15)

anos do século XIX ocorre para assegurar a permanência do estrutura social ou status quo pós abolição da escravatura e não com uma possibilidade de ascensão econômica dessas pessoas. A estratégia da elite era impor ações disciplinadoras por meio da educação formal que permitisse colocá-los na condição de indispensáveis para o trabalho. Logo as práticas educativas não visavam a transformação social desses sujeitos, mas a manutenção da sua condição de subalternidade. Assim, deveriam permanecer como, “uma parcela de mão-de-obra do estrato mais baixo do processo produtivo e ter suas manifestações controladas ou minimizadas pelo poder econômico da época”. (Fonseca, 2002 p. 142). Não obstante, é possível inferir, que esse processo sócio-histórico da inserção dos negos/negras na educação brasileira reflete até os dias atuais, porque vivemos ainda sob essas referências que explicam, ainda, as dificuldades de a população negra alcançar patamares mais altos na educação.

Na atualidade, ainda que o acesso da população negra a educação tenha crescido nas últimas décadas, considerando a implementação de políticas de cotas e de ações afirmativas, dados do IBGE (2019) revelam que existem diferenças raciais nos índices de educação no Brasil, ou seja, pretos e pardos apresentam em média 8,6% de anos de estudo comparado com a população branca que tem percentual de 10,4% .

O estudo *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil* (IBGE, 2021) confirma que, apesar das melhorias pontuais na desigualdade racial no país, ainda persiste o abismo de oportunidades, renda e instrução e a população negra ainda tem os piores índices de moradia e violência no país, o que pode ser percebido entre as mulheres negras, as quais pertencentes às classes mais baixas e menor nível de escolaridade, são os principais sujeitos que sofrem violência em seu diferentes tipos e formas, inclusive no parto como apresentado nas estatísticas

Desse modo, há uma correlação entre raça, classe e o nível de escolaridade, demarcando que esta situação mantém os privilégios e a estrutura de discriminação racial desenvolvida durante o modo de produção escravista no Brasil (Fernandes, 1989).

Em relação ao local de nascimento: 57,14% nasceram na zona urbana de São Luís/MA; 35,72% no interior do estado do Maranhão, porém na zona urbana das cidades; 7,14% na zona rural e 7,14% nasceram em outro estado; 93,34% das mulheres revelam que residem atualmente em São Luís/MA e 6,66% no interior do

Estado do Maranhão; das 15 entrevistadas, 40,02% residem a mais de 10 anos no mesmo local de moradia, sendo que 100% delas moram em imóvel casa e em bairros da região metropolitana de São Luís/MA: Vila Maranhão, Vila Nova, Coroadinho, Cidade Olímpica, Cidade Operária, Vila Embratel, São Francisco; Gapara, Sá Viana, Anjo da Guarda e Municípios de São José de Ribamar/MA, Rosário/MA e Município de Paço do Lumiar/MA (Maiobão) e uma no Município de Chapadinha, interior do estado. Em relação ao tipo de moradia: 93,34% residem em casas do tipo alvenaria e 6,66% a construção da casa é de material adobo. Em relação à condição de moradia, 60% informaram que o imóvel é próprio; 26,67% alugado e 13,33% em imóvel cedido.

O que se tem em comum é que as mulheres residem em bairros da periferia e região metropolitana de São Luís/MA, com exceção de Odília que mora no Município de Chapadinha, interior do estado do Maranhão. Residem em casas tipo alvenaria e são pobres. A maior concentração de local de moradia das puérperas é na área Itaqui Bacanga<sup>47</sup>, uma região populosa e considerada pobre, com “Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,696, conforme Atlas de Desenvolvimento Humano, 2010” (SÃO LUÍS/SEPLAN, 2021). Essa área é fruto do crescimento desordenado da cidade de São Luís “onde cresce a população pobre, seja por loteamentos ou apropriações indevidas, e onde se radicaliza a maior parte dos imigrantes do interior do Maranhão, atraída por expectativa de melhores condições vida” (Vasconcelos; Petrus, 2017, p.13). Residem nessa área 9 mulheres: Dandara, Firmina, Lélia, Luiza, Lúcia, Conceição, Maria, Sueli e Nilma, sendo 4 (quatro) delas provenientes do interior do estado do Maranhão: Dandara, Firmina, Luiza, Lúcia, nascidas nos municípios de Coroatá, Cajapió Cerrano e Bacuri, respectivamente

Chama a atenção a situação de Dandara e Esperança. São mulheres que têm 5 filhos, sendo que Dandara casou-se apenas uma vez, hoje encontra-se, solteira, desempregada, com os pais dos filhos ausentes e vivendo em uma família extensa, com 10 pessoas, entre os quais sobrinhos e uma irmã, também desempregada. Ademais, não concluiu o ensino fundamental. Do mesmo modo, Esperança que tem 5 filhos, solteira, desempregada, ensino fundamental incompleto e sobrevivendo

---

<sup>47</sup>É uma região situada na periferia da capital maranhense, localizada na parte oeste da capital maranhense e de grande densidade demográfica, sendo um polo de desenvolvimento econômico para a região norte e nordeste, com a instalação do grandes o Porto exportador do Itaqui, Ferrovia Carajás e Vale (São Luís, 2014).

economicamente de ajuda de familiares. Na última gestação, relata que o pai de seu filho foi visitá-la, porém recusou a criança, não assumindo sua responsabilidade. Na visita à criança na maternidade ficou alguns minutos e ausentou-se do quarto sem dar qualquer declaração e não retornou mais. Os companheiros dessas duas mulheres não assumiram a paternidade. A estimativa de renda média familiar de ambas é de menos de 1 (hum) salário-mínimo.

Estas duas mulheres expressaram em suas falas as dimensões de gênero, raça e classe como mecanismo de opressão, permeadas por uma violência naturalizada em suas vidas. Na perspectiva de gênero, essa lógica alicerça-se no “patriarcado que deve então a sua força a um código moral que fixa os lugares do homem e da mulher na família e, por consequência, em toda a sociedade” (BEZERRA, 2018, p.38). No caso das duas, seus relatos revelaram que os filhos não tiveram a presença de uma paternidade ativa, ou seja, os pais não assumiram verdadeiramente a paternidade - apenas para ilustrar algo que se direciona aos homens na sociedade patriarcal-, no sentido de prover o sustento financeiro, participação na vida diária, portanto, não construíram vínculos afetivos com os filhos e, com isso, essas mulheres são submetidas à função de mantenedoras do núcleo familiar e sozinhas.

Nessas mulheres ocorre a violência de gênero, a exemplo a violência psicológica que se fez presente na situação específica de abandono paterno, especialmente na fala de Esperança, quando relatou que o companheiro visitou o filho apenas uma vez na maternidade. Isso posto, considerando o conceito de maternagem<sup>48</sup>, que não é exclusivo da mãe, a relação entre mãe e filho/a torna-se complexa porque o ato de cuidar e o processo de construção de vínculos fragilizam-se pelas dificuldades apresentadas no cotidiano dessas mulheres que precisam também de atenção e cuidado. Além disso, compreender que a maternidade é uma

---

<sup>48</sup>Sob a explicação do conceito de maternagem é significativo apresentar o sentido da palavra maternidade. Scavone (2021) refere que a maternidade é um fenômeno social marcado pelas desigualdades sociais, raciais/étnicas, e pela questão de gênero e que essa experiência não atinge da mesma forma todas as mulheres, sofrem mudanças e implicações sociais de acordo com cada país e sua cultura, mesmo existindo um modelo de maternidade hegemônico nas sociedades ocidentais contemporânea; diz respeito ao poder biológico e aos significados institucionais, simbólicos e culturais da maternidade (Mendonça, 2021). A maternagem configura-se na sociedade como um ato que extrapola esse sentido relacional único mulher/mãe/bebê no sentido restrito, que se configura a partir da lógica ocidental e patriarcal. Esse ato pode ser realizado por outros sujeitos além da mãe, posto que está ocorrendo na sociedade contemporânea uma transição no modo como a maternidade é compreendida, uma vez que as mulheres não são mais a única que têm a capacidade de realizar os cuidados maternos, o que rompe com o determinismo biológico e “o mito do amor materno” (Badinter, 1985) imposto a elas.

construção social, individual e cultural; e mulheres na contemporaneidade realizam o cuidado com os filhos, com o surgimento de outras necessidades relacionadas à própria sobrevivência de sua família a partir da busca da inserção no mercado de trabalho, marcado por profundas desigualdades sociais, raciais e sexuais.

Ademais, as marcas do racismo estrutural estão presentes, ou pela falta ou insuficiência de ensino ou na fragilidade na rede de apoio familiar e social, que as impede de trabalhar, como relata Dandara. “Quando unimos a questão racial e a de gênero, constamos uma discriminação reiterada, por uma dupla jornada de preconceito” (Nunes; Nogueira, 2021. p.817). A vista disso, são fortemente marcadas pela desigualdade social, residem em locais socioeconomicamente desfavoráveis, que requer investimento em equipamentos públicos que possibilitem acesso a serviços de qualidade.

Como tal, a classe social, o gênero e a cor /raça permanecem como fatores determinantes para uma melhor ou pior inserção das mulheres negras no mercado de trabalho, no ensino superior, na escola e nas instituições de saúde. Como assevera Sueli Carneiro,

As mulheres negras sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, “estão sujeitas as múltiplas formas de discriminação social (...), em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida”. (Carneiro, 2002, p.210)

Nesse sentido, é importante que os espaços sócio-ocupacionais, aqui as maternidades, reconheçam as diferenças nas condições de vida e saúde das mulheres negras no plano estrutural, oferecendo atenção individual/singular que atentem para questões relacionadas às necessidades dessas mulheres que, nos casos específicos supracitados, não segue um padrão comumente esperado pela equipe de saúde, que geralmente visualiza situações desse tipo sem conseguir analisá-las a partir das relações de classe, gênero e raciais, na medida do (re)conhecimento das demandas desses grupos específicos e, por conseguinte, compreender os impacto dos determinantes sociais da saúde nessa população. Como pontua Jussara Santos (2020)

Pensar as desigualdades no âmbito estrutural, isto é, sócio-histórico, significa pensá-las a partir das formas de conceber, gestar, parir e nascer das pessoas negras. Esses fatores não podem ficar fora das análises sobre o corpo

feminino negro e sua dinâmica na assistência à saúde com destaque para o período gravídico puerperal (Assis, 2020, p. 163)

Conforme o documento do Ministério da Saúde (2005), intitulado *Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*:

Os dados socioeconômicos disponíveis já indicam que a maioria das negras se encontra abaixo da linha da pobreza, exibindo a seguinte situação: a taxa de analfabetismo é o dobro das brancas; são majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos (Brasil, 2005, p. 7)

Silva et al (2020) preconizam que grande parte da população negra ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho, reside em locais com ausência ou insuficiência de serviços de infraestrutura básica; tem acesso restrito aos serviços de saúde e estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade, além de apresentarem vulnerabilidade epidemiológica e sociais, muito em decorrência do estigma racial.

A perspectiva interseccional revela a realidade vivida pelas mulheres negras entrevistadas, sendo que não é possível percebê-la apenas sob o ponto de vista das relações de gênero, mas incluir outras opressões (raça e classe) os quais moldam seus modos de ser na sociedade patriarcal. Essas opressões não são hierarquizadas, mas entendidas para desnaturalizar a estrutura de dominação, humilhação e exploração que envolve a vida cotidiana das mulheres negras, como as distintas violências e a desigualdade no âmbito do trabalho, por exemplo. Beatriz Nascimento escreveu o artigo *A mulher negra no mercado de trabalho (1976)* e como tal, ainda que em outra conjuntura política e econômica do Brasil, é pertinente para análise das condições da mulher negra na atualidade. Assim, disse

A mulher negra, elemento no qual se cristaliza a estrutura de dominação, como negra e como mulher, se vê, desse modo, ocupando os espaços e os papéis que lhe foram atribuídos desde a escravidão, “a herança escravocrata” sofre uma continuidade no que diz respeito à mulher negra. Seu papel como trabalhadora, grosso modo, não muda muito. As sobrevivências patriarcais na sociedade brasileira fazem com que ela seja recrutada e assume empregos domésticos, em menor grau na indústria de transformação, nas áreas urbanas e que permaneça como trabalhadoras rurais[...] se a mulher negra hoje permanece ocupando empregos similares aos que ocupava na sociedade colonial, é tanto devido ao fato de ser uma mulher negra, como por terem sido escravos seus antepassados” (Nascimento, 1976, s/p)

A vida da negra é atravessada pela questão econômica e pelo racismo/sexismo. As vidas de Dandara e Esperança, por exemplo, são conduzidas sob a interpretação e interação desses eixos de subordinação que só podem ser apreendidos se analisados conjuntamente, pois são manifestados pelos problemas expressos por elas e, ainda, agravados pela violência obstétrica que sofrem. Assim, evitar o silenciamento das demandas de muitas mulheres negras é primordial, sendo necessário “descolonizar o pensamento” (QUIJANO, 2005) e tratar questões dessa magnitude sob a ótica dos direitos humanos, bem como identificar as determinações sociais articuladas aos diversos tipos de opressão para compreender as formas de violência perpetradas em mulheres negras.

#### **4.3. Rede de assistência às gestantes no Maranhão e acesso aos serviços de atenção pré-natal pelas mulheres negras.**

A garantia do acesso universal e equitativo à saúde está diretamente associada às formas como se dá a utilização dos serviços pelas mulheres. Os problemas estruturais que dificultam o acesso, muitas vezes, são em decorrência de múltiplos fatores, os quais devem ser analisados a partir de desenhos de gestão implementados, que geralmente não estão alinhados às normativas estabelecidas pelo SUS, pois seguem uma lógica alicerçada em modelos privatistas.

Nesse contexto, considerando o acesso das mulheres negras no SUS, os processos de trabalho instituídos pelas equipes, a luz de modelos de gestão sob a lógica privatista inviabilizam a efetivação das políticas para estas mulheres, posto que o planejamento das ações e projetos institucionais, quando instituídos, deixam de tratar de eixos de discussão que são fundamentais, como o racismo e as relações de gênero, o que fragiliza pensar de forma organizada sobre estratégica e projetos que contemplem questões relacionadas a violência contra a mulher sistematicamente e, como tal, pensar o funcionamento da rede de atenção à saúde como uma ferramenta de articulação nas três esferas de governo de modo a efetivar o modelo preconizado pelo SUS.

No processo de implantação e gestão dos serviços de saúde, de forma eficiente e eficaz, as Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>49</sup> são componentes

---

<sup>49</sup>Conforme Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, redes “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por

estratégicos de aprimoramento das ações da atenção básica até a alta complexidade que tendem a melhorar os resultados sanitários e a satisfação dos/as usuários/as. No Brasil, a implantação das RAS tem acontecido no formato de redes temáticas<sup>50</sup> que devem ser organizadas a partir das necessidades populacionais e do enfrentamento de agravos e doenças que acometem os indivíduos. (BRASIL, 2023; MENDES, 2011).

O Planejamento Regional Integrado (PRI) para o Maranhão 2017 a 2022 (Rodrigues, 2022) apresenta 5 (cinco) RAS, as quais: Redes de Atenção às Urgências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção Materno Infantil e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Rodrigues, 2022). Trato a seguir da Rede Cegonha e da Rede de Atenção Materno Infantil, com atenção a Linha de Cuidado da Gestante no Estado do Maranhão que

Tem como finalidade a organização da rede materno infantil no que se refere às ações do pré-natal, parto, nascimento e puerpério, e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial nos dois primeiros anos de vida, com vistas à atenção humanizada, eficiente e conseqüentemente a redução da morbimortalidade materna e infantil (Rodrigues, 2022, p. 109)

Considerando as ações voltadas para assegurar a atenção qualificada e pautada nos direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal o estudo, *Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha (2021)* construído pelo Departamento de Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca vinculada à Fiocruz em todo o Brasil, ocorre na perspectiva de avaliar de forma periódica os cinco componentes da Estratégia Rede Cegonha, os quais: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Foram realizados dois ciclos avaliativos; o primeiro em 2013-2015 e o segundo em 2016-2017. No primeiro ciclo avaliativo, 2014-2015, três diretrizes e seus respectivos dispositivos foram avaliadas quanto ao grau de implantação: (1)

---

meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”(Brasil, 2017c)

<sup>50</sup>No Brasil após a pactuação entre o governo federal, estadual e municipal por meio da CIT (Comissão Intergestora Tripartite) em 2011, foram priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha; Rede de Atenção Gestante e de Atenção à Criança e Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas. (Brasil,2023)

acolhimento e classificação de risco em obstetrícia; (2) acompanhante de livre escolha e tempo integral; e (3) contato pele a pele entre mãe e recém-nascido (RN). No segundo ciclo avaliativo, 2016-2017, houve ampliação das diretrizes e de maternidades a serem avaliadas, contemplando cinco diretrizes: (1) acolhimento em obstetrícia; (2) boas práticas na atenção ao parto e nascimento; (3) monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal; (4) gestão participativa e compartilhada; e (5) ambiência [...] De 250 maternidades avaliadas no primeiro ciclo passou-se a 606 maternidades e 20 serviços de retaguarda para internação de RN em UTI neonatal, no segundo ciclo.[...] A escolha dessas instituições se deu por suas experiências anteriores em processos avaliativos no SUS: Nascer no Brasil e Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica-PMAQ/ AB, respectivamente. Foram incluídos os hospitais públicos e mistos (privados conveniados ao SUS). Entrevistados 2.504 gestores, 5.132 profissionais de saúde e 10.665 puérperas distribuídas nos 606 estabelecimentos (Leal et al, 2021)

O objetivo foi analisar se nos estados brasileiros os serviços destinados à atenção ao parto e o nascimento estão sendo implementados de forma qualificada. Surge, também, da necessidade de rediscutir o desenho regional da Rede Cegonha, especialmente àquele implementado nas unidades de saúde hospitalares que aderiram a esta iniciativa e que concentram atenção no cuidado da mulher e de sua família. Ademais, as ações da Rede Cegonha visam atender as reivindicações do movimento de mulheres no que se refere à prevenção da violência obstétrica, a partir de um conjunto de iniciativas que envolvam gestores, modificações de práticas profissionais e institucionais. (LEAL et al, 2021).

Assim, a pesquisa do período 2016/2017 concluiu que:

Um quarto das maternidades do Brasil foram classificadas como não adequadas, sendo o maior percentual observado na região Norte, seguida do Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul. Em relação ao desempenho segundo as cinco diretrizes da Rede Cegonha os dados demonstraram que até 30% das maternidades classificadas como não adequadas, percentual que se elevou para 61,6% na avaliação da ambiência [...] verificou-se alto percentual de maternidades com grau de implantação não adequado para as intervenções desnecessárias (Bittencourt et al, 2021, p. 11)

De fato, a pesquisa refere que os problemas identificados devem ser enfrentados pelos gestores públicos. Os dados demonstram como as mulheres são submetidas a violência obstétrica e isso é evidenciado, precisamente, quando são

apresentados os percentuais sobre intervenções desnecessárias<sup>51</sup>. É possível inferir que esses dados dizem respeito às mulheres negras, isso porque, são as que mais utilizam a rede SUS, assim demonstrado por Diniz, et al (2016) ao afirmarem, em outra pesquisa, que 80,3% das mulheres negras afirmam utilizar majoritariamente o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Plano Estadual de Saúde do Estado do Maranhão - PES (2021) mostra que a região de São Luís vem apresentando redução da RMM significativa a partir de 2016 (88,3/100,000Nascidos Vivos) alcançando em 2018 a ocorrência de 45 óbitos maternos para cada 100,000Nascidos Vivos, e que considera que tem surtido efeito significativo as ações desenvolvidas para redução da mortalidade materna nas duas maternidades de Alta Complexidade e de referência para todo o Estado (Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão – MAGMA - e Benedito Leite) (MARANHÃO, 2020, p. 59-60). Ademais de acordo com o PES (2020 a 2023) a estimativa da Razão de Mortalidade Materna (RMM) depende da cobertura dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-SINASC) em todo o Estado, além dos óbitos de mulher em idade fértil (MIF) e daqueles com causas mal definidas e causas presumíveis de serem maternas, uma vez que eles podem mascarar óbitos maternos, sendo que a cobertura dessas informações não atinge 100% no Estado (Maranhão, 2020)

Porém, mesmo com os avanços na redução da mortalidade materna entre os anos de 2010 e 2019, ou seja de 123,45 para 65,20 mortes por 100 mil nascidos vivos no estado do Maranhão, há um reconhecimento por parte da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA) que ainda é preciso avançar na relação existente entre os determinantes sociais e o contexto social das mulheres negras atendidas nas maternidades, os quais interferem no desenvolvimento da gravidez, do parto e da saúde desse público, considerando que se deve ter uma abordagem mais ampla na assistência ao pré-natal, que envolva relações de gênero articuladas com outras dimensões, como raça/etnia, geração, classe social, sexualidade e orientação sexual, conforme Maranhão ( 2021. p. 29).

---

<sup>51</sup> Posição de litotomia (86,3%) e manobra de Kristeller (18,5%), por exemplo e que as mulheres brasileiras ainda estão parindo, na sua maioria, deitadas, submetidas a episiotomia (BITTENCOURT et al, 2021). Segundo Fiocruz (2023) o surgimento dessa posição atribui-se a François Mauriceau, médico francês do século XVII, a maior influência do parto vertical para a posição semi-inclinada e manobra de Kristeller que consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação

Esse entendimento deve ser incluído nas ações profissionais, na medida em que as questões da violência contra a mulher negra não são só oriundas de causas externas a unidade de saúde e/ou resumidas ao preenchimento e encaminhamento das fichas de notificação da violência, mas são também decorrentes da má prática da equipe de saúde configuradas no âmbito da violência institucional, da falta de estrutura necessária e de um modelo de gestão eficiente. Logo, é preciso avançar sobre essa questão, uma vez que a PES aponta que ainda existe deficiência de registro completo e adequado de morte materna, mesmo diante da ampliação da cobertura dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) em todo o Estado. Isso mascara, de fato, os motivos das causas de mortes maternas e traz uma certa insegurança na análise dos dados, principalmente considerando a violência obstétrica, sobretudo sofrida por mulheres negras.

Embora os princípios da “universalidade, da integralidade e da equidade”<sup>52</sup> (SUS, 1990) sejam fundamentais, vê-se que o acesso ao SUS se tornou um problema social, pela falta de recursos orçamentários e/ou pela operacionalização das ações e serviços, impactado por modelos de gestão de concepção privatista, que incidem diretamente na formulação, implementação e organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Um parêntese para falar sobre a concepção privatista no SUS. Em 2020 foi publicado o Decreto nº 10.530 que dispunha sobre a qualificação da política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos (PPI) da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada (BRASIL, 2020). Esse Decreto foi revogado poucos dias depois devido a polêmica que causou nos estudiosos e nas entidades representativas em saúde, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), porque representaria o aprofundamento da privatização do SUS.

As unidades básicas de saúde passariam a fazer parte do PPI, então o setor privado ia poder investir, seja para construir unidades, seja para poder modernizá-las, reformá-las. E além de participar dessa construção o setor

---

<sup>52</sup> Conforme o Art. 7º da Lei 8.080 no que se refere aos princípios da Universalidade, Integralidade e equidade nessa ordem: “ I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

privado poderia atuar também na operação das unidades. É um mecanismo muito sério de privatização. A terceirização da gestão via OS já era muito complicada, sem nenhuma transparência. E sem transparência não tem possibilidade de monitoramento e avaliação, o que inviabiliza o controle (David, 2020)

Ainda que sob ataque do setor empresarial da saúde, o SUS na sua essência vem sobrevivendo ao sistema privatista e ao modelo econômico de saúde proposto por governos neoliberais, mesmo diante dos modelos de gestão institucionalizados como as Organizações Sociais (OSs) instituídas nesse âmbito para gerenciar as unidades de saúde e, não obstante, o Maranhão, um dos estados mais pobres da federação, também sofre com esse ataque.

No Maranhão, como parte do processo de fortalecimento da RMI/MA, segundo o discurso oficial, foi lançado em 2021 o *Manual de Assistência ao Pré-natal no Maranhão: modelo de estratificação de risco e a linha de cuidado da gestante*<sup>53</sup> para todo o estado em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Esse documento objetiva fortalecer a organização e a estruturação da Atenção Primária nos municípios para garantirem a assistência pré-natal, bem como orientá-los quanto a efetivação da linha de cuidado materno-perinatal por meio do modelo de estratificação do cuidado interligado aos diferentes níveis de complexidade (Maranhão, 2021).

A assistência ao pré-natal é uma estratégia necessária para a redução e prevenção da morbimortalidade materna e possibilita a atenção às gestantes, puérperas e crianças com qualidade. Faz parte de um modelo de atenção com foco na assistência humanizada, em que a ampliação do acesso e a vinculação da gestante à unidade de saúde de referência, dentre outros aspectos como o direito ao acompanhante e outros procedimentos necessários ao atendimento às mulheres, são fundamentais no processo do cuidado, além de contribuir na orientação e no planejamento das ações, a partir dos indicadores de mortalidade materna e infantil. Essa ação tem o intuito de atender o 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU) para eliminação das mortes evitáveis (SANTA CATARINA, 2019; MARANHÃO, 2021). Esse processo alinha-se a

---

<sup>53</sup>A Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais: descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial (Brasil, 2022)

necessidade de aplicação do indicador Escore de Bologna nas maternidades<sup>54</sup> proposto pela Organização Mundial da Saúde, no ano 2000 - na medida em que pauta-se na concepção de que o parto é um evento fisiológico do corpo feminino - sendo a primeira tentativa concreta de se quantificar e avaliar a qualidade de assistência ao parto normal e nascimento em todo o mundo, podendo, desse modo, subsidiar estudos sobre a violência obstétrica. Tal indicador tem como objetivo “padronizar a condução do trabalho de parto em todo o mundo com uso de tecnologia de forma adequada e avaliar as condutas e práticas nos serviços de obstetria de acordo as evidências científicas” (Oliveira et al, 2015. p 179)

O *Manual de Assistência ao Pré-natal no Maranhão* (2021, p. 31-35) traça um modelo de estratificação de risco da gestante considerando a estruturação da rede de assistência pré-natal no Maranhão para o Pré-Natal de Risco Habitual (PNRH - Porta de entrada preferencial da gestante na rede assistencial de saúde); Pré-Natal Especializado (PNE -etapa de complexidade intermediária na assistência pré-natal;) e Pré-Natal de Alto Risco (PNAR - maior nível de complexidade na assistência pré-natal). Em relação aos eixos o manual está organizado da seguinte forma: eixo 1: gestão de políticas de saúde de apoio ao cuidado da mulher e família; eixo 2: gestão de recursos humanos; eixo 3: gestão de estrutura, e eixo 4: gestão de normatizações, rotinas e protocolos. Esses eixos orientam o processo de construção da linha de cuidado da gestante no estado, que deve ser implementada, a partir de um modelo de organização direcionado a cobertura de serviços pré-natais.

Sobre o fortalecimento do acesso gratuito e universal para as mulheres explícito na linha de cuidado, as falas de Felipa e Tereza são importantes para demarcar que, ainda persistem problemas em relação ao acesso das gestantes aos serviços considerados essenciais no pré-natal nas maternidades, como a realização

---

<sup>54</sup>O Escore de Bologna é constituído por cinco medidas: 1) Presença de acompanhante durante o parto; 2) Presença de partograma; 3) Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino, episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórcepe e/ou vácuo extrator); 4) Parto em posição não supina; 5) Contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento). Para cada medida é atribuída uma pontuação: “1”, se presente, e “0”, se ausente. Como resultado, tem-se a somatória das pontuações de todas as medidas. A pontuação máxima “5” corresponde à efetiva condução do parto, e a pontuação “0” corresponde a um parto mal conduzido. Pontuações entre esses limites correspondem às variações da qualidade de assistência (Oliveira et al, 2015, p.178)

de consultas em tempo hábil e dentro do padrão de atendimento considerado adequado.

*Quanto ao pré-natal, eu achei diferente do posto de saúde onde eu me sentia mais acolhida; a médica tinha um rigor comigo, mas também com outros pacientes; tinha mais cuidado e consciência do tratamento dos pacientes. Ela tinha um vínculo comigo. Aqui as consultas demoram muito e como eu estava em tratamento de gravidez de risco, uma consulta foi adiada para 2 meses e isso me preocupou (Felipa/MACMA)*

*É, no primeiro momento assim, eu achei um pouco as informações meio desencontradas, porque não fui informada que deveria ter que marcar a consulta com o obstetra, isso depois da primeira consulta. Nesse caso, só fui saber dessa informação quando me consultei com o fisioterapeuta e procurei me informar; quando eu fui marcar demorou ter o acesso ao obstetra, por conta que eu não sabia desse detalhe não ficou claro. Acho que houve uma falha” (Tereza, MACMA).*

O Ministério da Saúde recomenda no mínimo 6 consultas de pré-natal durante toda a gravidez. O intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíofetais (Brasil, 2000; Brasil, 2021). A OMS informa que o calendário básico do pré-natal recomendado deve ser composto com um número mínimo de oito consultas, com objetivo de reduzir a mortalidade perinatal (WHO, 2016).

O estudo *Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020* (Campos et al, 2022) refere que as mulheres negras têm menos acesso ao pré-natal e maiores índices de mortalidade materna. Aponta ainda, que no primeiro ano da pandemia os índices foram piores entre as mulheres negras, ou seja, o número de gestantes que realizaram o pré-natal de forma adequada caiu 1,44% entre mulheres negras, enquanto a queda foi de 0,54% entre mulheres brancas.

Há desigualdades na atenção oferecida às mulheres negras desde o acompanhamento pré-natal até o momento do parto, nos cuidados pós-parto e nas vivências de cuidados maternos, sendo um dos principais riscos a falta de atendimento adequado pelos/as profissionais das unidades de saúde, principalmente de médicos

obstetras e em relação a permanência nas consultas com até 3 (três) vezes menos tempo durante os atendimentos de pré-natal (Lansky, 2014).

Apreendo que a elaboração de manuais, portarias, dentre outros instrumentos normativos são fundamentais para a (re)organização dos serviços de saúde. Entretanto, esses instrumentos devem ser materializados nas maternidades, por meio da dimensão técnico-operativa que indica que a eficiência técnica é imprescindível para a atuação profissional e, pedagógica que possibilita que trabalhadores/as e gestores/as modifiquem suas práticas assistenciais e gerenciais no cotidiano da unidade, continuamente. De certo que essa mudança de cultura deve estar alinhada a padrões éticos e ao entendimento sobre a garantia dos direitos humanos como conceito inerente à dignidade humana e como norteador para a vida das mulheres negras.

É mister colocar que o acesso aos serviços de saúde não deve ser focalizado e excludente, mas considerar características socioeconômicas das usuárias e a territorialização como fator primordial na organização da rede de serviços e das práticas de saúde realizadas nos municípios, que alinhadas a Constituição Federal de 1988, preveem que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada.

Sobre isso uma das puérperas (**Odília/MACMA**) refere que nas suas duas gestações, ocorridas nos anos de 2012 e 2022, o acesso ao pré-natal no município de Chapadinha (Maranhão) não foi adequado. Em relação ao primeiro filho fez todo o pré-natal numa clínica particular, devido às dificuldades para ter acesso às consultas no hospital, posto que no ano 2012 não tinha maternidade. Após 10 anos, mesmo com a construção de uma maternidade no município, não conseguiu ter acesso adequado ao médico.

*Fui para a maternidade em Chapadinha – pois já tem uma maternidade básica -; falei com o médico, tive sorte, pois tem dia que eles estão muito estressados e quando estão assim descontam nas pessoas, nesse dia peguei ele numa “veia boa”; contei o meu caso e me aconselhou a bater uma transvaginal; fiz particular, porque o exame não faz pelo SUS e, nesse dia, descobri que estava grávida. Passou uns dias tive um sangramento forte, voltei ao médico que me falou para vir para São Luís, pois estava com hemorragia, acionaram a ambulância e quando eu cheguei na MACMA foi às 2:00hs da madrugada*  
**(Odília/MACMA)**

A fala de Odília em destaque corrobora com a afirmação de que a maioria das negras “têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica – seja no pré-natal, parto ou puerpério; e maior

risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças” (BRASIL, 2005, p. 7). A implementação de serviços e ações de saúde, atrelada a um modelo de gestão que vise o acesso universal e equânime da população é urgente nos municípios. Essa realidade demonstra a necessidade de reestruturar, de fato, a Rede de Atenção materno infantil em todos os municípios maranhenses na perspectiva de reduzir os indicadores de morbimortalidade especialmente em mulheres e crianças e melhorar o acesso com atenção e acolhimento.

Assis e Jesus (2012) referem que

Se considerar a possibilidade do atendimento à saúde ser dividida em fases, o acesso aos serviços seria considerado a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para resolução de problemas, ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde, envolvendo algumas questões, tais como: disponibilidade ou não do serviço, a distância, e quais práticas estão sendo ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar serviço (Assis; Jesus. 2012, p.04).

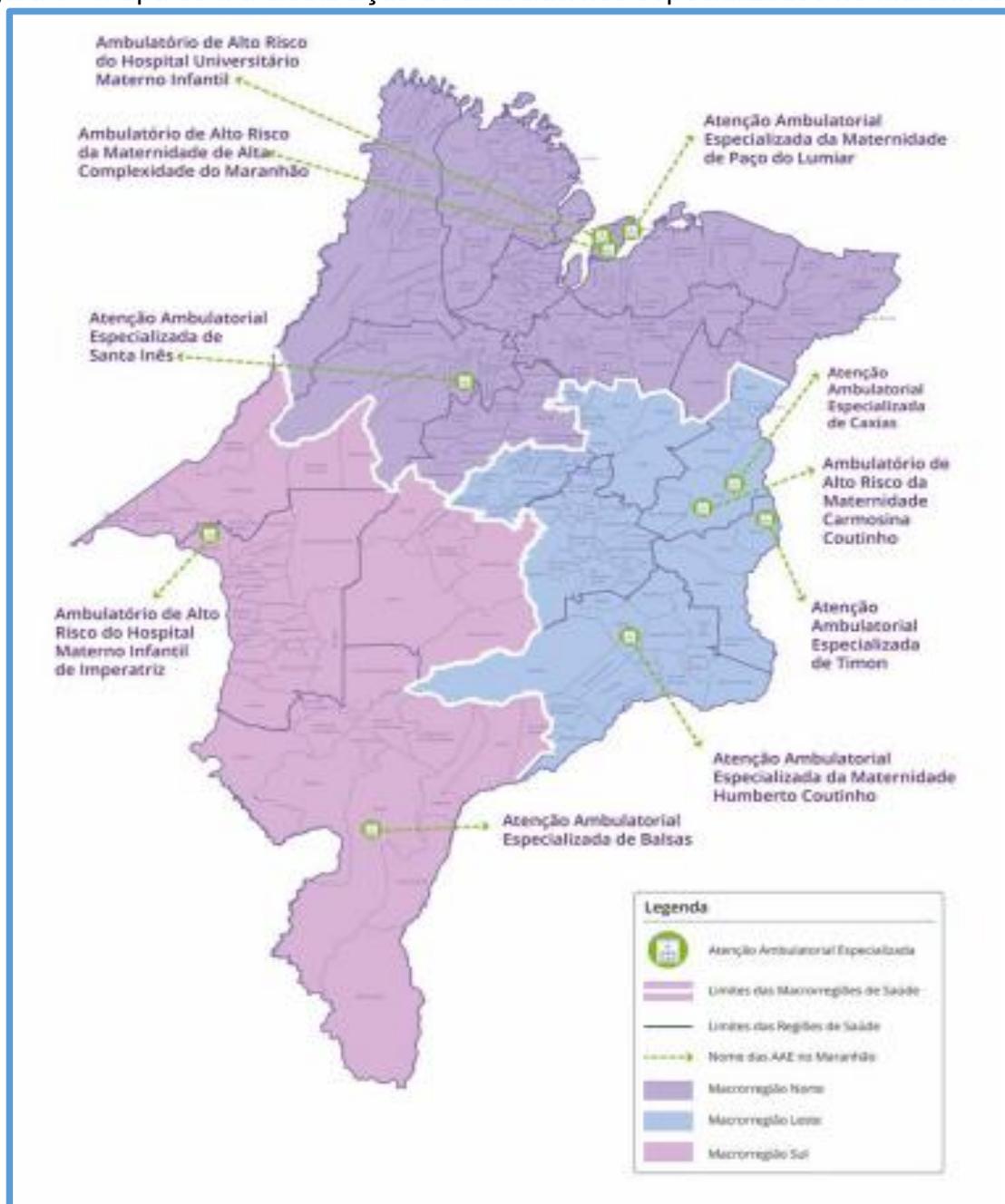
A qualidade do acesso das gestantes ao pré-natal contribui largamente para diminuição das taxas de mortalidade perinatal e infantil. Entretanto, devido às desigualdades socioeconômicas, as mulheres negras apresentam menor acesso à assistência obstétrica, sendo que, como já mencionado, o percentual dessas mulheres que não realizam o pré-natal é maior em relação às brancas (Leal et al., 2017).

Destarte que, para além da extensão geográfica, o território está permanentemente envolto de questões culturais, sociais, políticas e epidemiológicas que devem ser considerados (Pereira e Barcellos, 2006), sendo necessário que os gestores de saúde desenvolvam ações e serviços que rompam com o modelo de atenção ancorado no paradigma biomédico e reconheçam que a promoção, proteção e recuperação da saúde se concretiza no âmbito da coletividade e da participação efetiva da população com alinhamento aos determinantes da saúde.

Necessário enfatizar nesse processo o desequilíbrio entre demanda e oferta de serviços da rede assistencial, mesmo com a ampliação da rede de atenção básica para a melhoria da acessibilidade no contexto territorial, ainda é mantido “um modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, devido à limitação da assistência integral, face a ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência” (Assis; Jesus, 2012. p.05). Desse modo, diante dos

gargalos existentes e considerando a oferta e a demanda de serviços destinados ao acesso das gestantes, a SES/MA apresenta o mapa de distribuição de ambulatórios especializados em atenção materna infantil, na possibilidade de fortalecer a linha de cuidado da gestante, segundo discurso oficial.

Figura 1 - Mapa com a distribuição de ambulatórios especializados no Maranhão



Fonte: Plano de Ação do Maranhão da Rede Materno Infantil –RAMI/2022.

Destarte, a REI/MA está organizada conforme o mapa, assim distribuído: Ambulatório de Alto Risco do Hospital Universitário Materno Infantil; Ambulatório de

Alto Risco de Alta Complexidade do Maranhão; Atenção Ambulatorial Especializada da Maternidade de Paço do Lumiar; Atenção Ambulatorial Especializada de Santa Inês; Atenção Ambulatorial Especializada de Caxias; Ambulatorial de Alto Risco da Maternidade Carmosina Coutinho; Ambulatorial de Alto Risco do Hospital Infantil de Imperatriz; Ambulatorial Especializada de Timon; Atenção Ambulatorial Especializada da Maternidade Humberto Coutinho e; Atenção Ambulatorial Especializada de Balsas.

É mister colocar que existe uma relação intrínseca entre a oferta e a demanda por serviços de saúde que são consequências de fatores sociais, individuais e culturais postos pela população. Para Assis e Jesus (2012) a demanda é uma mescla de direitos, necessidades e desejos e a oferta de serviços de saúde está relacionada à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção.

lunes (1995) preconiza que a demanda por um bem ou serviço pode ser definida como a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias., sendo diferente da demanda em saúde, pois é irregular; imprevisível; ocorre em decorrência de uma doença que invariavelmente não depende de uma decisão direta do consumidor, ou seja o usuário/a; envolve riscos e consumo de serviços, cuja confiança no prestador – no hospital, por exemplo, depende de uma série de fatores e; envolve cuidado, a realização de procedimentos de profissionais e regulamentadores. A “oferta é definida como a quantidade de um bem ou serviço que fornecedores ou prestadores estão dispostos a vender, a um dado preço e a determinada altura” (Pereira, 1995), portanto satisfaz a demanda e aparece em função dela.

A demanda em saúde surge em decorrência da necessidade da população que deve levar em conta a oferta na perspectiva da distribuição do serviço com equidade. O SUS é o maior sistema de saúde do mundo e vem se aprimorando para oferecer atendimento de qualidade, mesmo diante dos desafios postos à implementação de suas ações, especialmente pela falta ou insuficiência de recursos públicos para a sua efetivação, o Sistema ainda enfrenta obstáculos na direção do atendimento integral com qualidade, a falta de medicamentos, problemas de infraestrutura, ausência de equipamentos para exames e procedimentos cirúrgicos, falta de insumos hospitalares, e outras questões. A fala de Esperança faz referência a esse contexto, o que pode representar a vivência de várias mulheres que necessitam de cuidados, por meio da gestão de apoio diagnóstico e terapêutico necessários às

linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada, a exemplo do pré-natal.

*O primeiro ultrassom eles pediram a morfológica que eu bati particular. [...]É porque não estava marcando. Que demora, né. Aí eles pediram com urgência. Aí bati particular onde ocorreu bem rápido. (Esperança, HU-UFMA)*

A REI/MA deveria estar interligada para assegurar a atenção integral às gestantes do Maranhão, com atenção a qualidade dos recursos humanos, a melhoria da estrutura física, priorização dos fluxos de atendimento e o estabelecimento de ações efetivas para implementação dos pactos regionais de funcionamento, articulado a outras linhas de cuidado similares, como a linha integral de saúde da mulher e violência sexual considerando o ciclo gravídico-puerperal e os cuidados indispensáveis para a garantia da saúde materno infantil.

Destaco que o aprimoramento da REI/MA deveria acompanhar a realidade atual da sociedade e alinhar-se a Política de Saúde para a População Negra, que deve ser implementada em todas as macrorregiões de saúde do Maranhão. Compreendo que o estado do Maranhão é marcado por diferenças socioeconômicas e regionais que interferem na forma como a população terá ou não acesso aos serviços de saúde. Contudo, há necessidade de os gestores enfrentarem, a partir de ações descentralizadas e participativas, a questão da promoção da saúde sob a perspectiva étnico/racial preconizada na Lei 8080/1990 e em portarias como a Rede Cegonha (2011). Não é aceitável que, ainda, as maternidades públicas do Maranhão não tenham instituído ações efetivas de combate à violência institucional/estrutural para coibir o racismo nesses espaços, mesmo após o surgimento da PNSIPN, em 2007. É preciso que esse problema que interfere na dignidade das mulheres negras avance na Rede de Atenção Materno Infantil no Maranhão, na perspectiva que a visibilidade das ações seja uma constante e não um processo mecânico, assistemático e desarticulado que visa apenas o cumprimento de metas previstas pelos órgãos de controle.

#### **4.4. Caracterização das maternidades**

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2023), possibilitou elencar o número de maternidades vinculadas ao SUS existentes no estado do Maranhão, contudo para alcance dos objetivos a pesquisa foi necessário

saber as seguintes informações: quantidade, nome, localização, atendimento prestado, nº de profissionais, tipo de gestão, nº de leitos totais e nº de leitos obstétricos. Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2023) o Maranhão possui quatorze (14) unidades de Saúde que atendem a população com serviço de obstetrícia, sendo uma (01), vinculada a hospital de ensino de âmbito federal, como descreve o quadro abaixo.

**Quadro 4. Identificação das Maternidades Públicas do Estado do Maranhão.**

Maternida des Maranhão	IDENTIFICAÇÃO DAS MATERNIDADES PÚBLICAS							
	Nome	Gestão	Atend. Prestado	Nº de Profissionais		Nª Total de Leitos	Tipo de leito Obstétrico Incluído nos leitos totais	
				Médi co	Outr os		Clí nic o	Cirúr gi co
Pública	Hospitalar Materno Infantil do Maranhão	Estadual/Município de São Luís	Ambulatorial /internação/SADT/Demanda espontânea	229	871	205	31	25
	Maternidad e de Alta Complexidade Do Maranhão	Estadual/Município de São Luís	Ambulatorial /internação/SADT/Urgência/Demanda espontânea e referenciada	214	1015	214	43	34
	Maternidad e Paço Do Lumiar	Estadual/Município de Paço do Lumiar	Ambulatorial /internação/SADT/ /Demanda espontânea e referenciada	60	246	26	13	9
	Maternidad e Nossa Senhora da Pena	Estadual/Município de São Luís	Ambulatorial /internação/SADT/ /Demanda espontânea e referenciada	51	179	22	10	9
	Hospital Materno Infantil	Municipal/Município de Bacabal	Ambulatorial /internação/Urgência/Demanda espontânea e referenciada	13	155	63	15	14
	Hospital Materno Infantil	Municipal/Barra do Corda	Ambulatorial /internação/SADT/Urgência/Demanda espontânea e referenciada	10	80	62	22	4
	Hospital Municipal Materno Infantil Nossa Senhora das Mercês	Municipal/Município de Pinheiro	Ambulatorial /internação/SADT/Urgência/Demanda espontânea e referenciada	21	188	57	18	5
	Hospital Santa Neusa Ltda	Municipal/Município de Grajaú	Ambulatorial /internação/SADT/Urgência/Demanda espontânea e referenciada	9	40	82	-	10
	Maternidad e de Alto Risco De Imperatriz	Estadual/Município de Imperatriz	Ambulatorial /internação/SADT/Urgência/Demanda espontânea e referenciada	92	685	183	50	30
	Maternidad e Carmosina Coutinho	Municipal/Município de Caxias	Ambulatorial /internação/Regulação/SADT/Urgência/Demanda espontânea e	29	265	77	13	35

			referenciada/Vigilância em Saúde					
	Maternidad e Estadual Humberto Coutinho	Estadual/Munic ípio de Colinas	Ambulatorial /internação/Demanda espontânea e referenciada/	24	177	55	13	10
	Hospital Regional Tomas Martins	Estadual / Santa Inês	Ambulatorial /internação/ SADT/Urgência/Demanda espontânea e referenciada/Vigilância em Saúde.	62	470	115	12	08
<b>Pública</b>	Hospital de Ensino EBSERH Hospital Universitári o da UFMA	Municipal/ Município de São Luís	Hospital Geral: Ambulatorial /internação/Urgência/SADT/ /Demanda espontânea e referenciada	970	2746	450	34	34
	Centro de Parto Humanizad o Nazira Assub	Municipal/ Município de São Luís	Ambulatorial /internação/ /Demanda espontânea e referenciada	6	54	5	-	5
<b>Total 14</b>	<b>Maternidades: Gestão Estadual: 6 Gestão Municipal: 5</b>			<b>1.728</b>	<b>6.701</b>	<b>1.501</b>	<b>262</b>	<b>224</b>

Fonte: Busca da própria pesquisadora no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Fevereiro/ 2023

A MACMA foi inaugurada em 1974 em São Luís (MA), inicialmente com o nome Marly Sarney. É referência estadual em atendimento à gestação de alto risco para os 217 municípios maranhenses, por meio de atendimentos que incluem pediatria clínica, UTI (Unidade de Terapia Intensiva) pediátrica, neonatal e adulto; faz parte da rede de atenção às urgências e emergências obstétricas, com suporte técnico de apoio e validação das conduções de situações de emergências à distância para 67 unidades de saúde de 60 municípios maranhenses (Instituto Acquá, 2023) e, conforme, o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2023) tem 214 leitos, sendo 77 leitos obstétricos, 43 clínicos e 34 cirúrgicos.

A Maternidade Nossa Senhora da Penha foi inaugurada em setembro de 2015. Está localizada na área Itaqui Bacanga na capital São Luís. Ofertar atendimento de pré-natal, parto e consultas, serviço ambulatorial nas especialidades de cardiologia, cirurgia Geral, ginecologia e obstetrícia, diagnóstico por imagem em ultrassonografia e triagem neonatal (MARANHÃO, 2023). A Maternidade possui 22 leitos, sendo 19 obstétricos, assim distribuídos: 10 clínicos e 9 cirúrgicos, para atendimento de parto e risco habitual, de acordo com CNES (2023)

A MACMA, assim como a Maternidade Nossa Senhora da Penha estão sob a gestão da SES/MA, porém gerenciada pelo Instituto Acquá, caracterizada como

Organização Social de Saúde (OSS). Ambas as maternidades MACMA e Nossa Senhora da Penha, seguem as orientações da Linha de Cuidado da Gestante instituída pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

O HU-UFMA é órgão da administração pública federal, sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), desde 2013 por meio do Contrato 007.001.001/2013. O HUUFMA é um hospital de ensino e pesquisa certificado pelo Ministério da Educação – MEC e pelo Ministério da Saúde – MS por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000 de 15/ 2004 ( HUUFMA,2021)

A HU-UFMA oferece serviços de alta e média complexidade na área cardiovascular, neurocirurgia, nefrologia, transplante, cirurgia bariátrica, hemodinâmica, banco de olhos, apoio diagnóstico e terapêutico, dentre outros procedimentos complexos, serviço ambulatoria especializados (núcleo do fígado, pediatria, como exemplo) e atendimento para gestante de alto risco, como tal no ambulatório de obstetrícia. É um centro hospitalar composto por duas unidades: Presidente Dutra e Materno Infantil que são referências para o estado do Maranhão. Por meio de termo aditivo, que permite a oferta de serviços contratualizados à população, mantém convênio com a Secretaria de Saúde do Município de São Luís/MA.

No que se refere aos cuidados com a gestante e alto risco a Unidade Materno Infantil, instituiu o *Protocolo de Acesso ao Pré-Natal* (s/d) em que preconiza que o HUUFMA ofereça assistência pré-natal, parto e puerpério, sendo referência ao pré-natal de alto risco de gestantes para três municípios que compõe a Região Saúde São Luís, os quais: Alcântara, Raposa e São Luís/MA, este último para os seguintes distritos sanitários (bairros): Centro; Bequimão, Coroadinho e Itaqui–Bacanga, além da oferta de atendimento de pré-natal especializado a gestantes residentes em outras regiões de saúde, por meio do Sistema de Regulação de Obstetrícia, Neonatal e Pediatria ( HUUFMA, s/d).

O HUUFMA, no geral, tem 450 leitos, sendo 78 leitos de obstetrícia distribuídos em 34 clínicas e 34 cirúrgicos (CNES, 2023). Das 8 (oito) puérperas entrevistadas apenas Luiza estava vinculada ao posto de Saúde Bezerra de Meneses (distrito do Bairro do São Francisco/ São Luís).

Destarte, a gestante que não consegue vincular-se à maternidade configura-se como uma falha da rede de atenção à saúde materno infantil organizada pelo estado ou município, sendo isto um processo gerador de um tipo de violência

obstétrica que é a “peregrinação”, caracterizada como um grave obstáculo que pode impossibilitar o acesso das gestantes à internação hospitalar no momento do parto, muitas vezes em decorrência da precariedade dos hospitais e da falta de leitos e vagas suficientes, podendo ocasionar problemas desfavoráveis à saúde materna e perinatal. (LIMA. et al, 2021, p. 6)

Destaco a necessidade do cumprimento da Lei 11.634/2007, que dispõe sobre o direito de a gestante vincular-se a maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde Assim enfatiza no artigo 1º:

Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. § 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal. § 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério. (Presidência da República, 2007)

Estudos revelam que mulheres negras recebem menos orientações dos profissionais de saúde no pré-natal e são menos vinculadas à maternidade, o que pode acarretar maior risco de peregrinação na hora do parto e com isso serem submetidas a procedimentos obstétricos que poderiam ser evitados, além de contribuir para (re)produção da violência institucional. Desse modo, apontam que as instituições hospitalares sob gestão do Estado devem garantir os direitos da gestante, conforme as recomendações da OMS e de fato implantar as boas práticas de atenção ao parto e puerpério, na busca de agir contra a desumanização da prática obstétrica instalada no Brasil (Leal et al, 2014; Popolli, 2018).

O HU-UFMA institucionalizou uma Linha de Cuidado Materno Infantil no ano de 2013, sendo um modelo de funcionamento interno. Em 2019, a linha passou por uma revisão técnica e apresenta atualmente o seguinte etapas de fluxo de atendimento: 1) Acolhimento e da triagem da gestante de alto risco e contrarreferenciamento para as unidades básicas de saúde; 2) acompanhamento periódico durante o pré-natal, realização de consultas multiprofissionais para minimizar complicações na gestação e no parto; 3) descrição das atividades de acolhimento de gestantes em urgência referente à Linha de Cuidado Materno Infantil do HU UFMA; 4) procedimentos no abortamento, referente à Linha de Cuidado Materno Infantil da Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HU-

UFMA; 5) atividades de cuidados de enfermagem., encaminhamento de demais atividades dentro da Linha de Cuidado e alta regulada para a paciente. 6) atividades de rotina realizadas no pré-parto referente à linha de cuidado materno infantil. 7) preparação do procedimento de parto; 8) atividades realizadas no puerpério imediato quando a puérpera e o recém-nascido estão favoráveis e cuidados no alojamento conjunto; 9) as atividades realizadas no puerpério imediato quando a puérpera não está favorável e o recém-nascido está favorável; 10) atividades realizadas no puerpério imediato quando a puérpera está favorável e o recém-nascido não está favorável; 11) as atividades realizadas no puerpério imediato quando a puérpera e o recém-nascido não estejam favoráveis; 12) cuidados da puérpera e do recém-nascido em conjunto e, 13) o acompanhamento de seguimento que é realizado com os recém-nascidos patológicos nascidos no HU-UFMA. (HUUFMA, 2023a).

O fluxo de atendimento 6 (seis) se refere às experiências vivenciadas pelas gestantes no pré-parto até o período expulsivo, ou até a transferência para sala de parto, visando o parto humanizado. Nesse processo infere que a gestante é atendida por uma equipe multiprofissional formada por médicas(os), enfermeiras(os), fisioterapeutas, psicólogas(os), assistentes sociais e doulas, porém no HU-UFMA não existe este último atendimento desde 2009. A gestante deve receber orientações desde o acolhimento no pré-parto, oferta de medidas não-farmacológicas, encaminhamento para a classificação de risco, identificação de demanda psicossociais, dentre outros, para em seguida ser encaminhada a sala de parto ou prosseguir com outros cuidados necessários (HUUFMA, 2023a)

À vista disso, a linha materna Infantil do HUUFMA não é articulada a Linha de Cuidado da Gestante no Estado do Maranhão, pois trata-se de conjunto de fluxos internos de atendimento às gestantes, como tal atendendo àquelas vinculadas a Unidade Materno Infantil. Isso mostra a fragmentação das ações e serviços de saúde e a fragilização da gestão do cuidado para as gestantes no Maranhão, com impactos diretos no acesso aos serviços para essa população, sobretudo de mulheres negras pobres, em sua maioria, “chefes de família sem cônjuge, mas com filhos, a mortalidade materna de negras” (Benevides, 2005, p.9).

Em relação aos dados sobre o número de partos (normal e cesariana) e o tipo de serviço oferecido às gestantes foram solicitadas as maternidades pesquisadas: o número de partos normais ano; número de cesariana/ano; existência de Casa de

Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)<sup>55</sup>, nº de maternidades com quartos PPP<sup>56</sup> (Pré-parto, parto e pós-parto); tipo de ação direcionada à prevenção da violência obstétrica, os quais são apresentados por meio da inserção no campo empírico.

**Quadro 5 : Características das Maternidades em relação nº de partos e serviços oferecidos – 2021**

MATERNIDADES	Nº Normais	Nº Cesarianas	Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)		Quarto PPP		Ações de Prevenção da Violência obstétrica		Nº de Partos Totais (normal + cesariana) com a indicação de presença de acompanhante
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
MACMA	1.910	3.471		X		X		X	1.146
	Total: 5.381								
HUUFMA	1.767	2.155		X		X		X	3.645
	Total: 3.922								
MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA	643	359		X	X			X	Sem informação sobre a presença de acompanhante.
	Total: 1002								

Fonte: Busca ativa própria pesquisadora/pesquisa de campo.

Considerando o período de coleta dos dados secundários e a realização da pesquisa, não foi possível obter os dados totais do ano de 2022 de nenhuma Maternidade, contudo foram apresentados pelas instituições pesquisadas os dados referente ao número de partos realizados em 2021. Como referência apresentamos a taxa de cesariana das maternidades, vislumbrando que no Brasil as taxas de cesariana são muito altas, em torno de 56% variando entre os serviços públicos e

<sup>55</sup>De acordo com o Manual da Rede Cegonha (2011) a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma unidade de cuidado peri-hospitalar que acolhe, orienta, cuida e acompanha: Gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco, porém não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar e atende esse público que, pela natureza dos agravos apresentados e pela distância do local de residência, não podem retornar ao domicílio no momento de pré-alta.

<sup>56</sup> Quarto PPP é um ambiente único, de um leito só, em que a parturiente pode viver os três estágios do parto no mesmo local: o pré-parto, o parto e o pós-parto, sem necessidade de encaminhamento para o Centro Cirúrgico no momento do parto. O quarto dá acesso à métodos não farmacológicos de alívio da dor, que facilita o processo de trabalho de parto normal, oferece conforto lumínico e térmico, além de banheira para facilitar o trabalho de parto (Fiocruz, 2019)

privados (CONITEC, 2016). Ademais existem fatores associados que devem ser considerados para o aumento da taxa de cesariana, como a relação *parto normal e medo/ desamparo*, sendo essas práticas muitas vezes induzidas por profissionais de saúde, sendo que, hoje, isso é considerado violência obstétrica (Agência Senado, 2023).

Em relação a MACMA foram registrados um total 5.381 (cinco mil, trezentos e oitenta e um) partos, sendo 1.910 (Um mil novecentos e dez) parto normal (vaginal) e 3.471 (três mil, quatrocentos e setenta e um) partos cesarianos, ou seja, uma diferença de 1.561 (mil e quinhentos e sessenta e um) cesarianas em relação aos partos normais, sendo que 1.146 partos realizados com a presença de acompanhante. Levando-se em consideração a proporção de partos realizados por cirurgia cesárea em relação ao número total de partos, em determinado período (ANS, 2019), a MACMA apresentou uma taxa de 64,50%<sup>57</sup>, acima do preconizado pelo Ministério da Saúde. (BOLETIM INFORMATIVO MACMA MARANHÃO, 2021 ,

A Maternidade Nossa Senhora da Penha apresentou os seguintes dados em relação ao ano de 2021: 643 partos vaginais e 359 partos cesarianas, sendo a taxa de cesariana de 35,82% (Boletim Informativo Maternidade Nossa Senhora da Penha, 2021)

Em relação ao HUUFMA - Unidade Materno Infantil - os dados são referentes ao ano de 2021 e indicam que ocorreram um total de 3.922 (três mil, novecentos e vinte e dois partos), sendo 1.767 (Um mil, setecentos e sessenta e sete) partos normais e 2.155 ( dois mil, cento e cinquenta e cinco) partos cesarianas, com taxa de cesariana de 54,94% . Em relação a presença de acompanhante apresentou um total de 3.645 ( três mil seiscentos e quarenta e cinco) presenças, sendo que nas cesariana, 1.997 (hum mil, novecentos e noventa e sete) e, em parto normal 1.648 (hum mil, seiscentos e quarenta e oito). Considerando o total de partos podemos inferir que 237 gestantes que não tiveram esse direito, porém os motivos não foram relatados (Boletim Informativo do Centro Cirúrgico Obstétrico HUUFMA, 2021)

---

<sup>57</sup>Cálculo da pesquisadora considerando o número de partos cesarianas (3.471) dividido pelo número total de partos (5.381) vezes (x) 100, o que resulta na taxa de 64,50% de partos cesarianas no ano de 2021 na MACMA. Na Maternidade Nossa Maria da Penha o número total de partos cesarianas (359) dividido pelo número total de partos (1.002) vezes (x) 100, apresentando uma taxa de 35,82%; A Unidade Materno Infantil (HUUFMA) apresentou a seguinte taxa: número de partos cesarianas (2.155) dividido pelo total de partos (3.922) vezes (x) 100, que resultou na taxa de 54,94% de cesarianas no ano de 2021

Sobre o indicador de parto cesariana, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019) refere que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15% do total de partos, o que significa que deve haver uma situação real que indique de forma precisa uma cesariana, o que é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal e que Estudos recentes sugerem que taxas populacionais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (OMS, 1996).

Ainda, os limites percentuais por estado, para a realização de partos cesáreos, bem como critérios progressivos para o alcance do procedimento devem ser no valor máximo de 25% para todos os estados e que os percentuais elevados de cesarianas podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco, especialmente, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto. No Brasil a taxa dos partos via cesárea alta é de cerca de 83%, enquanto na América do Norte é de 32% e, na Europa, de 25%. (ANS,2019).

Destarte, em relação ao tipo de parto das puérperas no momento das entrevistas temos os seguintes percentuais: MACMA: 37,5% partos normais e 28,58% cesarianas; HUUFMA: 37,5% partos normais e 71,42% de cesarianas; Maternidade Nossa Senhora da Penha: 25% de parto normal e nenhuma cesariana.

Os dados apresentados pela MACMA relacionados aos indicadores de maternidades referem que, 1. 146 gestantes (hum mil, cento e quarenta e seis) tiveram a presença de acompanhante no parto, contudo, considerando o número de partos totais, identificamos que 4. 235 (quatro mil, duzentos e trinta e cinco) gestantes não tiveram esse direito. Ressaltamos que não foi possível identificar nos relatórios ou boletins estatísticos os motivos pelos quais as gestantes não tiveram o direito a acompanhante. Registro que a MACMA (2021) e a Unidade Materno Infantil (HUUFMA, 2021) atendem mulheres com diagnóstico de parto de alto risco e baixo risco e que a Maternidade Nossa Senhora da Penha se caracteriza pelo atendimento de baixo risco.

Em relação às ações direcionadas à prevenção da violência obstétrica, nenhuma das maternidades desenvolveu palestras ou qualquer atividade relacionada ao tema, confirmando a sua invisibilidade ou desconsideração no contexto da abordagem entre os/as profissionais e gestores.

Em 2022, as maternidades discutiram, especialmente com as usuárias, temáticas gerais sobre as diferentes formas de violência sofridas pelas mulheres. Na MACMA esses temas são apresentados por meio do “*Projeto Espaço Mulher*” criado em 2022. Na HU-UFMA e na Maternidade Nossa Senhora da Penha, da mesma forma, porém na sala de espera, por meio do procedimento roda de conversa.

O HUUFMA, no ano de 2022, criou o Projeto Diversidade, com temática geral voltada para as ações afirmativas, sendo as principais assunto discutidos: etarismo, capacitismo, questões de gênero (Mulher, LGBTQIA+); a causa do negro e o racismo estrutural, dentre outros, porém dentro de uma perspectiva empresarial<sup>58</sup> cujos temas são alicerçados a partir dos seguintes componentes comportamentais: “aumento da criatividade organizacional, inovação constante; redução de conflitos; melhoria da imagem da empresa; melhoria de clima organizacional; diminuição da rotatividade de funcionários e alcance de melhores resultados” (HU-UFMA,2023b). Para o HU-HUFMA “a inclusão no local de trabalho torna o ambiente colaborativo, de apoio e respeito, o que aumenta a participação e contribuição de todos os funcionários” (HU-HUFMA, 2023b).

Essa concepção de cunho harmonioso, solidário e funcional pode fragilizar ou escamotear a real compreensão dos fatores estruturais que interferem nas relações de trabalho. Em se tratando da questão do racismo institucional Almeida (2018) refere que nos espaços institucionais não deve ser eliminado o debate sobre as desigualdades raciais e de gênero e que o indivíduo que comete racismo não deve ser eximido de suas responsabilidades, logo só a análise do racismo sob o ponto de vista individual “patológico” não dará conta de compreender a ordem racista que estrutura a sociedade. Assim, analiso que as abordagens com foco na perspectiva individual não são suficientes para combater o racismo institucional.

De modo particular as maternidades sofrem as refrações provocadas pelas ações neoliberais que provocam impactos direto na relação oferta e demanda dos serviços preconizados pela RAS e, conseqüentemente, na capacidade instalada. No geral, as maternidades desenvolvem atividades em cumprimento às determinações do Ministério da Saúde e órgãos de controle como a Controladoria Geral da União - CGU e de suas instituições gestoras, seguindo, de certo modo, um modelo gerencial

---

<sup>58</sup>A perspectiva empresarial está demarcada trechos do projeto, os quais: “ A inclusão cria um local de trabalho mais receptivo e solidário para todos os funcionários, aumentando a produtividade e a sinergia entre as pessoas que o compõem” (4º Eixo: Políticas Afirmativas).

focado nos resultados e no alcance de metas. Desenvolvem ações muitas vezes pontuais direcionadas às usuárias e aos profissionais de saúde, o que se refere a prevenção da violência contra mulher de modo geral e alguns temas que tratam sobre a questão étnico/racial, porém, ainda , de pouco alcance que provoque uma mudança profunda na cultura, sobretudo relacionada à identificação e ao enfrentamento do racismo institucional.

Análise sobre as mulheres negras no contexto de sua inserção nas maternidades deve ser apreendida nas relações sociais complexas e inerentes à exploração capitalista, a qual utiliza-se das opressões para manter as iniquidades sociais, que materializadas no cotidiano possibilitam a perpetração da violência, as quais a violência obstétrica, que se traduz numa violação dos direitos humanos da mulher relacionada à assistência ao pré-parto, parto e pós-parto, atinge sua autonomia e os seus direitos sexuais e reprodutivos. Desse modo é necessário compreender como a violência obstétrica se manifesta na vida das mulheres atendidas nas maternidades pesquisadas.

## 5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VIDA DAS MULHERES NEGRAS: SUJEITOS ENVOLVIDOS, INTERPRETAÇÕES E REPERCUSSÕES: “O LIMBO DO PARTO”.

*Nos ensinaram coreografias pré-moldadas,  
Em que o balanço e a espontaneidade não cabem,  
E assim, pouco a pouco deixamos de dançar.  
Somos corpos reprimidos que pairam  
Por medo de errar a coreografia,  
De errar a medida, de errar...  
Desensinamentos  
Vozes femininas, Jenyffer Nascimento (2015)*

### 5.1. Manifestação da violência Obstétrica: aspectos da des(humanização) no pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto.

A desumanização diz respeito às relações estabelecidas entre determinados grupos de seres humanos que, por meio de discursos e práticas, desenvolve a concepção de que um outro grupo, considerado para ele um subordinado, encontra-se impossibilitado de exercer sua própria vontade e, como tal, submete-se a ação deste que exerce o domínio por meio da força, autoridade e/ou poder (Rego, 2014). A desumanização está vinculada a perda de valores éticos e morais, porque corrói uma qualidade, a priori inerente ao ser humano: a sensibilidade. Como afirma Silva, Chernicharo e Ferreira (2011, p. 307) “a não sensibilidade conduz a um tratamento rotinizado, padronizado - no sentido pejorativo da palavra-, impessoal”. Desse modo, o homem ao se desumanizar destrói a conduta ética que, interligada aos valores, aos deveres e aos direitos fundamentais, é basilar para a efetivação da *humanização* como um eixo norteador no campo da saúde construída para apreender o sujeito na sua singularidade, particularidade e a partir de sua identidade própria.

Estudo de Wolff e Waldow (2017) indicam que violência obstétrica é caracterizada como desumanização, isso porque esse tipo de violência é um ato desprovido de humanidade

Ao impor a outra pessoa a condição de objeto, o sujeito desta ação também se desumaniza, já que para ser humano é preciso tornar-se humano. Humanizar-se é um eterno vir a ser, que exige atualização a cada instante em que se age e a cada relação que se estabelece (Woff; Waldow, 2017, p. 149 )

Nesse norte, o acolhimento como um cuidado<sup>59</sup> torna-se imprescindível, pois é uma ferramenta que contribui para a organização dos processos de cogestão do trabalho por meio da tríade gestão, trabalhador e usuário/a, e alinhava-se à concepção de clínica ampliada<sup>60</sup>. O acolhimento não é um ato isolado, posto que se interliga a rede de atenção à saúde e considera, primordialmente, a participação do usuário/a e sua família para operacionalizar o cuidado, na perspectiva da viabilização do direito às ações e serviços e resolutividade do atendimento em tempo adequado. Portanto, as reivindicações dos/as usuários/as devem ser consideradas, tendo em vista a integralidade do cuidado, sendo que a relação com os/as profissionais de saúde deve ocorrer por meio da confiança e compromisso e não como uma benesse ou favor.

#### Assim o acolhimento

Traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (Brasil 2014d).

Considerando a efetivação da humanização na área da saúde é comum nesse campo a discussão de ações que priorizem o atendimento humanizado no SUS.

O atendimento humanizado na área da saúde está pautado na Política Nacional de Humanização - PNH- instituída em 2004 como um conjunto de estratégias para alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde no SUS. A PNH está alicerçada nas diretrizes ético-estético-políticas em sintonia com um modelo de gestão que inclua os vínculos interprofissionais e a participação dos usuários nos processos de discussão da produção de saúde. Assim na humanização a *Ética* toma a defesa da vida com eixo de suas ações; Estéticas porque estão voltadas para a

---

<sup>59</sup>Cuidado é um 'modo de fazer na vida cotidiana' que se caracteriza pela 'atenção', 'responsabilidade', 'zelo' e 'desvelo' 'com pessoas e coisas' em lugares e tempos distintos de sua realização [...].O 'cuidado' consiste em um modo de agir que é produzido como 'experiência de um modo de vida específico e delineado' por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em 'práticas' de 'espaço' e na 'ação' de 'cidadãos' sobre os 'outros' em uma dada sociedade. (Dicionário de Educação Profissional em Saúde, Fiocruz, 2023)

<sup>60</sup>A clínica ampliada é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização e significa a ampliação a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade, bem como integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com a singularidade e criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do usuário são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado (Brasil, 2014d)

invenção das normas que regulam a vida e para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos e; *Políticas* porque é na polis, na cidade, que as relação entre os homens, as relações sociais e de poder se operam, ou seja, no cotidiano dos sujeitos. (Brasil, 2004d)

Contudo, é necessário atentar para este conceito com as devidas críticas, posto que ele deve considerar a reorganização dos serviços e de suas práticas e incorporar os direitos dos trabalhadores e dos usuários, na possibilidade da construção de estratégias efetivas que possam ir além de meras visões burocráticas e focalizadas em atividades e ações que messam apenas o grau de satisfação segundo as necessidades institucionais.

Sobre a materialização da humanização, investiguei o acolhimento e os cuidados gerais ofertados nas maternidades durante o parto. As puérperas responderam questões referentes à estrutura das maternidades; participação na tomada de decisão e informação sobre o tipo de parto; acolhimento e apoio físico e emocional prestados pelos/as profissionais; técnicas de alívio da dor no trabalho de parto (como massagem e musicalização), direito a acompanhante e atendimento de profissionais doulas, os quais previstos no PHPN criado nos anos 2000, no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco e Obstetrícia (2017a) e na Rede Cegonha (2011), no que se refere à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto.

Destarte, considerando o conceito e as manifestações da violência obstétrica, ou seja, todas as formas e os tipos de violência apresentadas pelas parturientes são caracterizadas como violência de gênero, conforme a literatura nacional e internacional que identificam como um mecanismo que atinge as mulheres na sua dignidade e nos seus direitos humanos desde o parto ao nascimento. Divido esse momento em três eixos de discussão, considerando os fatores associados e desencadeantes da violência obstétrica contra as mulheres negras : 1) *Estrutura das maternidades que trata-se da ambiência para receber as puérperas*; 2) *Tomada de decisão e informação sobre o tipo de parto, e atenção/ cuidado, acolhimento dos profissionais no pré-natal, pré-parto e no parto e no pós-parto, direito a acompanhante e atendimento de profissionais doulas, alívio da dor; consentimento aos procedimentos realizados no parto e*; 3) *Violência obstétrica percebida e compreendida pelas parturientes e as perspectivas para o seu enfrentamento*.

Considerando a estrutura para atendimento das gestante em trabalho de parto, somente a Maternidade Nossa Senhora da Penha tem quarto PPP, (que

engloba o atendimento para pré parto, parto e pós-parto), ou seja total de 3 (três) quartos.

De acordo com a Resolução RDC nº 36/2013 que institui as ações para a *segurança do paciente* em serviços de saúde, os quartos PPP substituem as tradicionais salas de pré-parto e pré-parto coletivo, porque não oferecem privacidade e dificultam o acesso à métodos não farmacológicos para alívio da dor, garante a presença do acompanhante de livre escolha, um trabalho de parto humanizado, além de dar estímulo para a mulher ser mais ativa, deambular, utilizar a bola, etc. Essa estrutura é apresentada por meio de projeto elaborado pela equipe de engenharia hospitalar (FIOCRUZ, 2023). Os registros fotográficos (anexo 2) mostram a diferença entre os ambientes para trabalho de parto no HU-UFMA e na Maternidade Nossa Senhora da Penha.

Sobre a ambiência, de modo geral, das 15 (quinze) puérperas, 11 (onze) dizem que, no geral, a estrutura das maternidades é boa. Entretanto, problemas foram visualizados *in loco nas maternidades* em relação a estrutura física e os equipamentos existentes nesses espaços como: enfermarias comportando número de puérperas, acompanhantes e recém-nascidos acima da capacidade; cadeiras desgastadas; algumas enfermarias sem ar condicionado e com uso de ventilador; paredes com pinturas desgastadas, e outras inadequações que comprometem a ambiência e, conseqüentemente, o acolhimento da gestante, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (2004d). Assim referem:

*A estrutura é boa. Mas tem coisas assim que deveriam melhorar. Por exemplo, quando a gente veio para cá não podia entrar com as bolsas do bebê. Quando a gente subiu para leito a bebê ficou sem roupa, porque as roupas dela tiveram que voltar para casa e não pôde ficar nem no guarda-volume. Só depois que liberaram para trazer e meu esposo foi buscar em casa. A bebê ficou com frio e a enfermeira que arranhou umas roupinhas para ela. Isso é falta de acolhimento” (Felipa/MACMA)*

*Na primeira hora poderia ser melhor, mas está mais ou menos. Falta mais conforto. O hospital poderia ser modificado, mas precisa mais acolhimento, porque muitas vezes é difícil a acomodação, por exemplo: às vezes é difícil deitar numa cama, o colchão é desconfortável, as paredes estão descascando, não funciona o ventilador, não tem ar-condicionado e aí fica a dificuldade e isso influencia na hora do parto, em vez de melhorar a dor faz é dificultar (Lúcia/ HUUFMA)*

*O local era só um quadradinho, dividido com as cortinas, achei desconfortável e acho que deveriam ter mais cuidado em resguardar a privacidade da mulher”*  
(**Lélia/HUUFMA**)

*Tem bastante gente e compromete a nossa privacidade e deveria melhorar aqui que é muito pequeno o espaço né, para muita gente.* (**Maria/Nossa Senhora da Penha**)

O estudo realizado por Bittencourt, et al (2021) *Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos* (2021) refere que existem diferentes ambientes na maternidade, como as salas de acolhimento e classificação de risco, para realização de exame clínico e de admissão da gestantes, porém 40% das maternidades foram classificadas, no geral, como não adequadas, sendo o Nordeste a região em que mais de 50% das destas ficaram com essa classificação, Em relação à totalidade de quartos PPP existentes no país, 16,1% foram classificadas com estrutura inadequada, ou seja, com quarto PPP sem banheiro exclusivo e/ou sem chuveiro com água quente e fria . Então,

Em que pese mais de uma década da vigência da RDC 36<sup>61</sup>/200827, que mudou a organização do centro obstétrico, e quase dez anos de publicação da RC5, a implantação do quarto PPP representa ainda um enorme desafio. Há evidências de que a separação dos ambientes de pré-parto, parto e puerpério, ao fragmentar o processo de trabalho, fortalecendo a visão taylorista do trabalho em saúde, traz prejuízos à evolução fisiológica do trabalho de parto e parto. (Bittencourt, 2021, p.14)

Esses dados coadunam com o observado nas maternidades, por meio da observação sistemática em que os quartos PPPs ainda não foram estruturados, como no caso da MACMA e do HU-UFMA. Ainda, há a predominância de um modelo tradicional de atenção ao parto e o nascimento denotado pela falta de privacidade das mulheres no momento do parto ou a pouca utilização dos métodos não-farmacológicos (Gallo et al, 2015), os quais são capazes de promover o conforto e satisfação das mulheres.

No HU-UFMA e na MACMA as puérperas têm seus filhos em salas de parto, cujo ambiente comporta até duas delas e/ou em espaços mais amplos, porém

---

<sup>61</sup>O Regime Diferenciado de Contratações Públicas - RDC - é um tipo de regulamentação técnica, proposta pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2023), sendo que nº 36 “dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal” (Brasil, 2008)

separados por cortinas, sendo de certo modo, um ambiente aberto e sem privacidade. “Esta situação não pode ser entendida como um obstáculo para transformar e criar novas situações de convivência e trabalho de acordo ao preconizado pela RDC 31” (Bittencourt, 2021, p.14)

Ainda estudo D’Orsi et al (2014) indica que entre as mulheres de cor da pele preta ou parda, constatou-se menor chance de privacidade durante o atendimento no trabalho de parto e parto e menor satisfação com o tempo de espera, evidenciando que a discriminação social e racial na atenção à saúde para esse grupo de mulheres é um componente que deve ser considerado.

Nenhuma das maternidades tem CGBP - “Casa da Gestante” - apenas as chamadas Casa de Apoio, a exemplo o espaço vinculado a MACMA destinado às mães de bebês em UTINEonatal. Ademais, esse processo impacta significativamente na vida das mulheres e de suas famílias uma vez que estas maternidades prestam atendimento, também, às gestantes provenientes do interior do estado, que ficam sujeitas ao acolhimento das poucas casas municipais de apoio localizadas na capital. No Maranhão existe apenas uma Casa de Gestante localizada na cidade de Imperatriz, com 40 leitos e tem o objetivo de acolher as puérperas e cuidar de bebês em situação de risco. A partir de 2018, a unidade passou a receber gestantes, puérperas e recém-nascidos, porém antes o atendimento destinava-se a mães provenientes de Unidade de Terapia Intensiva - UTI (Maranhão, 2023). Nesse sentido,

A casa da gestante visa garantir a permanência de gestantes e puérperas de risco que exigem vigilância constante em ambiente não hospitalar e/ou não podem retornar ao domicílio, mães que têm bebês internados na UCI/UTI e bebê em recuperação nutricional que demandam acompanhamento da equipe de referência do alto risco, mas que não necessitam do ambiente hospitalar (terceira fase do método canguru).( Manual Rede Cegonha, 2011)

Considerando a participação na *tomada de decisão e informação sobre o tipo de parto*, 10 (dez) puérperas referem que tomaram a decisão em escolher o parto normal logo no pré-natal, porém 3(três) foram submetidas a cesariana mesmo desejando o parto normal, mas não puderam realizá-lo devido aos riscos que comprometem o nascimento dos bebês; 2 (duas) delas referem o desejo pelo parto cesariana, porém tiveram seus filhos via parto normal.

Mesmo diante dos desejos ditos nas falas; 4 (quatro) puérperas expressaram que no decorrer do pré-natal não foram informadas adequadamente ou nunca foram orientadas sobre o tema, especialmente no que se refere aos desconfortos causados

ou não em relação ao tipo de parto, aos riscos e benefícios e/ou aos procedimentos a serem realizados em caso de intercorrências, o que de algum modo impactou no momento do parto. É mister colocar que todas fizeram o pré-natal nas maternidades pesquisadas. Sendo assim, relatam:

*“Eu nunca fui orientada sobre isso; sobre opção de parto ou sobre os tipos de parto, ninguém nunca me falou, mas acho que normal foi o melhor para mim” (Felipa/ MACMA)*

*“Chegou a informação na hora que do parto que seria normal; não tive dúvidas quanto a isso e foi tudo muito rápido. As contrações aumentaram e os profissionais pediram para eu aguardar a hora do parto e eu aguardei.” (Lélia/ HU-UFMA)*

*O tipo de orientação no pré-natal que recebi do médico foi em relação aos exames de rotina, somente me orientou. Perguntou normalmente como eu estava e passou os exames. (Lélia - HU-UFMA)*

*Sim, e eles não falaram sobre tudo e eu também já tinha lido sobre tudo quase praticamente, né. Ai então pra mim eu acho que foi bom; eu não fui pega de surpresa. (Luiza/ HU-UFMA)*

*Nessa gestação eu tive mais essa orientação, porque eu mesma já fui buscar (Marielle/ MACMA)*

A partir das falas, infiro as dificuldades impostas à estas mulheres, principalmente no que se refere ao recebimento de informações sobre os tipos de parto e a participação nesse processo decisório. A falta e/ou insuficiência de conhecimento interferem na qualidade da assistência prestada pelos/as profissionais que, ao desconsiderar a prestação de informações necessárias no atendimento pré-natal, tendem a criar nas mulheres dúvidas e insegurança com relação ao nascimento seguro e incertezas em sobre as possíveis condutas a serem tomadas pela equipe, tornando a vivência e a experiência do parir preocupante e, muitas vezes, tornando-as impotentes até mesmo diante de situações emergenciais.

O relato de Felipa tem esse sentido, quando afirma que, embora o nascimento de seu filho tenha ocorrido de parto normal, não recebeu qualquer orientação sobre os tipos de parto ou mesmo Lélia ao expressar a seguinte frase *“chegou a informação na hora do parto”*, o que também se assemelha a mesma circunstância.

A ausência ou a insuficiência de diálogo é uma particularidade presente no cotidiano de muitas maternidades brasileiras. Questões como “ falta de respeito em

relação aos sentimentos das parturientes, as experiências de parto anteriores, as suas dúvidas, que incluem o uso de medicamentos como a anestesia, se necessário, ou outras condutas” (CAMPOS et al, 2020. p. 04,) são naturalizadas nesses espaços e as respostas às perguntas se dão muitas vezes a partir de um “diálogo” minimalista, que pode gerar agravos à saúde das mulheres, desistências do acompanhamento pré-natal e menor vínculo com a maternidade. São condutas profissionais alicerçadas no modelo biomédico que contribui para a perda gradativa da autonomia e o protagonismo da mulher no parto.

D’Orsi et al (2014) referem que a falha na transmissão de informações pode estar relacionada com asserção de que alguns serviços públicos de saúde no Brasil atuam de forma discriminatória em relação às mulheres com baixa renda e pouca escolaridade, pois apreendem que, estas, não teriam capacidade de entendimento e autonomia para decidir sobre as intervenções no parto, enquanto as mulheres de maior renda e escolaridade atendidas no setor privado, possuiriam melhores condições de exercer sua autonomia e participar das decisões.

Tal argumento discriminatório, juntamente com a assimetria crucial entre as parturientes e os profissionais de saúde apontada possibilita que entendamos por que as mulheres nos serviços públicos relatam menor clareza nas explicações, menor abertura a eventuais perguntas feitas, resultando na percepção de menor participação nas decisões [...] No que diz respeito à violência física, verbal ou psicológica, mulheres residentes na Região Nordeste, que tiveram trabalho de parto, ou atendidas no setor público, relataram maior ocorrência de violência (D’orsi et al, 2014, p. 161)

Considero que esta questão é primordial, uma vez que há uma simetria discriminatória entre o nível e o tipo de informação repassada ou não pelos/as profissionais de saúde e a forma como esta é processada pelas puérperas, exemplificadas nas falas de Lélia que afirma recebeu poucas orientações e Felipa ao dizer que nunca foi orientada, indicando menor ou nenhuma clareza em relação às explicações.

Questionei as puérperas sobre *a atenção/ cuidado e acolhimento dos profissionais no pré-natal, pré-parto e no parto e no pós-parto*. Das 15 puérperas, 4 (quatro) informam que consideram que tiveram atenção e cuidado dos profissionais no pré-natal; 10 (dez) responderam esse item positivamente quando atendidas no pré-parto, 11 (onze) delas de igual modo no parto e 5 (cinco) mulheres no pós-parto também de forma positiva. É importante destaca que o fato das mulheres expressarem que receberam atenção e cuidado dos profissionais em um ou mais dos atendimentos

supracitados, não significa que isso tenha ocorrido sistematicamente com todas no decorrer de todo o processo do pré-natal ao nascimento, ou seja, a avaliação positiva no pré-natal, não significa que ocorreu do mesmo modo no parto ou pós-parto.

Sobre isso as entrevistadas relatam:

*É, infelizmente foi horrível; essa falta de informações a respeito da condição de bebês é que eu passei muitos outros problemas que poderiam ser evitados, inclusive durante o começo da gestação eu tive sangramentos e eu fui pra emergência. Em um deles o profissional que me atendeu fez o toque e já disse que eu estava tendo aborto sem fazer nenhum outro exame que pudesse escutar o coraçãozinho, por exemplo, fazer um ultrassom; ele não pediu nada. Ele fez o toque e simplesmente disse que eu estava abortando [...]Eu estava tão abalada psicologicamente que eu comecei a chorar. Do tamanho de transtorno que estava no meu psicológico, por conta dessas informações, uma atrás da outra (**Tereza/ MACMA/ Pré-natal**)*

*Quando eu conversei com a médica sobre o meu ultrassom, porque dois médicos falaram que eu estava com excesso de líquido, a neném estava “boiando”. Ela disse que não, que era a médica e que o diagnóstico do médico que fez a ultrassom estava errado. Eu falei, Dra. mas são dois profissionais diferentes, os dois ultrassons com os mesmos resultados com dois profissionais diferentes. Ela disse “eu tô te dizendo que tá errado” e saiu. Então isso me deixou mais confusa ainda. Eu senti um tom de agressividade quando eu questionei, sendo que foram dois profissionais. Senti constrangimento [...]eu me senti desprotegida, humilhada, porque a mulher nessa fase já está frágil (**Nilma/ Macma/ Pré-natal**)*

*Os profissionais da enfermagem, não todas, falavam de forma grosseira. Me deixava desconfortável, principalmente no pós –cirurgia. Diziam “tem que doer mesmo, por que a cirurgia está inflamada”. Achei a forma de falar muito grosseira (**Firmina/HUUFMA/Pós-Parto**)*

*Na hora do parto foi tranquilo, em relação ao médico e a equipe não tenho o que reclamar. Porém, eu estou internada aqui desde sexta e não gostei do atendimento no pré-parto. A minha bolsa já tinha rompido com 33 semanas. e estava com 10 dias com a bolsa rompida para poder fazer a cesariana; eu estava perdendo o líquido o tempo todo e deram a entender que como eu tive dois filhos normais, eu teria o terceiro normal, mas nem sempre acontece dessa forma, cada caso é um caso e eles não queriam fazer a cesariana. (**Nima /Macma/Pré-parto**)*

*Eu fiz o pré-natal em Rosário, só que eu vim ter o neném aqui, porque a bolsa se rompeu com sete meses, a bolsa rompeu. Só que eu chegando aqui na Marli, eles não tiraram de imediato a criança, custaram tirar também porque eles achavam que seria normal, eu disse para eles que não ia ser. Aí quando eu chamei a enfermeira, eu não estava mais colocando líquido nem nada, eu disse pra ela se eu não ia ter alta, porque eu nem soro não estava com dois dias no leito. Aí ela disse, não, você não tem soro. Aí eu peguei e disse, eu estou dizendo que eu não tomei soro, agora de manhã, eu quero ir embora. Ela disse, ah, então você não está sentindo dor, vou só te examinar e te mandar pra casa. E ela me examinou, eu falei, tudo ok. Aí quando ela foi examinar o neném, foi que o neném já estava lá com os batimentos bem fracos, aí teve que tirar, ele nasceu prematuro ( **Mariele/ Macma/Pré-Parto**).*

*No momento que eu estava com muita dor pra eles eu não tava. E quando a bolsa rompeu, eu acho que eles não acreditaram, porque eu fiquei de calcinha, com absorvente, eu me sentei na cadeira e entrei no elevador e eu falei que tinha uma coisa saindo, senti uma coisa ardendo. Aí eles falaram que não era nada. Eu continuei insistindo que tinha uma coisa saindo e era a cabeça da neném saindo, já era cabeça da neném dentro do elevador e aí quando cheguei na sala de parto é que foram tirando a minha calcinha, meu absorvente. Então com isso, nesse intervalo aí ela engoliu o resto do parto. ( **Conceição/ HU-UFMA/Parto**)*

Os relatos de Tereza, Firmina, Nilma, Marielle e Conceição dizem respeito aos sentimentos de medo e insegurança no momento vivido, relacionados aos atos praticados por aqueles que deveriam acolhê-las. As queixas dessas mulheres foram negligenciadas pelos/as profissionais de saúde, com demonstra o relato de Nilma e Marielle especificamente quanto refferiram que, em meio a uma resposta ríspida, sentiu-se constrangida e confusa ou, quando Tereza necessitou de informações seguras sobre a saúde do seu bebê, ou seja, foi invisibilizada, pois apenas recebeu de forma direta, quiçá desumana, sobre um diagnóstico de aborto sem que ao menos tenha passado de fato por outro exame que pudesse confirmar diagnóstico dito pela/o profissional. Conceição foi desacreditada pela equipe, não deram valor as suas queixas, não se importaram sobre o que estava sentindo

Ainda, a negligência sofrida por Nilma e Marielle, reporta a percepção errada de que mulheres negras são preparadas, sempre, para o parto normal, como se fosse uma característica inerente a este sujeito. Como disse Nilma “*deram a entender que, como eu tive dois filhos normais, eu teria o terceiro normal*” e Marielle “*eles não tiraram*

*de imediato a criança, custaram tirar também porque eles achavam que seria normal*". Na percepção dessas puérperas está subentendido que a mulher negra é resistente à dor e ao sofrimento, como se estivesse sempre em desvantagem específica, um objeto do desprezo, descaso e de descuido.

Segundo Silva et al., (2017), o primeiro sentimento que as mulheres enfrentam é o constrangimento, seguido pela violência psicológica e depois agressões verbais, podendo causar prejuízos psíquicos que podem perdurar por algum tempo, o que não coaduna com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017b) que preconiza em relação aos cuidados gerais, que os/as profissionais devem ter cuidado durante o trabalho de parto em relação ao repasse de informação e a comunicação.

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados. (Brasil, p.15, 2017b )

Desse modo, a violência psicológica para estas puérperas caracteriza-se como de difícil detecção, sendo que tais agressões as colocaram numa condição de subalternidade. A partir das falas dessas mulheres aparecem a dimensão psicológica da violência obstétrica, quando são descritos momentos de humilhação, isolamento e constrangimento, que as fizeram sentirem-se desvalorizadas.

É pertinente nessa análise a concepção interseccional em que a mulher negra está envolta em um processo constante de violência de gênero e racial combinado com um conjunto de múltiplas condições alicerçadas nas vulnerabilidades social e econômica. É comum ouvir de profissionais de saúde no ambiente das maternidades falas que reforçam os estereótipos em relação à mulher negra, como tais.

Mulheres pretas são parideiras por excelência", "negras são fortes, mais resistentes à dor", "negras têm mais leite", "negras são mais resistentes à anestesia", "elas não fazem o pré-natal direito", dentre outras, são reiteradamente pronunciadas, determinam assistência oferecida, sem qualquer crítica ou mesmo constrangimento. Reverberam entre as instituições, entre os profissionais. Ecoam na sociedade. Falas como essas atravessaram também nossos ouvidos. Ouvimos, mas o que escutamos foi racismo! (Curi et al, 2020. p.5)

À guisa, posso dizer que negras – muitas vezes chamadas de “minorias” - se tornam vítimas de discursos desumanizadores por encontrarem-se envoltas em

relações de opressão, humilhação e objetivação do próprio corpo, simplesmente por serem negras e pobres, por viverem por vezes em um cotidiano atravessado de discriminação social, racial e de gênero. Nessas relações, os oprimidos são as vítimas, ou seja, seres que “sofrem a tirania, a aflição ou a “pressão” de outros seres, aqui denominados “opressores”. São também os excluídos do modelo de conduta e de ser imposto pelo opressor” (Rego, 2014, p.57)

A violência obstétrica circunscreve-se no âmbito dessa opressão, a qual naturalizada e internalizada como normal no cotidiano das maternidades desumaniza a mulher negra, pois a coloca em uma condição subalterna, cujo tipo de tratamento – diferenciado - por parte da equipe de saúde pode trazer-lhes traumas e/ou consequências emocionais. Nesse sentido, essa opressão, se expressa de diferentes formas, sendo também um conjunto de práticas que atentam sobre a liberdade de escolha dessas mulheres.

Desse modo, o tratamento dispensado a Tereza, Firmina, Nilma e Marielle se configurou como violência obstétrica dos tipos verbal, negligência e psicológica caracterizada por meio da destituição de suas falas e tratamento grosseiro, para adverti-las, reprová-las e humilhá-las de forma intencional. Como afirma Curi, Ribeiro e Marra (2020)

Não podemos compreender a violência obstétrica a partir de uma lógica que localiza em equipes ou indivíduos mal treinados, a problemática. Percebemos que ela sequer é exceção! Precisa ser identificada como violência que se impõe por discriminações de gênero e de raça, intrínsecas na sociedade e, por derivação, na cultura médica hegemônica acerca das mulheres e seus processos reprodutivos (Curi, Ribeiro e Marra, 2020, p.162)

As mulheres de camadas populares temem maus-tratos que venham a sofrer no momento do parto e que muitas vezes as condutas dos profissionais são pautadas por tratamento grosseiro. No estudo indicam que relatos de mulheres também evidenciam negligência, abandono ou conduta não profissional na assistência, no geral mais temidos pelas mulheres em função das consequências para as suas próprias vidas e de seus bebês (Hotimsky; Aguiar; Venturi, 2013).

A questão do acolhimento como um dispositivo da humanização deveria perpassar todo o processo de atendimento à mulher no pré-natal ao pós-parto, embora compreenda que independente de sua condição socioeconômica, raça/etnia, geração e orientação sexual deveria ser acolhida de forma ética e digna, sem terem seus direitos humanos violados, porém isto não acontece. As pesquisas apontam que o

acolhimento nas maternidades não se efetiva da mesma forma para todos/as mulheres (Hotimsky, Aguiar e Venturi, 2013), ou seja, no geral existe uma dificuldade que parece que é própria do ser humano em materializar formas de tratamento inadequadas, naturalizadas por expressões que incidem negativamente sobre a cultura de respeito e que nega ou desqualifica o compartilhamento de saberes, nos quais é rechaçado o protagonismo das gestantes e puérperas. Destaco os relatos de Nilma, Dandara, Marielle, Conceição e Tereza, sendo que esta última quis a substituição da médica obstetra porque se sentiu mais do que desprotegida, invadida em sua dignidade pela conduta do profissional que, segundo afirma, deveria lhe dar segurança e proteção. A seguir:

*A obstetra que me atendeu chamava termos muito arcaicos, ainda, chamando uma criança com deficiência de retardado, coisas desse tipo [...] Eu falei que eu queria mudar de obstetra, mas não podia, que já estava no final da gravidez e disse pra não me preocupar, porque que ela não iria fazer o meu parto. Olha que ponto que a pessoa chega, Tipo assim não vai ser ela. A pessoa teve que me confortar em relação a minha obstetra que era com quem eu deveria ter mais segurança (Tereza/MACMA/ Pré-natal).*

*Minha filha dentro da barriga perdendo líquido estava correndo risco de qualquer jeito, tanto se eu não fizesse a cesariana, quanto pela indução do parto normal. Nesse caso, colocaram as duas vidas - a minha e a dela - em risco. E foi com muita luta que eu consegui que fizessem a cesariana, mas assim, não mostraram humanidade, a pessoa pra trabalhar nessa área tem que ter humanidade. Tem inúmeras situações que às vezes dá para ter o bebê normal ou não. Mas parece que eles não querem entender a dor que a gente sente (Nilma/Macma/Pré-parto)*

*Em relação ao parto não me senti acolhida, ainda não chegou essa pessoa para conversar comigo. Logo assim eu sou uma pessoa reservada. Eu gosto de falar quando me sinto agoniada (querendo falar). Mesmo quando eu vim de Goiás, eu vim muito atribulada, porque no meu estado em que eu estava, grávida, eu estava me sentindo só, desacolhida [...] (Dandara/HU-UFMA/Parto)*

*Não recebi nenhuma orientação no pós-parto, enquanto ia para o leito com o neném (Marielle/ Macma/Pós-parto)*

*As palavras de apoio que recebi assim, foram das outras mães. Quando a gente chega lá na UTI é uma por uma e uma já ajudando a outra. Então a gente acaba*

*criando aquele vínculo com as outras mães. A felicidade de uma é felicidade das outras. A tristeza de uma, é a tristeza das outras. (Conceição/ HUUFMA/Pós- Parto)*

As narrativas das mulheres em relação ao tipo de parto e o nível do acolhimento em geral indicam satisfação, mas no decorrer dos relatos chamou a atenção o fato de ter aparecido várias situações desagradáveis ou momentos de revolta, emoção e alívio por seus filhos/as terem nascido e, esse processo, pode ter contribuído para minimizar os impactos da violência sofrida ou até mesmo não serem percebidos pelas por elas.

Uma resposta singular foi dita por Lúcia, quando relaciona positivamente o seu acolhimento pelos profissionais de saúde a sua característica - ser preta -, indicando um racismo que coloca a mulher negra na ordem de subordinação de gênero, ou seja, a entrevistada a partir da expressão “*mesmo sendo negra*” indica uma percepção de si e de quê na sociedade as mulheres negras são invisibilizadas e suas condições de existência quase anuladas. Assim referiu

*Mesmo sendo negra, preta, eles foram muito atenciosos; me falaram para não me preocupar. (Lúcia/ HUUFMA, Parto)*

Essa frase dita por Lúcia aponta para o ocultamento do racismo, ou seja, a naturalização do racismo, como se a pessoa negra fosse “auto-programada” para não se sentir como gente, inferiorizada ou quase inexistente a partir do outro. Como afirma Frantz Fanon, mesmo no contexto da análise colonial, mas que ainda se apresenta verdadeiro atualmente, “é o racista que cria o inferiorizado” (FANON, 2020, p. 107), um fato que exemplifica essa sensação de quase inexistência expressa por Lúcia.

Considerando o direito ao acompanhante, todas as puérperas tiveram a presença de um familiar no momento do parto. Segundo Souza e Gualda (2016), a literatura internacional e nacional têm discutido a importância da presença de um acompanhante para a mulher, no processo de parto e nascimento, o que coaduna com as análises de Hotimsky e Rattner (2003), os quais já assinalavam que a presença do acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde, aumenta a satisfação da mulher, reduz significativamente o percentual de cesáreas e o tempo de hospitalização dos recém-nascidos, dentre outros fatores. Como exemplo elenco 3 (três) falas sobre essa experiência.

*Com certeza. Dá segurança e é muito importante mesmo.” (Nilma/MACMA).  
Entrei no centro de parto com acompanhante e foi muito bom, me senti mais segura.  
(Firmina/ HUUFMA)*

*[...] Ah... porque não se sente sozinha, tem alguém familiar perto né, como é que fica uns dias aqui um pouco tediado né? Quem quer voltar pra casa logo. Então acho bom [...]* **(Sueli/ Nossa Senhora da Penha)**

Assim, a presença de um familiar ou uma pessoa de livre escolha para a gestante no pré-parto e no parto pode amenizar a dor, possibilita mais segurança, sentimento de acolhida e promove o bem-estar emocional e físico, sendo um evento considerado seguro e benéfico para as mulheres.

É necessário ressaltar que as mulheres devem ter o direito ao acompanhante garantido pelas maternidades, de modo que a assistência integral às mulheres esteja alinhada ao que está preconizado no *Manual As Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento (2014)*, em especial no que se refere ao respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, previsto no item *práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas*.

Como tal, a Lei 11.108/2005 que visa garantir às puérperas o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, com o previsto no Capítulo VIII preconiza que as unidades de saúde no âmbito do SUS devem realizar ações e serviços que priorizem a humanização do atendimento

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. § 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente; § 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Presidência da República, 2005).

A oferta de um serviço que prima pela dignidade da mulher e do recém-nascido é uma obrigação dos gestores comprometidos com a saúde materno infantil e consequentemente nas unidades de saúde e, ou seja, a adoção de práticas humanizadas e seguras requer a organização das rotinas dos/as profissionais de saúde, dos procedimentos e da estrutura das maternidades, bem como a incorporação de condutas acolhedoras.

Nesse sentido, mesmo as mulheres terem avaliado positivamente o atendimento das maternidades que viabilizou o acesso ao acompanhante, é

necessário destacar a fala de Felipa sobre como ocorreu esse processo em relação ao seu pré-parto, pois foi identificado elementos de não-cuidado ou desumanização.

*Fiquei insegura quando eu entrei na sala sozinha no começo das contrações; as enfermeiras mediram minha pressão e depois eu fiquei sozinha [...] O fato de ter ficado sozinha eu achei frustrante pois queria alguém da família comigo nessa hora. Eu só fui ter meu acompanhante quando eu tive contrações muito fortes e comecei a gritar; pedir para chamar a enfermeira que me deu assistência[...] é muito importante ter uma pessoa da família nessa hora. Meu marido assistiu o parto, foi uma boa experiência. (Felipa/ Macma/ Pré -parto e parto)*

Isto posto, o relato de Felipa se configura como uma violência obstétrica, mesmo que, depois, no momento do parto tenha tido a presença do acompanhante. A efetivação da garantia desse direito não foi realizada na sua plenitude, pois não houve satisfação plena no seu trabalho de parto, conforme seu relato. Desse modo, a figura do acompanhante.

É um instrumento auxiliador para a diminuição de maus tratos ou tratamento inadequado durante o período que antecede o parto, o momento do parto, e o período posterior ao parto, sendo considerado ainda que a sua ausência, quando contrária ao desejo das gestantes, enquadra-se como um dos tipos de violência obstétrica[...] Logo, percebe-se que essa violência possui diversas formas de penetrar no período do parto, desde maneiras sutis até as maneiras mais violentas.(Almeida;Ramos. 2020, p. 3)

O estudo realizado por Leal et al (2017) intitulado *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil*, fruto de uma ampla pesquisa nacional sobre partos e nascimentos, “Nascer no Brasil” realizada entre 2011 e 2012, refere que existem impactos sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto, sendo mais violado entre pretas e pardas do que entre brancas, considerando o quesito cor. Nessa pesquisa se verificou que 25% das mulheres ainda ficaram sem acompanhantes durante toda a internação para o parto e as gestantes não negras, que fizeram a vinculação durante o pré-natal e têm relações de parentesco ou amizade com algum profissional de saúde na maternidade, a qual foi submetida ao parto, levaram vantagem mesmo conhecendo seus direitos. A autora refere perante os dados da pesquisa supracitada que

Não seria descabido pensar que as pretas e pardas teriam menor chance de serem contempladas [...] A solidão da mulher na internação para o parto se associou com o relato de maior maltrato nos serviços de saúde, pior relação com os profissionais e menor satisfação com o atendimento recebido. (Leal, 2017, p.10).

As evidências científicas demonstram que a presença do acompanhante no pré-natal, parto, pré-parto, parto, pós-parto é fundamental para o bem-estar das mulheres, porque torna esse momento menos estressante e acolhedor. Nesse sentido, não é concebível que qualquer mulher tenha esse direito violado e que mulheres negras estejam no topo das estatísticas desse processo. Conforme pesquisa de Theophilo; Rattner; Pereira (2018 p. 05), “uma proporção maior de mulheres pretas/pardas não teve acompanhante no parto, 68,0%, sendo que, para mais de 50% de todas as mulheres, o motivo foi a desautorização do serviço de saúde”.

Considerando o acesso das puérperas às técnicas para o alívio da dor, incluído aos não-farmacológicos como massagem, musicalização ou outra técnica e apoio dado por pessoal de fora da rede social das mulheres (auxílio de uma Doula) e uso de métodos farmacológicos, como uso de medicação, seguiu-se da seguinte forma: Das 15 (quinze) puérperas, 3 (três) tiveram acesso apenas a técnica de massagem e nenhuma delas teve auxílio de uma Doula e; 3 (três) foram submetidas à medicação. No total, 8 (oito) mulheres tiveram seus filhos via parto normal e 7 (sete) foram submetidas à cesariana, sendo 5(cinco) destas atendidas no HU-UFMA, 2 (duas) na MACMA. Ressalto que, para nenhuma delas, foi oferecido duas ou mais técnicas no atendimento. Destarte, que essas técnicas estão descritas no documento Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017). No geral, as falas das mulheres expressaram:

*Eles também induziram aquela vacina que era pra aumentar as contrações, só que eu não sinto dor, de nenhum deles, do meu, eu não sinto dor ( Nilma/MACMA/Pré-parto)*

*Não tive nenhuma. E não me disseram nada sobre o assunto, apesar de ter tido muita dor. Eu estava gritando de dor. Já tinha ouvido falar sobre o uso de medicação, mas não me deram nada (Felipa/MACMA)*

Sim, eles disseram que é uma injeção de força para ver se a contração vem mais rápido e falou que agora que vai vir mesmo as contrações. Uma experiência boa, que fui mãe de primeira viagem e foi um parto mais rápido porque aplicaram um remédio em mim e aí foi um parto rápido e não foi demorado (**Odília, MACMA**)

*Ingeri 3 comprimidos só que não estava adiantando. Ai, eu falei para eles que não iria aceitar mais ser induzida porque estava sofrendo com dor e minha filha não viria de parto normal. ( Nilma/Macma)*

*Eu tive somente um bebê de parto normal, os outros foram cesarianas. Eu não lembro muito o que os profissionais me falavam. Cheguei às 3h da manhã e tive às 4h. Não tive alívio da dor, não tive massagem, música, praticamente pari sozinha. (Esperança/HU-UFMA)*

*Chegaram a colocar um medicamento para não sentir dor. Me falaram sobre o risco de medicação, e assinei um termo sobre isso[...] não tive também nenhuma massagem e nem Doula, só orientação da enfermeira que recebi, sobre os riscos do parto.(Lélia/HU-UFMA)*

*Não, não, música não. Massagem, Sim. Algumas massagens do meu companheiro. As médicas falaram pra ele que poderia me ajudar fazendo a massagem para contração[...] foram muitas mulheres lá me orientando, mas nenhuma se apresentou como doula. (Sueli/Nossa Senhora da Penha)*

*Medicação para alívio da dor não tive, mas foi dito que tinha essa medicação. Técnica de massagem meu marido que foi orientado por alguém da equipe Musicalização, não tive e nem visita ou orientação de doula (Maria/Nossa Senhora da Penha).*

Dessa maneira, as puérperas relataram suas experiências em relação ao uso de técnicas para alívio da dor do tipo farmacológicas e não-farmacológicas. Essas técnicas devem ser utilizadas de acordo com a escolha da mulher, porque cada uma tem uma experiência singular em relação a dor, ou seja, a dor do parto é exclusiva e é influenciada por uma série de fatores correspondentes ao que cada puérpera sente, como ansiedade, angústia, medo, dentre outros fatores quando mal utilizados ou inexistente contribuem para potencializar a dor no trabalho de parto (Gallo et al, 2011).

Desse modo, “o reforço da autonomia da puérpera, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento, deve estar associado a poucas contraindicações ou aos efeitos colaterais” (Gallo et al., 2011, p.2). Logo, é necessário que os gestores de saúde nacional e locais proporcionem condições para a implementação adequada desses métodos nas maternidades na perspectiva de acolhimento humanizada das mulheres no parto e nascimento.

Assim, pelos relatos das puérperas, no geral não tiveram acesso as técnicas de forma como descrito nos documentos oficiais que preconizam a assistência às

mulheres no pré-parto. Felipa não recebeu nenhuma técnica de alívio da dor e tão pouco foi orientada pelos profissionais e ainda expressou que se sentiu violentada ao suportar durante muito tempo a dor. Algumas delas, como Sueli e Maria foram massageadas pelos companheiros, a partir da orientação dos profissionais, o que é pertinente segundo as Diretrizes Nacionais de Atenção ao Parto Normal (2017c). Ressalto que a Maternidade Nossa Senhora da Penha tem uma boa estrutura para oferecer às gestantes, como os quartos PPP, sendo a única unidade de saúde que apresentou esta ambiência conforme os profissionais, necessários ao parto humanizado.

O auxílio de uma Doula - em grego “mulher que serve a outra mulher” - no suporte ao trabalho de parto não é mais uma realidade das maternidades estudadas. Logo, as parturientes referiram desconhecer esse profissional. Em estudo realizado por Santos (2009), a doula pode: substituir alguém da família; dar apoio emocional e suporte de informações à mulher; ajudar a equipe; e contribuir com a mulher nas medidas de conforto físico, tendo importante papel de apoio nas medidas para aumentar o conforto materno.

As pesquisas sobre o uso das técnicas não-farmacológicas e farmacológicas devem ser apreendidas, também, a partir do marcador raça, considerando que os riscos para as mulheres negras é evidente, na medida em que no contexto da atenção obstétrica perpassam relações hierarquia de poder, que contribuem para a reprodução de estereótipos, que estruturados em uma sociedade patriarcal normalizam e/ou naturalizam as diversas violências perpetrada contra essa população. Ademais, segundo Lima, Pimentel e Lyra (2021) os piores índices no uso de boas práticas no parto, como o uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor, ocorrem nas regiões Norte e Nordeste, o que acende a discussão no âmbito da gestão das maternidades do Maranhão, especialmente porque há necessidade de incentivar a implementação de protocolos assistenciais multiprofissionais baseados em evidências para orientar as equipes quanto ao uso desses métodos, porém abarcando as necessidades das usuárias, a partir da perspectiva étnico/racial e cultural.

*“Eu estava gritando de dor” (Felipa) e “Não tive alívio da dor” (Esperança)* são clamores que ecoam nas instituições de saúde, cotidianamente e atingem o âmago das mulheres negras que, tratadas como objeto, têm sua subjetividade e existência moldadas sob a lógica e interesses patriarcais e de caráter estrutural. Como assevera Bell Hooks (2019) é preciso que as mulheres negras ergam a voz

para romper com o silenciamento imposto pelos atos de opressão e exploração e é preciso formar consciência crítica para resistir e lutar contra o machismo, o sexismo e o racismo que transversalizam em toda a sua vida social.

Em relação ao questionamento sobre os procedimentos realizados no parto sem o consentimento das mulheres, 11 (onze) disseram que consentiram os procedimentos e 4 (quatro) não souberam informar. Assim referiram Nilma e Luiza:

*Porque a indução eu consenti. Mas como eles não explicaram como seria quantidade de comprimido. Muitos comprimidos, porque foram 8 vezes e que poderiam fazer mal pra minha filha no decorrer da indução, eles só falaram que iriam induzir meu parto e que iriam introduzir comprimidos, mas não falaram a quantidade e o intervalo das medicações que seria de 48 horas e que a minha filha corria risco devido ao aumento dos batimentos cardíacos .Eles só explicaram quando eu pedi; quando soube dos riscos disse que não aceitava mais o procedimento, pq eu estava só sofrendo com dor **(Nilma/Macma/Pré-parto)***

*Sim. olha, na verdade, eu levei um pouco de ponto. O médico me falou que a neném poderia ser cesariana, mas eu optei pelo parto normal mesmo que eu levasse alguns pontos, eu acharia melhor porque a recuperação de cesariana é mais difícil. Eu levei três pontos [...] foi uma escolha minha. Então se não autorizasse[...] eu tinha o meu direito de não querer, então foi uma opção minha mesmo”. **(Luiza/HUUFMA/Parto),***

*Não tive nada agressivo. Fui orientada a me cuidar. Até em relação aos meus pontos, a médica me disse que fiquei um pouco dilacerada, tive normal. A médica disse que iria tentar fazer uma mine plástica. Sinto os pontos, mas só desconforto. **(Odília/Macma/Pós-Parto)***

Luiza expressa uma situação vivenciada que parece que não foi percebida por ela como uma violência obstétrica. Para ela é naturalmente aceitável que o corte no períneo para facilitar a passagem do bebê seja um procedimento normal, em contraposição ao parto cesariana cuja recuperação é mais difícil. Disse ainda: “*eu levei três pontos porque eu não me senti violentada porque foi uma escolha minha.*”. O mesmo acontece com Odília ao verbalizar naturalidade pelo fato de ter “*ficado um pouco dilacerada*” ou como refere Nilma “*eles só falaram que iriam induzir meu parto e que iriam introduzir comprimidos*”. Isso se configura como violência física, pois está relacionada à prática de intervenções ou atos danosos ao corpo da mulher, como o uso de episiotomia ou “*mutilação genital*”, exame de toque de forma dolorosa, restrição

de analgesia quando indicada, como exemplos. sem que haja respaldo científico suficiente para a prática desses atos (Lima, 2018; Castilho, 2019)

Destarte, que Nilma não disse, de fato, o nome da medicação, mas sentiu-se desconfortável e desrespeitada em não ser informada adequadamente sobre a quantidade e o intervalo do uso dos medicamentos oferecidos, o que para ela poderia causar consequências negativas para o seu bebê. Então, não foi dado a Nilma o fornecimento de informações e explicações sobre o uso do medicamento.

A título de ilustração o documento *As Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento* (OMS, 1996) demonstra que mulheres não devem ser submetidas a práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, como “o uso de comprimidos orais de ergometrina<sup>62</sup>, sendo a recomendação da Organização Mundial da Saúde é que a medicação seja utilizada, *na realidade, no pós-parto* para reduzir o sangramento excessivo em mulheres com risco de hemorragia. Desse modo, a OMS considera que a administração da medicação supracitada sem controle e a qualquer momento antes do parto é uma conduta prejudicial e ineficaz no parto.

À guisa das questões relacionadas às boas práticas de atenção ao parto Leal (2017) e colaboradores afirmam que na prática, o modelo de assistência obstétrica institucionalizado no Brasil “é intervencionista e os profissionais de saúde em larga medida não somente identificam práticas como ocitocina, episiotomia e cesariana como adequadas, mas também como indicativas de um “bom cuidado” (Leal, 2017, p.10)

A pesquisa “Nascer no Brasil” (FIOCRUZ, 2016) por meio da análise dos prontuários médicos de 23.894, afirma que a chance de a mulher negra não receber anestesia é 50% maior. Em relação às mulheres que receberam o corte no períneo, em 10,7% das mulheres pretas não foi aplicada a anestesia local para a realização do procedimento, enquanto no grupo das mulheres brancas a taxa de não recebimento de anestesia foi de 8%. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2020).

As intervenções desnecessárias podem ser caracterizadas como “toques realizados muitas vezes, por mais de uma pessoa, sem o esclarecimento e consentimento da mulher” (MATO GROSSO, 2023). Aconteceu com *Marielle (MACMA)* que, mesmo tendo relatado que ocorreu tudo bem no pré-natal e o acesso

---

<sup>62</sup> A metilergometrina é um derivado semissintético natural, alcaloide do ergot, ergometrina. Este medicamento age causando contração do músculo do útero (Laboratório União Química, 2022)

à maternidade, foi submetida várias vezes ao toque vaginal, nas idas ao serviço de obstetrícia para atestar se o bebê já estava evoluindo para nascimento.

*Eu fiz o pré-natal direitinho. Eu esperei as 40 semanas, eu fui para eles tirarem a criança, que ele estava sentado, ele era pélvico, estava sentado, então eu já sabia que seria cesariana, só que todos os dias eu ia, a partir das 40 semanas eles ficavam dando toque, mandando para casa, quando eles foram tirar, já estava com 43 semanas, então ele já estava passando do ponto de nascer. Eu ia de bicicleta para a maternidade. (Marielle).*

A qualidade do acesso da mulher negra ao pré-natal, parto e nascimento é um dos problemas identificados. Isso pode ser em decorrência da vulnerabilidade desta ao ser submetida a esse nível de intervenção que ocorre pela falta de informação e de conhecimento sobre os seus direitos para questionar e intervir sobre práticas que não são adequadas Theophilo, Rattner e Pereira (2018) infere

Que possivelmente essa vulnerabilidade repercute na forma como utilizam o sistema de saúde, demandando (ou não) a atenção pré-natal, e certamente se reflete na forma como são acolhidas (ou mal acolhidas) nos serviços de saúde, seja durante a gestação, seja para a atenção ao parto. (Theophilo; Rattner; Pereira, 2018, p.5)

Essa agressividade é reflexo da violência estrutural, fruto da exclusão social marcada pelo racismo e por fatores socioeconômicos, os quais produzidos por uma sociedade desigual e discriminatória dificultam o acesso aos serviços de saúde pela mulher negra. Desse modo, é possível deduzir que essa iniquidade reflete o racismo institucional nas maternidades de modo que os profissionais de saúde, os gestores, a sociedade e as próprias mulheres negras parecem que ainda não conseguem compreender esse problema crônico, no sentido da busca soluções para a superação da cultura da violência durante o pré-natal, o parto e nascimento.

As puérperas foram indagadas sobre os cuidados íntimos realizados no pré-parto, parto e pós-parto. As 15 (quinze) responderam que foram orientadas pelos profissionais de forma adequada e não sofreram qualquer tipo de constrangimento. Também não surgiu nas falas elementos que indicassem ou sugerissem a prática de violência sexual

Algumas puérperas, oportunizaram-me ouvir sobre as experiências em relação em relação a outros partos, o que considero fundamental porque permitiu-me alargar os horizontes acerca do conhecimento os problema passados por elas nos momentos concomitantes a implementação das políticas para as mulheres, como a

criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento nos anos 2000 e anos depois com a institucionalização Rede Cegonha, com início em 2011, que previa ações de atendimento nas maternidades considerando o recorte étnico/racial. Isso quer dizer que essas mulheres pariram no percurso desses programas.

Esses relatos serviram para ilustrar como no decorrer de outras gestações a violência obstétrica se fez presente na vida dessas mulheres de forma real e agressiva.

Dandara verbalizou que ficou 3 (três) dias com dores quando do nascimento do seu segundo filho no Hospital Municipal de Coroatá/MA, em 2009, disse que praticamente pariu sozinha, pois quando equipe foi colher-lhe, a filha já estava “coroando” e que já estava preparada para acolhê-la nos braços. Indignada com o que passou disse que hoje já tem conhecimento e processaria os/as profissionais pela negligência descaso que quase custou a sua vida e a de sua filha. Nesse mesmo parto, o médico deu-lhe alguns toques vaginais com as unhas grandes, o que a deixou bastante desconfortável; que ao reclamar com o profissional recebeu a resposta: *Você pode ficar aí, que eu não venho mais aqui não. Só venho quando você pari*”.

Odília referiu que a cidade onde seu primeiro filho nasceu, em 2011, por ser pequena, é permeada de “politicagem” e que só teve acesso a maternidade da cidade de Chapadinha/MA, porque, justo no dia do parto, no plantão tinham pessoas conhecidas e que já ouviu de muitas mulheres da zona rural que não conheciam ninguém na maternidade serem agredidas verbalmente por alguns profissionais que diziam “*na hora de vocês transarem não ficam com dor*”; *vocês não pensam*” e quanto mais as mulheres gritavam de dor os profissionais deixavam sem assistência.

Nilma disse que quando pariu seu primeiro filho na Maternidade Maria do Amparo, em 2015, da rede municipal de saúde de São Luís/MA *empurraram sua barriga para o bebê nascer e que doeu muito (manobra de Kristeller) mas hoje entende que não pode mais essa manobra. e que compreende que é violência obstétrica*, quando o médico empurra para ajudar a sair o neném e que na época não sabia que era uma agressão física por falta de informação .

Questões como estas são percebidas como uma violência para as entrevistadas porque são agressões físicas, as quais são perceptíveis para elas porque “é o uso intencional de força física com potencial para determinar morte, incapacidade e ferimento” (Menezes et al,2012, p. 311).

As situações apresentadas são importantes para ilustrar a violência sofrida pelas mulheres negras durante muito tempo e como há necessidade de ampliar esse debate no cotidiano das instituições de saúde, na perspectiva da garantia da materialização das boas práticas alicerçadas na humanização da assistência ao parto. Como preconiza Diniz et. al (2014) em relação às mulheres negras e pobres, “as frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento”. (*Diniz et al., 2015, p. 4*).

Destarte, que a falta de preparo dos profissionais em lidar com a violência obstétrica institucional pode ser fomentada pela sobrecarga de trabalho e esgotamento físico e emocional provocada pela alienação do trabalho (SILVA,2014 ; FRANCA 2014; RODRIGUES; 2015) porém não se deve justificar esse processo apenas por essa questão existem fatores associados ao *viés racial implícito* que precisam ser discutidos.

Apreendo que a violência obstétrica está presente na vida dessas mulheres pelas experiências trazidas por elas no ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, existe ainda uma invisibilidade dessa prática, ou seja, uma dificuldade em conhecer seus tipos e associá-las ao contexto do parto e nascimento, como também aos atos racistas praticados no âmbito das maternidades.

## **5.2. Invisibilidade do racismo na violência obstétrica**

*Um retrato, Um espelho. Um rosto Um outro rosto. Quantas faces de si em si mesma?!*  
( *Um Retrato, Beatriz Nascimento, 1988*)

Considerando essa categoria empírica questionei as puérperas sobre a violência obstétrica e sua relação com a cor da pele e/ou condição socioeconômica. A perspectiva nessa abordagem era perceber se as mulheres conseguiam detectar situações de racismo durante o atendimento dos profissionais, no contexto do pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. Assim, 13 (treze) puérperas verbalizam que não sentiram racismo ou discriminadas pela cor da pele nos atendimentos dos profissionais. Uma (1) não responde porque nesse momento solicita interrupção da entrevista por desconforto emocional. Nesse sentido, segui o que determina a

Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde; somente 1 (uma) relaciona a resposta à condição socioeconômica. Desse modo, segue as falas das entrevistadas:

*Não tive ou não percebi em relação a diferença de atendimento devido a cor da pele ou situação econômica” (Felipa/MACMA)*

*Todas as enfermeiras me tratam super bem, sem discriminação. Pelo menos não senti isso. (Odilia/Macma)*

*Eu acho que não foi nem tanto pela cor, porque eles não veem a gente como negros, não! Os negros têm o cabelo pintado de amarelo, porque preto gosta de pintar o cabelo de loiro, de luzes. (Marielle/ MACMA)*

*Acho que não. Porque muitos locais que a gente vai, muitas vezes não somos atendidos bem, principalmente nós negros, a gente passa muitas vezes por situações difíceis. Mas, aqui não. Não vi alteração das pessoas por conta da cor, pelo menos não percebi. (Lúcia/HU-UFMA)*

*Em relação a ser negra, eu acho que não. Eu me considero parda, mas acho que não aconteceu comigo discriminação. Mas, muitos casos acontecem e por preconceito; às vezes pela cor da pele da gente, faz com que as pessoas nos tratem mal. ( Firmina /HU-UFMA)*

*Atendem bem as pessoas. Entendeu? Quer dizer, me atenderam bem. Nas duas gestações foram assim (Sueli/ Nossa Senhora da Penha)*

É importante considerar que todas essas mulheres sofreram violência obstétrica e estão na base dos estudos sobre o tema, como já explicitado. Essas falas demonstram a invisibilidade do racismo institucional pelas mulheres, considerando que, para elas, as atitudes perpetradas pelos profissionais são percebidas como normais e realizadas da mesma forma para todas as mulheres independente da classe social e ou cor da pele.

As mulheres negras vivenciam cotidianamente iniquidades sociais e econômicas que associadas ao racismo as coloca numa condição de subalternidade por meio da violência simbólica<sup>63</sup>, de uma “sutileza” que parece que corresponde a

---

<sup>63</sup> Violência suave, insensível é invisível a suas próprias vítimas. Se exerce, essencialmente, pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento. Essa relação social extraordinariamente ordinária, oferece, também, uma ocasião única de compreender a lógica da dominação, exercida em nome de um princípio simbólico, conhecido e reconhecido tanto pelo dominante quanto pelo dominado (ou de uma maneira de falar), de um estilo de vida (ou uma maneira de pensar, de falar ou de agir) e, mais geralmente, de uma propriedade distintiva, emblema ou estigma (Bourdieu, 1999, p. 7; 8)

um tipo de violência que é exercida com o consentimento de quem a sofre (CASTILHO, 2012) e que atinge os seus direitos sexuais e reprodutivos e o período gravídico-puerperal, cujo processo é eivado pelo racismo estrutural que tem como componente direto o racismo institucional, os quais perpassam o inconsciente coletivo e atuam como regra na sociedade. Nas maternidades, a violência obstétrica contra as mulheres negras ocorre a partir dessa estrutura que, alicerçada ao saber técnico-científico profissional de saúde, atua hierarquicamente por meio da relação saber/poder que atinge a integridade das mulheres negras sem que consigam perceber a violência perpetrada.

Estudo realizado por Oliveira (2018) que trata das *mulheres negras vítimas de violência obstétrica em maternidades da Bahia* preconiza que os efeitos do racismo velado, inclusive do ponto de vista institucional, manipulam a percepção das mulheres. Segundo a autora, as mulheres entrevistadas na pesquisa tiveram dificuldade de percepção do racismo e/ou atos de preconceito racial, por isso aparecem poucos depoimentos explícitos sobre o tema.

É o caso de Dandara (HU-UFMA) que foi enfática ao dizer a seguinte frase *“nós somos brancos e pretos, aqui não faz diferença, aqui você pode entrar, você pode sair, você é do jeito que você é, branco você sai branco, do jeito que você é negro, moreno, pardo, você sai também”* ou como expressa Marielle sobre a percepção de ser negro, quando diz *“eles não veem a gente como negros, não!”*

As falas de Dandara e Marielle escamoteiam as adversidades decorrente do racismo brasileiro fincado ainda no mito da democracia racial, mesmo diante das lutas cotidianas antirracistas do movimento social negro. Assim, “como as manifestações discriminatórias nem sempre ocorrem de forma explícita, há dificuldade na identificação destas práticas, tanto por suas vítimas, quanto pelas pessoas que a praticam” (Domingues et. al, 2013, p. 282). Logo, iniquidades raciais entre pretos e brancos não existem para elas, portanto, as desigualdades raciais não fazem parte do espaço da maternidade confrontando-se com as estatísticas já apresentadas neste trabalho, que apontam que as mulheres negras sofrem racismo nos serviços de saúde.

Conforme Jussara Assis é “possível supor a existência do viés racial na atenção às mulheres negras em período gravídico puerperal, sendo necessário reconhecer o valor do recorte étnico racial para a análise dos diferenciados serviços

---

de saúde prestados à população, como as maternidades” (ASSIS, 2018, p. 553). A autora explica essa perspectiva a partir do conceito de viés racial implícito<sup>64</sup> para refletir, na realidade brasileira, sobre a “sutileza” do racismo considerando a crença em uma democracia racial. Assim, para a autora o viés racial pode ser entendido

como uma perspectiva tendenciosa construída a partir do contexto sócio-histórico que legitimou a escravidão negra no Brasil. Disso, resultaram práticas, conscientes e inconscientes, que têm como uma de suas bases um contexto peculiar articulado às políticas, econômicas, sociais e culturais que retratam a pessoa negra como desprovida de inteligência, humanidade, capacidade de articulação política, não sendo pensada como alvo de cidadania plena. Nessa teia, ideologias relacionadas à inferioridade e coisificação, legado da escravidão, conformam uma imagem engessada, crônica e naturalizada da população negra numa realidade subalternizada. [...] se manifestar em todas as áreas da vida social, sobretudo nas instituições. Portanto, infere-se que a atenção à saúde da população brasileira, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), não está imune a tal fenômeno, já que tem refletidas em seu cotidiano as determinações político-raciais de nossa sociedade (Assis, 2018, p. 550)

Conforme López (2012) o viés racial implícito caminha a passos firmes no racismo institucional, ou seja,

O racismo institucional não se expressa em atos manifestos, explícitos ou declarados de discriminação. Ao contrário, atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações e extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades. (López, 2012, p. 127).

Então à guisa do conceito de viés racial implícito, expresso por Lopez (2012), Hotimsky, Aguiar e Venturi (2013) e Assis (2018), pode ocorrer práticas nas maternidades que sugerem discriminação e preconceito, a partir da “construção” de estereótipos alicerçados - por meio de características fenotípicas - relativos à pessoa negras, contribuindo para a permanência do racismo institucional, o que pode reverberar, por exemplo, nas dificuldades das mulheres negras acessarem os serviços e ações de saúde e no tratamento prestado pelos/as profissionais, na medida em atuam perpetram a violência obstétrica a partir de um caráter racial velado.

---

<sup>64</sup>Segundo Assis (2018) o conceito de viés racial é largamente utilizado nos estudos estrangeiros, sobretudo nos EUA. Aponta a partir dos estudos de Sherman James (2017) a provável contribuição do preconceito inconsciente dos médicos americanos para as desigualdades nos cuidados de saúde, ao revelar que um comitê do Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos reuniu centenas de estudos documentando que apontaram o fato de minorias raciais americanas, principalmente os afro-americanos, receberem cuidados de saúde piores para amplo número de doenças, em comparação com os americanos brancos. Nisso, o referido comitê concluiu que os estereótipos negativos inconscientes dos médicos contra afro-americanos, e talvez contra outras pessoas de cor, provavelmente contribuam para essas disparidades.

As análises de Assis, sobre “viés racial implícito”, coaduna com o estudo de Leal et al (2017) realizado em maternidades do estado do Rio de Janeiro. Nesse estudo a autora evidencia que mulheres negras e pardas, especialmente de menor escolaridade, recebem menos oferta de anestesia no parto normal. Refere também, a partir das análises de Hoffman e colaboradores sobre o tema “Viés racial na avaliação e tratamento da dor recomendações e falsas crenças sobre biodiferenças lógicas entre negros e brancos” (2016) realizado no National Library of Medicine (EUA), que assuntos como estes ainda devem ser aprofundados no Brasil. Assim,

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 Nascer 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 et al., 2017, p.10).

Nesse sentido, na violência obstétrica o profissional de saúde atua e se faz presente como um indutor do racismo, pois os atos de agressão muitas vezes cometidos por ele indicam que estão internalizados naturalmente nas suas práticas, sendo uma violência de gênero perpetrada também pelo Estado, através de instituições por ele criadas, de equipes de saúde por ele contratadas, e de ações superficiais implementadas, quando não inexistentes, as quais não dão visibilidade e/ou combata esse tipo de violência contra mulheres negras (DINIZ, 2005).

Essa violação dos direitos das mulheres é uma expressão das perversidades presentes na sociedade brasileira, classista, machista e patriarcal processada de forma relacional por meio de mecanismos de opressão-dominação-exploração presentes nesta sociedade capitalista, em que as políticas para as mulheres são atacadas em seus princípios norteadores e tentativas de desqualificação a partir de ações de grupos conservadores com o objetivo de serem implementadas sob uma perspectiva moralista e religiosa de cunho confessional.

De certo, quando se analisa a invisibilidade do racismo na violência obstétrica aprendo que esta perspectiva se encontra presente na realidade das mulheres negras, porque de fato se uma mulher não branca tem sido excluída das políticas públicas

brasileiras ao longo da história, uma mulher negra pode ser excluída duas ou três vezes a mais desse processo.

Outro ponto que saliento é o ocultamento do racismo pelas condições socioeconômicas, ou seja, os problemas relacionados à classe social são mais evidentes no acesso aos serviços de saúde. Esse ponto coaduna com a pesquisa realizada por Oliveira (2019), que evidencia a não percepção do racismo pelas mulheres, à medida em que as participantes da pesquisa acreditam que a desigualdade de acesso está relacionada, exclusivamente, à condição de pobreza, dispensando a problemática da questão racial. Esse ponto é exemplificado nos depoimentos de Marielle e de Nilma.

*Eu acho que foi mais pelas condições financeiras, condições mesmo sociais, porque a gente vê pessoas que chegam, ainda mais quando é do interior que são jogados, não dão a mínima. Porém, quando uma pessoa que já chega, que é da cidade, tem uma vida financeira já mais elevada, às vezes eles dão mais atenção*  
**(Marielle/ MACMA)**

*Eu conheci pessoas que trabalhavam aqui e conseguiram mais facilmente fazer uma Cesária, diferente de quem não tinha nenhum conhecido influente. Isso ajudou a pessoa a conseguir ganhar um neném e a criança não ter problemas graves. Assim como eu que não teve essa facilidade. Então para mim, isso é um problema mais de classe do que de cor”*  
**(Nilma/Macma)**

Os depoimentos de Marielle e Nilma são comumente relatados por muitas mulheres que utilizam os serviços de saúde. Expressões como “ não dão a mínima” indica descaso, negligência e falta de acolhimento com as mulheres como se tivessem de tolerar o tempo de espera e a boa vontade dos profissionais para serem atendidas diante da dor do parto ou outro procedimento a ser realizado.

A expressão “*não tinha nenhum conhecido para ajudar*” demarca a percepção dos/as usuários/as sobre o serviço de saúde, ou seja, o acesso só é possível quando recebem “ajuda” de profissionais influentes que “dão um jeitinho” para que possam acessar o serviço. Isso demonstra, ainda que tenha avançado as discussões sobre o princípio da equidade no SUS, evidenciam-se esses mecanismos que prejudicam àquelas que utilizam o sistema de saúde, por exemplo, estão na fila de espera para realização de procedimentos, por exemplo, principalmente as mulheres que necessitam de atendimento preferencial, conforme os fluxos de acesso ao pré-natal e parto instituídos nessas instituições. Então, não é errado afirmar que a percepção das

parturientes é pertinente, pois reforça a discussão de que mulheres negras que se sentem descartadas e invisíveis por estarem em condições econômicas desfavoráveis e pelo local onde moram, especificamente, quando neste existem poucos equipamentos de saúde instalados e/ou em funcionamento.

Domingues et al (2013) em um estudo realizado sobre a *Discriminação racial na percepção de mulheres em relação ao cuidado em saúde reprodutiva* inferem que para algumas mulheres há discriminação relacionada à classe social, por acreditarem que recebem atendimento desigual devido à condição de pobreza, porém estas não identificaram a discriminação racial, sendo que esta invisibilidade ocorre pela sobreposição das desigualdades sociais e de classe. Porém, para os autores, a discriminação racial se manifesta de forma subliminar e, como tal, a ausência disso nos discursos das mulheres pode ser explicada pela incorporação do mito da democracia racial na sociedade, cuja assimilação sobre a inexistência do racismo implica na não percepção da desigualdade racial. E, ainda, a opressão sofrida pelas mulheres e a internalização da discriminação as impede de fazer a denúncia. Nessa perspectiva,

A cor da pele não é fator determinante para o tipo de atendimento recebido, mas sim a classe social. Nesta perspectiva, as desigualdades de classe social são utilizadas pelas entrevistadas para explicar as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, ocultando o processo de exclusão e restrição vivenciado pelas mulheres negras [...]. Este achado não permite afastar a existência de discriminação racial no acesso aos serviços de saúde reprodutiva, uma vez que o poder aquisitivo, mais do que outras características socioeconômicas estaria captando esta mesma discriminação [...] Tratar a não percepção das práticas discriminatórias no cuidado em saúde reprodutiva como um problema a ser enfrentado pelas mulheres negras, profissionais da saúde e sociedade em geral (Domingues et al., 2013. p. 290)

A mesma análise é expressa por Jussara Assis (2021), que assevera que a percepção dos/as profissionais de saúde e gestoras/es sobre as particularidades das mulheres negras está mais ligada à dimensão socioeconômicas, com referência “a ideia clássica de que as pessoas são discriminadas porque são pobres [...] giram em torno, a priori, apenas da dimensão socioeconômica, afirmando que o caráter racial não se relaciona a tais aspectos” (Assis, 2021, p. 166)

É mister colocar que raramente no Brasil, alguma pessoa diga explicitamente que é racista, contudo, sempre identifica ou conhece um racista. Na esfera privada e nas relações interpessoais, o racismo é constantemente negado, mas é pertinente

apontar que “admita-se que exista racismo, mas ele será sempre praticado pelo outro” (SCHWARCZ, 2012, p 34). Destaco os depoimentos de Lélia, Odília e Firmina que admitem a existência do racismo na sociedade e no geral refutam essa praticada pelo outro, ressaltando que a existência desse ato nocivo, em relação às mulheres negras, especialmente no período gravídico-puerperal, deve ser combatido.

*Acho que essa relação existe pelo racismo que as mulheres negras sofrem. Vejo muitos casos na televisão, no jornal. Acho que devem denunciar para a polícia. Não deveria acontecer esse tipo de coisa, mas muitas vezes a gente é tratado por conta da cor da pele (Lélia/HU-UFMA)*

*Mas muitos casos acontecem e isso por preconceito; às vezes a cor da pele da gente faz com que as pessoas nos tratem mal. Não deveria acontecer esse tipo de coisa, mas muitas vezes a gente é tratado por conta da cor da pele (Firmina/ HU-UFMA)*

*No meu interior, Chapadinha, tem isso sim. Não sei se tem relação com o racismo, preconceito. Eu creio que existe, porque o racismo nunca acabou. [...] Eu nunca sofri, mas já vi comentários preconceituosos de alguns profissionais da saúde, por exemplo, falando das partes íntimas das mulheres da zona rural, que segundo eles são roxas. Pra mim é um preconceito, porque associam com falta de higiene e às vezes não é. Mas, é a cor da parte íntima da mulher que é assim dessa coloração. Pra mim é falta de ética” (Odília/Macma)*

Os depoimentos demonstram que as marcas do racismo fazem parte da vivência dessas mulheres, mesmo que não tenham identificado essa prática em suas vidas, vislumbro que estão presentes em suas experiências pessoais em relação ao parto e nascimento. Chama atenção a fala de Odília que coaduna com os estudos realizados sobre o “viés racial implícito”, em que é comum o racismo internalizado em uma parte dos profissionais de saúde, os quais atribuem características fenotípicas às mulheres negras e estereótipos pautados em atributos raciais “construídos” e alicerçados no racismo.

Falar de violência obstétrica contra as mulheres negras, requer “ouvir” delas o seu significado, de modo a analisar como percebem esse problema e sua materialização no âmbito das maternidades. O desconhecimento ou o conhecimento parcial dessa questão é algo que requer uma intervenção de cunho crítico/pedagógico por parte de todas/os profissionais de saúde, dos gestores públicos e dos

formuladores de políticas públicas para as mulheres negras, a vista de que situações como essas não fiquem silenciadas, naturalizadas e esquecidas na sociedade.

### **5.3. “Já ouvi falar”: a percepção sobre violência obstétrica**

É o direito de todas as mulheres negras terem acesso ao melhor padrão de saúde ofertado pelo poder público, porém isso não se confirma conforme os estudos apresentados neste trabalho. As mulheres negras estão no topo das estatísticas no Brasil no que concerne as maiores taxas de mortalidade materna; as que mais morrem de causas obstétricas; que afirmam que já se sentiram discriminadas ou tratadas de maneira desrespeitosa em relação as outras mulheres; as que mais sofrem violência sexual, doméstica e intrafamiliar; as que tem maiores dificuldades em acessar aos serviços de saúde (ginecologia, puerpério, climatério e situação de abortamento); as que menos recebem assistência qualificada e humanizada em relação ao parto e nascimento e as que mais sofrem violência obstétrica e tem menos conhecimento sobre tal prática (PNSIPN, 2017; ABRASCO, 2020; FIOCRUZ, 2022) mesmo com a implementação de estratégias no âmbito do Ministério da Saúde, porém pouco operacionalizadas nos serviços de saúde, para aumentar a qualificação da atenção à saúde com foco na dimensão de raça/racismo e condições sociais.

Em relação a violência obstétrica, o uso do termo é quase inexistente nas unidades de saúde, como se fosse proibido falar de algo tão prejudicial às mulheres, o que torna essa discussão obscura, esquecida e inadequada, tanto que se tornou “impróprio” pelo Ministério da Saúde no ano de 2019, com o objetivo de desqualificar o tema, impossibilitar as denúncias das mulheres durante toda a gestação, parto e pós-parto, e atingir o movimento de mulheres e feministas, que introduziu o problema no âmbito da Política de Atenção ao Parto e Nascimento.

O acesso à informação sobre o significado de violência obstétrica, seus diferentes tipos e as formas de perpetrar são fundamentais para combatê-la, ou seja, quanto maior for o conhecimento das mulheres e pela sociedade a tendência é a visibilidade do problema, diminuição das ocorrências pelos/as profissionais de saúde, melhoria da estrutura de acolhimento combinadas com o incentivo às práticas de enfrentamento do racismo institucional para que mulheres negras tenham, de fato, um parto humanizado.

Nesta pesquisa, embora se tenha constatado que as puérperas, de modo geral, tenham dito que não sofreram violência obstétrica- pela própria incompreensão do seu significado - e elogiado o atendimento de modo geral das maternidades, foram identificados elementos que denotam negligência, falta de cuidado e de acolhimento nas suas falas, sinalizando a necessidade de uma mudança de postura e atitude de alguns dos/os profissionais.

Desse modo, apresento como as puérperas compreendem o significado de violência obstétrica. 10 (dez) delas dizem que já ouviram falar sobre o tema, sendo as expressões: “acho que já ouvi falar”; “acho que sei”; “acho que é uma violência”; “ouvi quando assistir no jornal”; “ não muito, mas acho que sei” ditas muitas vezes por elas. Os depoimentos estão relacionados às experiências das mulheres em relação aos partos que tiveram em tempos diferentes de suas vidas:

*Já ouvi falar sobre a violência obstétrica. É tipo um preconceito. Em Chapadinha tem muito isso de violência que a mulher sofre no parto. Pra mim a violência obstétrica é falta de acolhimento, de respeito em relação a mulher muitas mães morrem no trabalho de parto* **(Odilia, Macma)**

*Eu sei praticamente, mas não sei explicar como é. Pra mim é aquela violência em que os médicos querem passar dos limites com a pessoa* **(Dandara/HUUFMA)**

*Não muito, mas já ouvi falar, mas não parei para estudar ou perguntar para alguém, não sei dizer em relação ao seu significado. Sei que existe, mas não sei dizer o significado. Realmente, como não passei por isso, não sei como lhe explicar totalmente.* **(Lúcia, HUUFMA)**

*Não sei dizer muito bem sobre isso, não sei dizer o que é, mas sei que fui muito maltratada na Maria do Amparo [...] Quem vai ter parto normal, sentido dor, eles não colocam na frente; ficava na fila sem orientação e se fizesse alguma queixa, eles colocaram que o problema estava na mulher que só reclamava”.* **(Firmina, HUUFMA)**

*Já ouvi falar, já li sobre isso também, sempre gosto de me manter informada. Às vezes a mulher não quer e enfermeira ou o médico que estão ali acompanhando não perguntam se quer ou autoriza, pra mim é isso.* **(Luiza/ HUUFMA)**

*Não sei dizer. Acho que a violência obstétrica é uma violência no parto, mas não sei dizer melhor sobre o conceito[...] eu só fiquei sabendo o que é depois que vi o caso do médico, antes nunca tinha ouvido* **(Esperança/HUUFMA)**

*Sei que existe essa violência, mas não sei dizer o que é realmente. Sei que é uma violência contra a mulher na hora do parto. Precisa de mais comunicação para que as mulheres saibam o que é e se defendam (Lélia/HUUFMA)*

A percepção das puérperas sobre o que é a violência obstétrica coaduna com as pesquisas sobre o tema, no que diz respeito à definição e os seus tipos. Odília associa ao preconceito, a uma violência que a mulher sofre no parto e verbaliza que muitas delas morrem no trabalho de parto por conta dessa prática. Lélia e Esperança referiram que é uma violência contra a mulher na hora do parto, como também dito por Odília.

Essas percepções estão nos estudos de Leal et al (2017), Tesser et al (2015), Diniz et al (2015), Lansky et al. (2019).entre outros autores, que asseveram que violência obstétrica é uma violência de gênero que acontece também no parto. Odília, Luiza e Firmina ressaltam que a violência obstétrica se dá de diferentes formas e tipos. por meio da falta de acolhimento e de respeito; falta de orientação dos profissionais; agressão verbal; não consentimento da mulher para realização de procedimentos, dentre outros aspectos indicando que as entrevistadas conhecem a dinâmica da violência.

A exposição dos sentimentos dessas mulheres diante da violência obstétrica vivenciada também é importante, a exemplo cito Firmina, que refere que sofreu maltrato e sentiu-se negligenciada quando relatou que os profissionais disseram que o problema estava na mulher que “*só reclamava*”, reforçando os estereótipos de que mulheres, sobretudo negras, produzem escândalo na hora do parto e não têm controle sobre a dor. Isso significa que os corpos das mulheres negras são invisibilizados, sofrem discriminação diariamente e, como consequência, estas não sabem ao certo como devem se posicionar diante da violência sofrida.

As puérperas Conceição, Maria e Felipa revelam que só souberam de a possibilidade de uma mulher ser violentada no parto, a partir do caso da atriz Karla Castanho<sup>65</sup> ou do “caso de um médico anestesista que estuprou uma mulher quando submetida a uma cesariana”<sup>66</sup> pois, até então, não tinham conhecimento do termo e de casos desse tipo, ocorridos em cesarianas ou parto normal, que, não obstante, são

---

<sup>65</sup><https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2022/06/5018185-as-multiplas-violencias-contr-klara-castanho.html>

<sup>66</sup><https://www.geledes.org.br/estupro-em-hospital-nao-e-caso-isolado-diz-advogada/>

furos da cultura o estupro, da misoginia e do machismo que “embebedam” a sociedade brasileira.

*Tem o caso da atriz Klara Castanho que foi estuprada e o ginecologista a fez obrigar a escutar o coração do bebê. Foi uma gravidez que ela também não esperava, mas ela continuou dependendo da situação que tinha acontecido. [...]. No posto de saúde eles estavam comentando sobre isso, sobre o caso do anestesista*  
**(Conceição/HUUFMA)**

*Não. Não conheço. Só pela televisão que a gente vê. Foi aquele caso que mostrou que a moça estava na cesariana que ele violentou ela ali na sala de parto” ... mas não sei dizer o que é. Sim, já ouvi falar É quando faz as coisas sem os consentimentos, né.* **(Maria/ Nossa senhora da Penha)**

*“Eu soube o que era quando vi o caso no jornal, sobre a moça que sofreu abuso de um médico quando estava no centro cirúrgico em uma cesariana. Antes disso não sabia o que era, mas creio que isso já vem acontecendo a muito tempo com muitas mulheres”* **(Felipa/Macma)**

Aguiar e D’Oliveira (2011) em pesquisa sobre a *Violência Institucional em Maternidades Públicas* realizada em São Paulo, com 21 puérperas, relacionam o termo “escandalosa” imputado às mulheres no decurso do parto e nascimento como uma violência de gênero. Nessa pesquisa as autoras analisaram que existe um apelo ao papel materno que, geralmente, se processa em um contexto em que se almeja a resignação e a naturalização da mulher à sua dor, o que demonstra a reprodução ideológica que indica que certos estigmas fazem parte do papel da mulher, como “ser boa-mãe” e “ser forte para aguentar a dor do parto”, “os quais são reforçados pelos profissionais que valorizam a mulher que “aguenta calada”, que “fica quietinha” e, desta forma, dá menos trabalho”. (Aguiar; D’Oliveira, 2011, p.07)

Estumano (2017) coaduna com a perspectiva de Aguiar e D’Oliveira (2011), ao inferir que há uma naturalização das práticas violentas executadas nos corpos das mulheres nos serviços de saúde e que essa questão pode estar relacionada ao fato de a mulher concordar com a realização de certos procedimentos, principalmente, por falta ou pouco conhecimento sobre seus direitos, contribuindo para a não percepção de condutas caracterizadas como violência e, mesmo aquelas que conhecem, como no caso de Luiza que disse “*sempre gosto de me manter informada*”, têm dificuldades em ter os seus direitos garantidos. Wolff e Waldow (2008) asseveram que essa violência “consentida” pelas mulheres se dá pelo medo de acontecer maltrato,

principalmente, com o seu bebê e pela condição de desigualdade em que estão inseridas no âmbito hospitalar, por isso muitas vezes submetem-se ao que é proposto pelos profissionais.

Destarte, 2 (duas) puérperas em seus depoimentos referiram que nunca ouviram falar sobre violência obstétrica. Sueli (Nossa Senhora da Penha) que refere que nunca ouviu falar e que no momento da entrevista expressou curiosidade em saber e, Carolina (HU-UFMA) que foi enfática disse que não sabia.

Por outro lado, Tereza (MACMA) e Nilma (MACMA), quando internadas em uma unidade de saúde de Chapadinha e Marielle (MACMA) disseram:

*A violência obstétrica eu acho que é tipo, a mulher ser forçada a fazer um parto sem orientação. Ou seja, o que não era pra fazer e foi feito sem o seu consentimento ou foi brutalmente feito, talvez seja isso,” (Marielle/ MACMA)*

*Sim. Vejo que a violência não foi só o ato de empurrar minha barriga. Se expressou quando a médica falou com agressividade, falou alto numa sala com 5 leitos (quando falou do exame de ultrassom., com outras pessoas. É um tipo de violência verbal (Nilma/MACMA)*

*Pois é tenho esclarecimento sobre a violência e sei que sofri na Macma e foi psicológica. (Tereza/MACMA)*

As puérperas apresentaram percepções distintas sobre violência obstétrica, mesmo não sabendo definir o termo, o compreendem de acordo com as suas experiência referente ao período gravídico-puerperal ou de situações postas na realidade, mesmo porque esse problema é ocultado, como se fosse “proibido” de ser dito pelos profissionais de saúde, que de certo modo ausentam-se de fornecer informações básicas sobre a temática, cujas consequências é o agravamento dessa prática que tem ocorrido rotineiramente nas maternidades, ainda mais quando estudos têm evidenciado a existência do viés racial implícito, considerando a reprodução das desigualdades estruturais no modelo obstétrico no Brasil, marcado pelo racismo institucional, que coloca as mulheres pretas e pardas vulneráveis e em desvantagem em relação às não negras durante a assistência pré-natal,, parto e pós-parto, posto o enraizamento dos sistemas de opressão e dominação racial e de classe imposto historicamente a essa população na sociedade.

Alencar et al (2022. p.7) apontam que existe uma carência de pesquisas que busquem investigar a violência obstétrica nas mulheres negras brasileiras e, nesse norte, é relevante “a realização de estudos primários que objetivem descrever de

modo mais detalhado as repercussões desta prática entre as mulheres negras no Brasil". Na mesma direção uma investigação realizada por Silva et al (2022) sobre a *Percepção da violência obstétrica por mulheres negras em uma comunidade periférica de Salvador (BA)* evidenciou que entre os estudos sobre violência obstétrica

Há uma escassez quanto à visão das parturientes sobre os acontecimentos vivenciados, o que exhibe a não valorização do papel da mulher durante o atendimento, além de negação à devida importância que sua percepção tem como pilar fundamental para a melhoria no funcionamento dos serviços. (Silva et al, 2022 p 15)

Na pesquisa, Silva et al (2022) afirmaram que a maioria das mulheres negras comparam negativamente o atendimento recebido em relação às mulheres brancas a partir de uma perspectiva racial, questionam a violência sofrida pelos profissionais, porém não reagem durante as agressões cometidas.

É preciso discutir essa temática considerando a concepção de violência de gênero e de racismo como fundamentais nas unidades de saúde, pois, também, é uma luta histórica e constante do movimento de mulheres negras na possibilidade de que essa compreensão contribui para a materialização da PNISPN no SUS, cuja formulação é fruto de um debate intenso na sociedade e sua implementação requer que os/as profissionais de saúde também se enxerguem nela, na medida em que, também constituem a população negra no Brasil, sendo primordial que se reconheçam enquanto sujeitos desse processo.

A vista disso, os/as profissionais podem contribuir para criação de estratégias de atuação eficientes e pautadas de fato na humanização do parto, tendo como norte o combate ao racismo, não só institucional. Isso deve ocorrer por meio do desenvolvimento de um mecanismo pedagógico nas unidades de saúde, com a participação das usuárias e dos gestores nesses espaços, buscando a luta antirracista por ser um desafio dentro da ordem vigente capitalista que opera o racismo para manter o cidadão subordinado a ela.

"As mais estereotipadas, as mais excluídas, aquelas que sempre "suportam mais dor" (Curi, Ribeiro E Marra, 2020, p. 7). As mulheres negras devem enfrentar a violência obstétrica? A resistência e a participação destas vai indicar quais medidas se deve tomar, qual luta deve existir para tornar visível esse problema, contudo com argumentos e com constatações. É preciso combater com insistência essa prática

cruel que contribui para que a mulher negra seja invisibilizada ou fique sob o limbo do parto.

A violência obstétrica é uma prática que viola os direitos humanos das mulheres negras em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Como um fenômeno social expressa-se a partir de uma dinâmica contraditória, em que o poder da equipe multiprofissional, (in)consciente, se impõe diante da fragilidade dessas mulheres durante o período gravídico-puerperal.

#### **5.4. A posição das mulheres negras: é possível estratégias de enfrentamento para superação da violência obstétrica?**

As experiências de mulheres negras que vivenciam a violência obstétrica, a partir de intercruzamento discriminatórios, requer uma visualização sobre essa questão e a intervenção sistemática do poder público, considerando que o enfrentamento desse problema nas maternidades é complexo, isso porque as desigualdades que estruturam as posições relativas as mulheres negras tentam fragilizá-las como movimento de resistência que luta contra o racismo e que toma posição em relação violência de gênero.

Enfrentar<sup>67</sup> esse problema requer uma participação consciente da sociedade, e não menos importante, que os gestores e profissionais de saúde tentam incorporar nos seus espaços de atuação as particularidades, as singularidades e as especificidades das mulheres negras, considerando suas opiniões, suas histórias de vida, seus modos de pensar/sentir a maternidade e suas lutas cotidianas que se dão nesta sociedade capitalista que é excludente e segregadora em relação a classe social. Entender, também, que essas mulheres não se encontram no mesmo universo das mulheres brancas, mesmo as pobres, pois estão sob as influência dos determinantes sociais da saúde, os quais permeados pela questão racial é estruturante nas relações sociais e impactam diretamente no acesso dessa população aos direitos sociais e, conseqüentemente, no atendimento no SUS de forma equânime.

À guisa, questionei as entrevistadas sobre se sofreram violência obstétrica e, em decorrência, se foram criadas estratégias para o seu enfrentamento: 7 (sete) -

---

<sup>67</sup> O verbo *enfrentar* significa superar ou achar alternativas para contornar uma circunstância ruim (Dicionário On line, 2023)

Felipa (MACMA); Odilia (MACMA) Marielle (MACMA); Firmina (HU-UFMA); Luiza (HU-UFMA); Esperança (HU-UFMA); Lélia (HU-UFMA) - respondem que não sofreram; 2 (duas) - Nilma (MACMA) e Dandara (HUUFMA) - referem sofrimento, mas não enfrentaram a violência; 1 (uma) - Tereza (MACMA) - disse que sofreu a violência e a enfrentou; 1 (uma) - Conceição (HU-UFMA) - enfrentou mesmo não identificando que sofreu e; 4 (quatro) - Lúcia (HU-UFMA); Sueli ( Nossa Senhora da Penha); Maria (Nossa Senhora da Penha); Carolina (HU-UFMA) - não souberam expressar ou verbaliza se sofreram ou não a violência obstétrica, imprimindo uma certa dúvida nas respostas.

Assim as puérperas verbalizaram

*Não enfrentei. Eu queria que acabasse logo. Só queria que fizessem minha cesariana e ir pra casa” (Nilma, Macma)*

*Eu não reagi ao atendimento em Coroatá. (Dandara, HUUFMA)*

As falas de Nilma e Dandara demonstram fragilidade e vulnerabilidade, denotando uma certa passividade e impotência diante do violência sofrida, sendo que essas experiências coadunam com as análise de Silva et al (2022), as quais preconizam que a maioria das mulheres negras não reagem e não enfrentam as agressões cometidas por profissionais por sentirem medo das possíveis consequências desses atos ou desacreditam nas medidas institucionais que possam ser tomadas para coibir a violência.

Tereza apresenta-se como uma usuária que tem pleno conhecimento sobre a violência obstétrica e enfrentou as agressões verbais sofridas, mesmo sentindo-se fragilizada e refere que a situação que vivenciou causou-lhe desconforto emocional que custará para esquecer. Conceição, mesmo referindo não saber se sofreu violência obstétrica, enfrentou a equipe para dizer que não concordava com a abordagem da equipe que se reuniu para discutir sobre a translactação de sua filha sem a sua presença. Logo expressaram.

*Foi traumatizante. O meu relato é de revoltar e de alerta para que a MACMA tire aquela pessoa que faz violências [...] a gente ouve por exemplo “, a paciente fala demais”, As atendentes disseram que eu era muito de reclamar e me visaram porque eu reclamei; eu questioneei, queria trocar de obstetra . Não calei diante do que eu estava sofrendo, eu falei mesmo. E você fica visada como uma pessoa que reclama e tal. (Tereza, MACMA)*

*Então a abordagem que eu tive ontem foi desnecessária. É como se eu fosse incapaz de ter leite para amamentar minha filha. Não sabendo que com toda a minha trajetória, todo o meu esforço, mesmo para continuar a amamentar, mesmo com leite no meu peito. Então no momento que uma pessoa diz para mim que fizeram uma reunião e a gente achou melhor colocar a mamadeira, eu acho que deveriam ter uma outra abordagem, “a gente tá pensando em continuar a translactação, ela no seu peito, fazer uns intervalos, para ela aprender a sugar e a respira”, essa seria uma abordagem porque eu não iria ficar frustrada, como eu fiquei [...] o psicológico da gente é abalado todo dia aqui, porque a gente não tem apoio. E acabei ficando ignorante, logo eu que não gosto de ficar ignorante com as pessoas (Conceição/ HU-UFMA)*

No caso das duas puérperas não houve desconhecimento sobre a violência obstétrica sofrida e, de certo modo, firmam-se como conhecedoras dos seus direitos sexuais e reprodutivos, enfrentando às suas maneiras os atos dos profissionais que conduziram a assistência de forma inadequada e, nesse sentido, não concordaram com os procedimentos tomados. Entretanto, ainda que os questionamentos fossem feitos, as mulheres tiveram seus direitos violados, foram silenciadas, seus desejos não foram realizados, dúvidas não foram tiradas e os profissionais julgaram o que é “melhor” para elas e colocaram-nas numa situação de impotência.

As respostas e as não respostas demonstram que o enfrentamento da violência obstétrica pelas mulheres negras requer, primordialmente, que estas tenham consciência política de sua realidade social e conhecimento dos seus direitos sexuais, reprodutivos e humanos que devem ser garantidos pelo estado, com extensão à política de saúde, ademais entender que o racismo é um elemento central nesse processo, que constantemente negado, estrutura as desigualdade I na sociedade capitalista brasileira.

Sob o ponto de vista individual, as mulheres negras precisam construir estratégias de enfrentamento que, segundo Gadone-Costa (2010) é um

Um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas específicas, avaliadas pelo sujeito como além de seus recursos ou possibilidades. As estratégias de enfrentamento utilizadas dependem de recursos materiais, crenças, habilidades e apoio social de cada indivíduo (Gadone-Costa, 2010, p.49).

Nessa perspectiva, o enfrentamento configura-se como uma resposta, cujo intuito “é criar, manter ou aumentar a percepção do controle pessoal, frente a uma

situação estressante” segundo Gadone-Costa (2010, p.49), a qual pode ser focada no problema ou na emoção que ocorrem reciprocamente e dependem da situação na qual o sujeito está inserido, sendo que as estratégias de enfrentamento podem mudar de acordo com as circunstâncias do problema apresentado e conforme a situação de estresse vivenciada pela mulher no seu cotidiano.

A construção de estratégias de enfrentamento pelas mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal contra a violência obstétrica deve extrapolar as ações individuais, mesmo considerando sua importância. A luta para enfrentar este problema deve estar norteada pela compreensão do racismo estrutural, sendo acima de tudo, coletiva, organizada e participativa, em que o antirracismo, interseccionado ao anticapitalismo, tem na população negra e pobre a mais atingida pelas desigualdades sociais. Essa indissociabilidade é também fundamental para materializar estratégias políticas de combate ao racismo no âmbito do SUS, a vista do silenciamento de questões necessárias que inviabilizam e invisibilizam o alcance da justiça reprodutiva e social de mulheres negras.

As mulheres negras, no Brasil, já serviram de experimentos científicos no período escravocrata, foram submetidas a esterilização forçada e alvo do controle de natalidade na chamada “transição demográfica” e, vem lutando constantemente pela justiça reprodutiva, a qual é fundamental no campo da saúde, em que a violência obstétrica - como uma violência direta - atinge sua integridade física e psicológica. Somando a esse processo, a busca de justiça social é imprescindível para as mulheres, no exercício do direito à reprodução e sexualidade. Para tanto, esses direitos só podem ser garantidos se as mulheres negras tiverem capacidade de articulação política para terem acesso aos recursos sociais e materiais necessários para a superação da opressão que sofrem cotidianamente. (Coletivo Margarida Alves, 2020). No geral, as maternidades (re)produzem e naturalizam essas desigualdades no acesso e no tratamento adequado à saúde.

Destarte, as estratégias de enfrentamento da violência obstétrica já vêm sendo construídas ao longo dessas duas últimas décadas pelo movimento de mulheres. Como tal, a PNSIPN incluiu a necessidade de ampliação de ações voltadas para a esse público, a partir da perspectiva interseccional para compreender as especificidades das mulheres negras, sobretudo alinhado à totalidade sócio-históricas, compreendendo as origens, a cultura e as desigualdades impostas a essa população. Então essa luta e caminhada não deve ser perene, mas persistente

enquanto os sistemas de opressão e exploração estiverem presentes será sempre necessário combatê-la. Assim, “mulheres pretas e pardas têm liderado a luta pela justiça reprodutiva no Brasil ao pontuarem a indissociabilidade entre saúde, direitos sexuais/reprodutivos e justiça social” (Assis, 2021, p. 161)

Diante disto, é possível realizar estratégias de enfrentamento nas maternidades combinando ação política com o uso de ferramentas institucionais criadas pelos profissionais e gestores, porém alinhadas às boas práticas do parto e nascimento, ao que preconiza os documentos oficiais em relação ao atendimento humanizado às mulheres negras no período gravídico-puerperal, e a luta das mulheres e dos movimentos feministas, os quais imprescindíveis para o alcance dos objetivos necessários à discussão sobre a violência obstétrica.

O interesse primordial é o debate de temas consubstanciados para análise das condições de vida das mulheres negras, os quais raça/racismo, classe (pobreza; condições socioeconômicas) e violência de gênero. De modo geral, instituições de saúde, incluindo as maternidades, carecem dessas discussões a partir de uma análise teórico/crítica que contemple as experiências de discriminação, pois sem isso, há dificuldade de compreensão da violência obstétrica pelos profissionais, sociedade, pelas mulheres negras e suas famílias, as quais precisam apreender os mecanismos que mantêm essa estrutura.

Concordo com a perspectiva de Assis (2021), ao sugerir que ações educativas sejam realizadas no contexto da assistência no período gravídico puerperal por meio da educação permanente no âmbito do SUS, que inclua a saúde das mulheres negras. Ou seja

Tal ação materializa a integralidade e a intersetorialidade, princípios fundamentais do SUS. Neste sentido, é preciso investimento na gestão e na execução da assistência obstétrica que favoreça a prática profissional baseada em evidências, de modo que, cotidianamente, profissionais de saúde e gestoras/ es repensem suas ações para melhorar o cuidado de saúde, tornando eficaz a experiência das mulheres negras, numa perspectiva de justiça reprodutiva. É recomendável, ainda, que todos os sujeitos envolvidos na política de saúde tenham em vista os fundamentos do controle social, ou seja, da participação da sociedade para intervir no SUS. A participação do movimento de mulheres negras não pode deixar de ser considerada nesta dinâmica (Santos, 2021, 167)

As práticas profissionais baseadas em evidência para combater a violência obstétrica são necessárias. Sadler et al (2016), sem citar as mulheres negras, refere que na análise sobre a violência obstétrica é preciso discutir o modelo assistencial

obstétrico; imprimir propostas de intervenção que propicie a conscientização das mulheres, considerando os seus direitos, bem como o fomento de pesquisas para desvelar questões sobre o tema, Desse modo, acredito que a relação violência obstétrica e mulheres negras devem ser contemplada nas análises.

A necessidade de aprofundamento das discussões sobre as práticas profissionais com a inclusão de temáticas na grade curricular, baseadas em evidências científicas, voltadas ao conhecimento sobre direitos e violações dos direitos das mulheres que reflitam sobre o contexto social destas objetivando o acesso ao atendimento integral, equânime e humanizado é imprescindível e urgente. Além disso, o aprimoramento do uso de tecnologias leves são necessárias para facilitar a comunicação entre as mulheres e os profissionais de saúde, já que o fenômeno da violência obstétrica que exige a criação de estratégias para o seu enfrentamento e prevenção (Diniz et al, 2015; Monteiro et al, 2020; Marçal et al, 2021).

Na perspectiva do modelo humanizado considero que cada mulher negra que expressa suas experiências tem uma forma diferente de vivenciar o parto, pois é um momento íntimo e cheio de incertezas, envolto de medo e alegria, cujas etapas - gestação e parto - são eventos saudáveis e que fazem parte do ciclo reprodutivo feminino, porém algumas vezes traumáticos.

A maternidade entendida como uma construção histórica e social, varia para cada mulher negra entrevistada, segundo seus contextos históricos, sociais, econômicos e políticos que perpassam suas rotinas, muitas vezes envoltas de incertezas, angústias, tristezas, alegrias e formas de encarar a realidade conforme suas condições como pessoas negras e pobres. Nelas, não vi o “mito do amor materno”, mas em algumas o desejo de ser mãe, mas sem romantismo. Percebi, o desejo de falar, de expor seus sentimentos em relação ao parto e nascimento como Nilma, Dandara e Tereza que expuseram suas dores físicas e psicológicas, negligência e angústia, enfim a violência sofrida e a solidão. A sociedade precisa validar a voz dessas e de muitas mulheres negras que cotidianamente sofrem violência obstétrica nas maternidades. O enfrentamento é necessário por elas e pelas outras mulheres que terão seus filhos nas maternidades ora apresentadas. Quem sabe, constate-se que histórias de luta e resistência contribuíram para a superação da violência obstétrica no Maranhão.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica contra as mulheres negras é uma violência naturalizada nas maternidades, sendo uma regra e não uma exceção conforme os estudos sobre o tema indicam. Não é sutil, é uma incivilidade que se expressa de forma contundente e deixa marcas indeléveis na vida dessas mulheres. Ao ser interseccionada aos eixos raça, gênero e classe de forma indissociável e dialética, como centrais para a análise crítica da condição histórica das mulheres, é definida sob a lógica da opressão permeada de racismo e sexismo, os quais alinhados às desigualdades sociais, submetem as mulheres negras as piores estatísticas relacionadas aos atos de violências doméstica, intrafamiliar e institucional. Nesse sentido, a necessidade de implementação e acesso às políticas públicas torna-se um caminho árduo e desgastante, considerando nesse norte, a pouca capacidade dos gestores públicos em elaborar e materializar ações estruturantes com foco em uma agenda que vislumbre o efetivo direitos humanos, sexuais e reprodutivos dessas mulheres na sua plenitude e o combate efetivo a todas as formas de violência.

Destarte na compreensão da relação entre violência obstétrica e mulher negra, considerando as relações raciais, é importante a compreensão de opressão e exploração como uma unidade dialética em que primeira - a opressão - se manifesta por meio de comportamentos, mentalidades e atitudes que naturalizam, disfarçam ou favorecem a discriminação racial, por exemplo; e o segundo - a exploração - pela manutenção econômica e social, como ato para extrair mais valia dos/as trabalhadores/as assimetricamente relacionada as relações de poder que impede essa classe de alcançar bem-estar social por meio do trabalho produtivo. Desse modo, as vidas das mulheres negras são atravessadas por estas estruturas que impactam nas suas relações sociais em sociedade, que as colocam em níveis de desigualdades sociais que estimulam o surgimento de formas heterogêneas de violência. Isso é fundamental para mantê-las permanentemente subalternizadas à lógica do poder patriarcal e do capital.

Neste trabalho concluo que a violência obstétrica contra as mulheres negras é uma violência de gênero e está organicamente associada às estruturas desiguais de poder e humilhação histórica, as quais presentes desde o processo de escravização, à exemplo nas primeiras intervenções no século XIX por meio de um modelo médico obstétrico que impunha experiências científicas sobre os corpos

dessas mulheres e, conseqüentemente e não obstante, o incremento de práticas similares, como a episiotomia e a manobra de Kristeller e a exaltação do modelo de parto hospitalar mercadológico fortemente presente na atualidade por meio do aumento excessivo de cirurgias cesariana, especialmente no Brasil. Nesse norte, é necessário dizer que a violência obstétrica é um problema histórico, logo sempre existiu, sendo mais problematizada e denunciada atualmente devido ao enfrentamento do movimento de mulheres e feministas de diferentes matizes e, como tal, implícita em uma sociedade marcada pela discriminação racial desde a sua formação.

Tal violência é encrudescida pela discriminação social e racial que também permeia a engenharia institucional do SUS, por meio de suas ações e serviços. Ainda, caracteriza-se pelo trato desumano de um sujeito que detém o poder da fala, do agir profissional e que utiliza de mecanismos para realizar intervenções desnecessárias sobre os processos fisiológicos das mulheres, conseqüentemente, contribuindo para a perda de sua autonomia em relação ao parto.

Nessa perspectiva, considero que as experiências individuais das mulheres negras em relação a violência obstétrica perpetradas nas maternidades devem ser analisadas a partir da sua condição enquanto sujeito que sofre múltiplas discriminações na sociedade brasileira, ou seja, pelo fato de serem negras que sofrem racismo e, por estarem em desvantagem econômico-social em relação ao acesso aos serviços e ações desenvolvidas nas distintas políticas públicas, em particular da saúde, como expresso a partir das evidências científicas ora apresentadas.

Desse modo, o problema da violência obstétrica, considerando as experiências apresentadas pelas puérperas entrevistadas, é consequência da naturalização das opressões de classe, raça e gênero que favorecem as desigualdades que estruturam as posições relativas dessas mulheres na sociedade, que as hierarquizam em relação aos outros grupos, como homens e as mulheres não negras cujas vivências não podem ser analisadas da mesma forma em relação às mulheres negras, considerando o privilégio de classe/raça que pertencem.

Esses sujeitos foram e são subalternizados em relação à exploração do trabalho, a partir de uma lógica capitalista fundida na sua essência na perspectiva do patriarcado, do racismo e do sexismo, a qual molda seus modos de ser, pensar e de viver pela captura das suas consciências. Essa lógica naturalizada no seio das relações sociais brasileiras foram conduzidas e produzidas historicamente por uma

perspectiva colonialista materializada a partir de uma construção política, econômica e cultural, as quais sistematicamente reatualizadas e reconfiguradas no contexto da sociedade atual e, quiçá, nos próprios movimentos sociais que precisam ampliar as discussões sobre questões fundamentais e particulares que dizem respeito a luta antirracista, como tal aquelas que se dão no âmbito do racismo estrutural, das relações desiguais de gênero/sexo, sem desconsiderar que a classe trabalhadora é heterogênea.

Em relação a análise dos resultados da pesquisa cumpre destacar alguns elementos. A violência obstétrica está implicitamente relacionada ao racismo institucional e as relações de saber/ poder do profissional sobre os mulheres negras são expressas de diferentes formas, ou seja, por meio da violência física, psicológica, verbal e da negligência, a partir de um conjunto de práticas que atentam sobre a liberdade individuais e de escolha das mulheres entrevistadas.

Como tal, o racismo apresenta-se nas falas das puérperas, como: *“apesar de ser negra”*; *“negras sofrem violência obstétrica, mas nunca sofri racismo”*; *“eu como mulher parda nunca sofri racismo”*; *“no elevador, avisei para a enfermeira que a criança estava saindo, mas ela não acreditou em mim”*; *“tenho clareza que sofri violência obstétrica”*, dentre outras falas que conduzem a interpretação de que é preciso avançar sobre essa questão. No geral, reconhecem que o racismo está presente no atendimento de mulheres negras atendidas nas maternidades e que é preciso discutir melhor sobre o problema e combatê-lo. Logo as falas das mulheres indicam um racismo estrutural, subliminar, natural, normal, que prioriza “oportunidades” desiguais para a população negra em função da cor da pele e origem econômica-social.

Ainda, acreditam que a discriminação em relação a classe social é mais presente e frequente do que a racial, uma vez que a pobreza e a desigualdade social são um fator, para elas, determinante ao atendimento/acolhimento das mulheres no SUS e incide diretamente no acesso as ações e serviços de saúde oferecidos. Logo, as manifestações de violência obstétrica estão presentes nas falas das puérperas indicando que sofreram violência obstétrica no pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto, por meio de práticas e ações que violam os seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos ao longo das gestações recentes e anteriores.

As mulheres negras puérperas, neste trabalho, que sofrem violência obstétrica, na sua maioria residem na periferia de São Luís/MA, são silenciadas,

atravessadas pela discriminação racial, de gênero e social. Maioria pobres, solteiras ou convivendo com parceiros íntimos, têm uma frágil rede de apoio sociofamiliar, desempregadas e com poucos recursos financeiros para subsistirem, cuja renda é insuficiente para suprir as condições alimentares.

No geral, não reconhecem e poucas conseguem identificar as formas de enfrentamento da violência obstétrica sofrida no cotidiano do parto e nascimento, sendo que também, a maioria das puérperas desconhecem os meios ou mecanismos para o enfrentamento da violência obstétrica. Ainda, Os temas racismo e sexismo ainda são tabus nas maternidades pesquisadas, como também pouco compreendidos pelas puérperas, pela falta de informação sobre os tipos e pelo próprio entendimento do conceito.

Houve mudança na dinâmica de apreensão das temáticas sobre a violência obstétrica que deve ocorrer de forma nítida, objetiva, sem deixar de considerar as experiências das mulheres e as formas como enfrentam esse problema no cotidiano e no âmbito institucional, porém deixando claro que **racismo é crime** (*grifo meu*). Isso porque a partir da observação participante parece que os profissionais e os gestores de saúde desenvolvem ações de pouco impacto, como discussões pontuais em palestras que têm insuficiente alcance pedagógico nos processos de trabalho desenvolvidos pela equipe multiprofissional. Leva a crer que a realização da atividade - que não é contínua - configura-se apenas como um cumprimento de metas, que não impacta significativamente em uma mudança de cultura profissional, posto que não modifica, de fato, as consciências para superação de práticas repugnantes como o racismo e o sexismo.

É necessário dizer que profissionais de saúde não comprometidos com as boas práticas de parto e nascimento tendem a utilizar-se de intervenções que contribuem para a expropriação da subjetividade da mulher, naturalizam práticas que podem ser evitadas e atuam sobre o corpo feminino por meio da imposição de padrões de atendimento que desqualificam a autonomia e as escolhas das mulheres no momento do parto. Não obstante, denunciar a violência obstétrica passa indubitavelmente pelo enfrentamento da relação desigual de poder entre o profissional médico/a e gestantes/puérperas, na perspectiva de garantir os direitos humanos das mulheres no contexto do parto e nascimento.

Ademais, as maternidades pesquisadas não tratam o tema violência obstétrica na rotina do atendimento multiprofissional; ainda é invisível e incomum,

sendo que as questões racial, de gênero e de classe - está sob o ponto de vista econômico - no geral são desconsideradas no âmbito das relações profissionais, nos processos de trabalho da equipe e no contexto do incremento de ações de humanização implementadas.

É mister colocar que, constantemente, a ausência de informações sobre o quesito cor/raça nas fichas de internação e nos prontuários, como exemplo, indica que isso parece ser um mero detalhe é irrelevante que não deve ser perguntado ao/a usuário/a. Evidente que o contrário disso, o conhecimento sobre o quesito cor/raça serve para indicar, elaborar, implementar e avaliar políticas públicas direcionadas a população negra - incluído a saúde das mulheres - na possibilidade de criar ações próprias oriundas de demandas apresentadas por este grupo, considerando as condições de vida, social e econômica, em convergência com os determinantes sociais da saúde.

O problema da violência obstétrica contra as mulheres negras não pode parecer algo inalcançável, sem solução, naturalizada, esquecida ou negligenciada pela sociedade. Não pode ficar apenas em destaque nas manchetes dos jornais, e/ou quando aparece no meio televisivo a partir das falas de artistas famosos ou influenciadores digitais - mesmo que essa visualização seja importante e apareça como uma denúncia - pois é necessário que a mobilização do movimento social feminista e de mulheres exijam dos poderes públicos, gestores de saúde a nível federal, municipal e estadual ações efetivas que coíbam essas práticas nas maternidades e, do poder legislativo a elaboração de uma Lei de âmbito nacional para impedir essa violência e proteger as puérperas deste tipo de prática em todo o território brasileiro. Essa mudança deve relacionar-se com as boas práticas de atenção ao parto e nascimento que transversalizam com os documentos já apresentados nesta Tese, como a Rede Cegonha e o Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, os quais indicam como deve ocorrer a atenção às mulheres, inclusive considerando o recorte étnico/racial.

O Maranhão precisa avançar sobre o tema violência obstétrica inclusive sob o ponto de vista estrutural. Há necessidade de melhorar a ambiência das maternidades e o acesso às ações e serviços de saúde de forma equânime. À vista disso, fortalecer a oferta de serviços oferecidos pelas maternidades, em relação à atenção humanizada/qualificada desde a gestação, parto e nascimento, conforme as diretrizes da Política Nacional de Humanização e de outras políticas correlatas ao

tema . Assim, melhorar a ambiência e o acesso aos centros de parto; construir e implementar as ações concernentes a Casa da Gestante; melhorar a ambiência das enfermarias, muitas vezes lotadas e; construir quartos PPP, como exemplos, deve ser além de tudo uma meta qualitativa para atender as mulheres de forma digna, incluído negras e pobres, posto as que têm maiores dificuldades de acessar os serviços de saúde no Brasil, talvez pelo viés racial implícito, ora evidenciado cientificamente por meio de estudos sobre o tema.

Destaca-se que a falta e/ou insuficiência de investimento público nesses serviços no âmbito da saúde materno-infantil são em decorrência dos impactos do projeto neoliberal, que tem como norte a redução da área de atuação do estado; a implementação de ações administrativas e gerencialistas; a ampliação de estratégias com foco no desfinanciamento da saúde; o incremento de ações focalizadas com consequente ampliação da demanda e diminuição da oferta de serviços e ações de saúde destinados à população, dentre outros aspectos que fragilizam o SUS e, na sequência, enfraquece as poucas iniciativas destinadas a saúde da mulher negra.

Destarte, que o momento do parto se configura como uma experiência intensa na vida da mulher, seja em meio às condições adversas ou favoráveis, considerando a forma como é concebido, entendido ou internalizado, o contexto social, cultural, econômico e familiar nos quais se encontram as mulheres pode trazer problemas e/ou soluções. Enfim, o parto é singular; particular; único e marcado por simbolismos cercado por muitos tabus ou regras e rotinas.

Na perspectiva do modelo humanizado considero que cada mulher tem uma forma diferente de vivenciar a maternidade e a maternagem, pois são vivências íntimas e cheias de (in)certezas, envoltas de medo e alegria, que podem ser eventos saudáveis ou não. A maternidade varia segundo diferentes contextos históricos, sociais, econômicos e políticos e contrapõe-se a visão conservadora imposta às mulheres na sociedade de que o papel de ser mãe faz parte da natureza da mulher, simbolicamente fortalecido pelo “mito do amor materno”.

Ademais, o ambiente da maternidade é carregado de simbolismos, ocasionando na vida das mulheres negras, um misto de realização e insegurança, decorrente de uma série de violações de direitos por profissionais que deveriam garanti-los. Como tal, todas as mulheres devem ter acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito a assistência ao parto e ter informação sobre os procedimentos que serão realizados em seu corpo de acordo

com os seus desejos, com as normativas apresentadas pelo Ministério da Saúde e outras com base em estudos e pesquisas; de ter respeito ao seu momento vivido; de ter contato pele a pele com seu filho/a logo nas primeira hora após o parto; e de ter o direito a acompanhante em todo o processo do parto, em fim de ser atendida sem qualquer discriminação de raça, classe e gênero.

No Brasil, mesmo diante dos avanços das ações e serviços de saúde, com o aumento da cobertura de atendimento pré-natal e atenção ao parto hospitalar, as taxas de mortalidade materna ainda são altas. Em relação às mulheres negras, a autonomia e os direitos sexuais e reprodutivos são constantemente violados, cuja violência é engendrada pelo racismo estrutural e institucional, pois a partir deles estas mulheres são tratadas de forma desigual, na medida que a ausência de reconhecimento enquanto sujeitos de direito ocorre em função da cor da pele, da origem cultural e social.

À guisa, posso dizer que negras – muitas vezes chamadas de “minorias” - se tornam vítimas de discursos e práticas desumanizadoras, que se dão pela objetivação dos seus corpos. Nessa relação, como ser oprimido, ou seja, dos seus “opressores”.

Em suma, reafirmo que a violência obstétrica se circunscreve no âmbito dessa opressão, a qual naturalizada e internalizada como normal no cotidiano das maternidades desumaniza a mulher negra, pois a coloca em uma condição subalterna, cujo tipo de tratamento – diferenciado - por parte de alguns profissionais da equipe de saúde pode trazer-lhe traumas e/ou consequências emocionais. Nesse sentido, essa opressão está implicitamente relacionada às relações de saber/ poder, se expressa de diferentes formas, sendo também um conjunto de práticas que atentam sobre a liberdade de escolha dessas mulheres, principalmente em relação ao tipo de parto. Ou seja, a violência obstétrica apresenta-se por meio de trato desumano, uso abusivo da medicalização e intervenções desnecessárias sobre processos fisiológicos, gerando a perda da autonomia em relação ao parto, repercutindo negativamente na qualidade de vida das mulheres, como dito neste trabalho.

Assim continuo expressando-me por meio desta frase dita por Lélia Gonzalez no obra *“Por um feminismo Afro-latino-americano”*: **“A conscientização da opressão ocorre, antes de qualquer coisa, pelo racial”** (grifo meu) para reafirmar que é preciso caminhar, lutar e persistir no combate à discriminação de raça gênero e classe que atinge indubitavelmente as mulheres negras.

Sem a pretensão de esgotar a análise deste tema, considero que é preciso avançar nas discussões sobre a violência obstétrica contra as mulheres negras, uma vez que, embora exista um crescente interesse por pesquisas que possam subsidiar ações para o enfrentamento do problema no Brasil, a questão no Estado do Maranhão ainda carece de estudo e intervenção no campo das políticas públicas, que apontem também para a interseccionalidade como um campo analítico, complexo para aprofundar as formas múltiplas de desigualdade e subordinação social das mulheres negras, posto o aperfeiçoamento das análises ao atendimento de mulheres negras em situação de violência obstétrica.

## REFERÊNCIAS

ABEP. **Critério de Classificação Socioeconômica Brasil**. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. 2020. Disponível em: [www.abep.org](http://www.abep.org). Acesso em: 22 de Jul. de 2021

ABREU, Edna. Maria. Coimbra de. **O Serviço Social na educação profissional e tecnológica**: as particularidades do exercício profissional dos/as Assistentes Sociais nos Institutos Federais de Educação. Tese [Doutorado em Políticas Públicas]. São Luís/MA. Universidade Federal do Maranhão. 2017.

ABREU, Rachel Luiza Pulcino de **É algo socialmente construído: gêneros e sexualidades na escola entre percepções de docentes e estudantes**. PUC do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2019.

AGUIAR, Janaina Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese [Doutorado em Medicina Preventiva]. São Paulo/SP: Universidade de São Paulo; 2010b.

AGUIAR, Janaina Marques de; OLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas D. **Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo; 2010.

AGUIAR, Janaina Marques de; OLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas D. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface (Botucatu). 2011.

AGUIAR, Marques de Aguiar; D'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência Institucional em Maternidades Públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo; 2010

AGUIAR, Marques de Aguiar; D'Oliveira, Ana Flávia Pires Lucas; Schraiber. Lilia Blima. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo, 2013.

ALCANTARA, Iliane, SCHLEME, Cristine, SAMPAIO, Carlos Alberto Cioce. Bem Viver como paradigma de desenvolvimento: utopia ou alternativa possível? **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, v. 40, p. 231-251. UFPR. 2017.

ALENCAR, Eva Luzia de Almeida. **Repercussões da violência obstétrica nas mulheres negras brasileiras: uma revisão integrativa**. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, e565111031195, 2022. Disponível em file:///C:/Users/House/Downloads/31195-Article-372392-1-10-20220810%20(5).pdf. Acesso em 13 de maio de 2022.

ALMEIDA, Natalie Maria de Oliveira de; BARBOSA, Edith Maria. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. FIOCRUZ. 2020 out./dez.; 9(4): 12-27.

ALMEIDA, Sílvio Luiz de. **Racismo estrutural**. Feminismos plurais. São Paulo. 2019

ALMEIDA, Sílvio Luiz de. **Dossiê: marxismo e questão racial**. Margem Esquerda, São Paulo, n. 27, 2º sem. 2016.

ALMEIDA, Suely de Sousa. de. (Org.). **Violência de Gênero e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro. 2007.

ALMEIDA, Suely de Sousa. de. **Femicídio: algemas (in)visíveis do público-privado**. Rio de Janeiro: REVINTER, 1998.

ALMEIDA, Suely de Sousa. de. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

ALTHUSSER, L. P. **Aparelhos Ideológicos de Estado**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

ANDRADE, Carla Coelho de.de. Nota Técnica. Juventude e trabalho: alguns aspectos do cenário brasileiro contemporâneo. In: **Boletim Mercado de Trabalho**, Brasília, n. 37, nov. 2008, p. 25-32. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho\\_juventude\\_e\\_trabalho.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho_juventude_e_trabalho.pdf)>. Acesso

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Cálculo de indicadores proporção de partos cesáreos**. 2019 <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/parto-adeq>

ANTUNES, André. **Desigualdade e racismo institucional em pauta no SUS FICRUZ**. 2022. Disponível em <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/desigualdade-e-racismo-institucional-em-pauta-no-sus> ) Acesso em 18 de Maio 2023.

ANUNCIAÇÃO, Diana et al. **(Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Lqd6jsjQByrvCVyxWCxkqjN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20. Abril de 2023

ANZALDÚA, Gloria. **Borderlands/La Frontera: La nueva mestiza**. Madrid: Capitán Swing. 2016.

ASSIS, Jussara Francisca de Assis dos. **Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras**. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro \_ 1o Semestre de 2021 - n. 47, v. 19, p. 154 - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

ASSIS, Jussara Francisca de. **Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica**. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, set./dez. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/JfVQpC8kyzshYtTxMVbL5VP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 12 de Jan. 2022.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2865-2875, 2012 Disponível em <file:///E:/TESE%20COMPLETA/Acesso%20aos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso 07. Maio 2023

AUDRE, Lorde. **Irmã outsider** 1. ed. -- Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003.

AZEVEDO, Mário Luiz Neves de. **Igualdade e equidade : qual é a medida da justiça social?** Campinas; Sorocaba, SP, v. 18, n. 1, p. 129-150, mar. 2013

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Nova Fronteira, 2. ed. 268 p. Rio de Janeiro, 1985.

BAIÃO, Cinthia Carvalho. **O Parto Domiciliar sob a perspectiva da mulher: Protagonismo da Mulher e Assistência Humanizada.** Universidade Católica de Brasília, 2012

BAIRROS, Luiza. Nossos feminismos revisitados. **Revista Estudos feministas.** Disponível em: Vista do Nossos Feminismos Revisitados (ufsc.br). acesso em 23 de janeiro de 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROSO, Milena Fernandes. Notas para o debate das relações de exploração-opressão na sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Revista Serviço social e Sociedade.** São Paulo, n. 133, p. 446-462, SET./DEZ. 2018. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282018000300446#B10](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300446#B10). Acesso me 09 Set, 2020

BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana. **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. 232 p.

BENEVIDES, Maria Auxiliadôra da Silva et al. Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. 20 p. **Comunicação e Educação em Saúde.** 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsm/resouce/pt/mis-671>. Acesso em 06 . Maio. 2023.

BILGE, Sirma. Interseccionalidade desfeita: **salvando a interseccionalidade dos estudos feministas sobre interseccionalidade.** Revista Feminismos. Vol.8, N.3, Set. – Dez. 2018

BITTENCOURT, Sônia de Azevedo et al. **Parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil:** avaliação do grau de implantação das ações. Agência & Saúde Coletiva, 26(3):801-821, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4p3vFS9znjmjkKxrXBFdrMM/?format=pdf&lang=pt;> . Acesso em 04. Out de 2022

BORRETI, Rita Helena et al. Reflexões para uma Prática em Saúde Antirracista **Revista Brasileira de Educação Médica** | (sup.1) 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WXBd8cr76HZw9MhrcYNwMtP/?format=pdf&lang=pt>, acesso em 05 de Jul 2023.

BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães, et al. Práticas medicalizantes e trabalhadores de saúde: contradições entre discurso e prática PRÁTICAS In: **Anais do Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental, Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica**, 2016.Campinas, Galoá, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.science/saude-mental/trabalhos/praticas-medicalizantes-e-trabalhadores-de-saude-contradicoes-entre-discurso-e-p?lang=pt-br>> Acesso em: 26 abril 2023

BRASIL Ministério da Saúde. **Humanização no parto**: humanização do parto e nascimento. 2022 disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em 22 jan. de 2022

BRASIL Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Dados sobre mortalidade materna em 2015**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/489786-mortalidade-materna-entre-negras-aumentou-no-brasil.html>. Acesso em 26 de Out. de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Redes Prioritárias**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2023. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredepriorita> Acesso em 12 de Junho, 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**, 2014. Disponível em <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>. Acesso em 23. Abril de 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. **Campanha SUS sem Preconceito**. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34777-campanha-mobiliza-a-populacao-contra-o-racismo-no-sus>. Acesso em 11 Nov. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia Departamento de Ações Programáticas** Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Resolução RDC nº 36**, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União 2008; 4 jun.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Decreto nº 1.973, de 1 de Agosto de 1996**. Promulga a convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Diário Oficial da União.1996. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/d1973.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm). Acesso em 14 de Out. de 2021

BRASIL. **Estatuto da Igualdade Racial**. Lei Nº 12.288 de Julho de 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm). Acesso em 10 Out. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006**. Lei Maria da Penha. Diário Oficial da União. 8 Ago. 2006.

BRASIL. **Linhas de Cuidado**. <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>. Vídeo explicativo. 2022 Acesso em 02. abril de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde . **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. 2004c. Disponível em: [http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos\\_pdf\\_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf). Acesso em 6 de abril de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde . **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. 2004c. Disponível em: [http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos\\_pdf\\_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf). Acesso em 6 de abril de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apoio à gestão participativa e políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília: 2013. 14p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: < <http://goo.gl/PkrXAJ>>. Acesso em: 16 abril. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde. Brasília;1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Atenção ao parto Normal**. Brasília, 2017b Disponível em : [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em fev., 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Estado do Maranhão**. Relatório Técnico. 2017d. Disponível em: [file:///C:/Users/House/Downloads/RT\\_TC96\\_2sem2017%20-%20C%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/House/Downloads/RT_TC96_2sem2017%20-%20C%20(2).pdf). Acesso em 23 de Abril 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ficha perinatal ambulatorial**. Disponível em: [ficha\\_perinatal\\_ambulatorio.pdf](#). Acesso em Junho. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidados para doença trofoblástica gestacional** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde; Associação Brasileira de Doença Trofoblastica Gestacional. Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 110 p. : il.Brasil. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade matna**. Secretaria de Atenção à Saúde, 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Rede Cegonha**. 2011 Disponível em [http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor\\_assets/attachments/138/DOCUMENTOS\\_REDE\\_CEGONHA.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf). . Acesso em: 12. Maio de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: **dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança 2006**. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS. Brasília. 2004d.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 26, **direitos sexuais e direitos reprodutivos**. 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf) Acesso em: março a Janeiro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** Brasília : Editora do Ministério da Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília; Ministério da Saúde; 2018. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-39460>. Acesso em 26. Out de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Parto do Princípio**: dossiê da violência obstétrica “Parirás com dor”. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br> Acesso em: 22 de Nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 236 p.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004a. 104 p.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p. :

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação N° 03 de 28 de setembro de 2017c.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html) . Acesso em 07. Fev. de 2023.

BRASÍLIA. **Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional:** PCRI. 2006. Disponível em <https://abong.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Cartilha-Racismo-Institucional.pdf> . Acesso em: 10 Maio 2022

BROWSER, Diana; HILL, Kathleen. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth report of a landscape analysis** [Internet]. Harvard **School of Public Health University Research Co.**, Disponível em: <https://www.harvnet.org/resource/exploring-evidence-for-disrespect-and-abuse-in-facility-based-childbirth-report-of-a-landscape-analysis/>. Acesso em: 08 de Ago. 2023.

BUENO, Wilne de Campos; ANJOS, José Carlos dos. **Da interseccionalidade à encruzilhada: operações epistêmicas de mulheres negras nas universidades brasileiras.** 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/civitas/a/P6GkM9LzkwSQ8CDxM4wnT3F/> Acesso em 07. Março de 2022

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

BUTLER, Judith. **Undoing Gender**, New York, Routledge, 2002.

CAMPOI, Isabela Candeloro. Direitos das mulheres e injustiça dos homens de Nísia Floresta: **literatura, mulheres e o Brasil do século XIX.** História, Franca, v. 30, n. 2, p. 196- 213, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-90742011000200010>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-90742011000200010](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-90742011000200010). Acesso em: 31 mar. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, out-dez, 1998. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/NFSNGnbbPr3DFy89XCbSZLN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 02. Maio de 2023

CAMPOS. Vanuza Silva et al. Práticas convencionais do parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas. **Revista Baiana de Enfermagem** 2020 p1-10. Disponível em : <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/35453/21275>. Acesso em 12 de abril 2023.

CARDOSO, Lourenço. **Ao branco-objeto**: o movimento negro situando a branquitude: Instrumento: R. Est. Pesq. Educ. Juiz de Fora, v. 13, n. 1, jan./jun. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/glaucejane.cruz.EBSERHNET/Downloads/18706-Texto%20do%20artigo-77898-1-10-20110711.pdf>. Acesso em nov. de 2022

CARNEIRO, Sueli. **A batalha de Durban**. In: Revista Estudos Feministas, ano 10, 1º semestre 2002, p.210.

CARNEIRO, Sueli. A mulher negra na sociedade brasileira: **o papel do movimento feminista na luta antirracista**. 1. ed. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2003.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o Feminismo**: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. **Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros**. Universidade Católica de Pernambuco. 2011.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**. 2003. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ea/a/Zs869RQTMGGDj586JD7nr6k/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 10 de Março 2022

CARVALHO, José Alberto Magno; Brito, Fausto. **Demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios**. 356A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, jul./dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/spzxsnKgnmMrR3m98gLG77p/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 15 de Abril 2020.

CASTILHO, Glaucejane Galhardo da Cruz de. **Análise da violência doméstica e intrafamiliar física e psicológica contra gestantes**: percepções e repercussões na vida de mulheres atendidas na Unidade Mista do Itaquí Bacanga em São Luís - Ma/. [DISSERTAÇÃO]. Programa de Pós-Graduação de Políticas Públicas. UFMA. 2012.152f.

CELESTINO, Mairton. **Esperança Garcia e os usos do passado no presente: Direito e memória**. Disponível em <https://www.geledes.org.br/esperanca-garcia-e-os-usos-do-passado-no-presente-direito-e-memoria/>. Acesso 06 Fev. 2022.

CERQUEIRA, Daniel **Atlas da Violência 2021** / Daniel Cerqueira et al., — São Paulo: FBSP, 2021.

CHAUÍ, Marilena. Ética e violência. **Teoria e Debate**, p 33-39. 1998. Disponível em : <https://teoriaedebate.org.br/1998/10/01/etica-e-violencia/> Acesso em Jun. 2023.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas Antropológicas da Mulher** 4. São Paulo: Zahar Editores; 1985. p. 23-62.

CISNE, M. **Questão social e diversidade humana na formação socioeconômica do Brasil**. IN: **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018. p. 97 a 134.

COELHO, Rony et al., **Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020**. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas (EAESP/FGV). Nota técnica nº 27, agosto de 2022. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-27/>. Acesso em 02 Fev. de 2023.

COLETIVO MARGARIDA ALVES. **Cartilha Guia de Defesa Popular da Justiça Produtiva**. 2020 Disponível em <https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/03/CARTILHA-Guia-de-Defesa-Popular-da-Justi%c3%a7a-ReprodutivaWEB.pdf>. Acesso em: 14 Agosto. 2023

COLLINS; Patrícia Hill. "Interseccionalidade: **um projeto de conhecimento para um mundo descolonizador?**". Comunicação ao colóquio internacional Intersectionnalité et Colonialité: Débats Contemporains, Université Paris Diderot, 28 mar. 2014.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade. Tradução de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 202.

COLLINS. Patricia Hill. **Intersectionality's Definitional Dilemmas**. Department of Sociology, University of Maryland, College Park: Annu. Rev. Sociol. 2015. 41:1–20.

CONASEMS. **Regionalização da saúde: posicionamento e orientações**. Brasília. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102472>. Acesso em 13. Abril de 2023

CONITEC. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Protocolo de Recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 216. 106p

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. XVI PLENÁRIO. **Recomendações De Práticas Não Medicalizantes Para Profissionais E Serviços De Educação E Saúde**. 2015. Disponível em [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP\\_CartilhaMedicalizacao\\_web-16.06.15.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf). Acesso em 02 abril. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde das mulheres: desafios para integralidade com equidade**. **Revista Nacional de Saúde**, Edição 04, Ano 02, Jul/Agosto,2017, p.09 Disponível em [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/RevistaCNS\\_JulAgo2017](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/RevistaCNS_JulAgo2017). Acesso em 17. Agosto. 2023

CORRÊA, Sônia.; ÁVILA, Maria. Betânia. Direitos Sexuais e Reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003, p. 17-73. Disponível em [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6853408/mod\\_resource/content/1/15081600](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6853408/mod_resource/content/1/15081600). PDF. Acesso em 05 de Fev. de 2020.

CORRÊA, Sônia; ALVES, José Eustáqui Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. **Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. In: CAVENAGHI, S (Org.). **Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UN-FPA, 2006, p. 27-62.

CRENSHAW, Kimberlé . **Demarginalizando a intersecção de raça e sexo: uma crítica feminista negra da doutrina antidiscriminação, teoria feminista e política antirracista**. Disponível: <https://solemgemeos.medium.com/demarginalizando-a-intersec%C3%A7%C3%A3o-de-ra%C3%A7a-e-sexo-uma-cr%C3%ADtica-feminista-negra-da-doutrina-b024274df6f5>. Acesso 13 de Mar 2022

CRENSHAW, Kimberlé. **Beyond racism and misogyny: Black feminism and 2 live crew**. In: MEYERS, Diana Tietjens (Org.). *Feminist social thought: a reader*. New York and London: Routledge, 1997. p. 246-263.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, Jan. 2002.

CRENSHAW, Kimberlé. **Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color**. *Stanford Law Review*, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, jul. 1985.

DATASUS. Cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde. Consulta estabelecimento. **Maranhão**. Disponível em <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 18. Março. 2023

DAVID, Grazielle de. **Isso leva a um grau de Privatização no SUS**. Entrevista dada a FIOCRUZ, Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/isso-eleva-o-grau-de-privatizacao-da-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em 06 de maio de 2023

DAVIS, Angela **As mulheres negras na construção de uma nova utopia**. 2011, Disponível em <https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis/>. Acesso em 8 Mar. 2022.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEBUS, Mary. Manual de excelência de investigação mediante grupos focais. In: ESPERIDIÃO, Elizabeth. **Reflexões sobre a utilização do grupo focal como técnica de pesquisa**. São Paulo: Fundação Editora de UNESP, 2004.

DICIONÁRIO DE SOCIOLOGIA Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/praxis/482/5023019-DICIONARIO-DE-SOCIOLOGIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 18 de maio de 2022

DINIZ Simone Grilo. et al, **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. 2015. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-12822015000300019](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822015000300019) Acesso em 01. Julho de 2023

DINIZ, Carmem Simone . Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3), 627-637. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Acesso em 20. Junho. 2023

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo, et al. **Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele**: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cdK3mWB5JJMSFbFPx3bC3nv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02. Março de 2023.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento**. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012). Acesso em 01. Fev. de 2020

DINIZ, Simone. Grilo. **Direitos sexuais e reprodutivos**. IN: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados**: uma década de mudanças na opinião pública. Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2010.

DINIZ, Simone. Grilo. et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção** p. 377-384. 2015.. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-12822015000300019](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822015000300019) Acesso em 22 de Março 2021.

DOMINGUES, Patrícia Mallú Lima Domingues et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. **Texto e Contexto** , Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 285-92. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/c8pbVz3RRYHTNJSND8wQtYt/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em 13 de agosto de 2023

ENFRENTAR. In: **Dicionário On line**. Disponível <https://www.dicio.com.br/enfrentar/>  
2020. Acesso em: 10 agosto. 2023.

ENPLADES . Plan Nacional Para El Buen Vivir 2009-2013. Quito: SENPLADE.  
Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/36953479/PlanNacional-para-el-Buen-Vivir-2009-2013-version-completa>. Acesso em 22. Out. de 2022

ESTUMANO, Vanessa Kelly Cardoso. **Violência obstétrica no brasil**: casos cada vez  
mais frequentes. São Paulo: Revista Recien. 2017; 7(19):83-9 Revista Brasileira de  
Enfermagem. Disponível em:  
<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/126/128>. Acesso em 10.  
Agosto. 2023

FANON, Frantz. **Por uma revolução africana**: textos políticos. Tradução de Carlos  
Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

FARIA, Diego .Rufo Faria; SOUSA, Renato .Cruz de; COSTA, Terezina de Jesus  
Nascimento.

FARIA, Diogo.Ruffo et al. **Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na  
região Sudeste**: tendência temporal e determinantes sociais. Rev Méd Minas Gerais  
2012; 22(1):1-128

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. Operação Cesárea no Brasil.  
Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação. **Cadernos de  
Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 150-153, abril/jun. 1991. Disponível em  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/9xcHKxSZG77NTjTZqCG6zmy/?format=pdf&lang=ptn>  
Acesso em 09 de marco de 2023

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo:  
Elefante, 2017.

FERREIRA, Verônica. **Entre Emancipadas e Quimera: imagens do feminismo no  
Brasil**. Cadernos. AEL, n. 3/4, p. 153-200, 1995/1996.

FERREIRA, Vitoria de Miranda. **Mãe preta, estudo sobre o índice de violência  
obstétrica entre as mulheres negras**. In: **Congresso Brasileiro de**

**Pesquisadores/as Negros/as.** X, 2018, Uberlândia/MG. Anais. (Re)sistência Intelectual Negra e Ancestral. Universidade Federal de Uberlândia, 2018.

FIOCRUZ. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde.** 2023

FONSECA, Marcos. V. **A educação dos negros:** uma nova face do processo de abolição da escravidão no Brasil. Bragança Paulista: ESUSF, 2002.

FOUCAULT, M. **O sujeito e o poder.** In: RABINOW, P.; DREYFUSS, H. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FRANCA, Bruna Suellen da Silva, et. al. **Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar.** *Revista Rede de Cuidados Saúde.*2014. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/view/2368>. Acesso em 02. Maio de 2023

FRANTZ, Fanon. **Pele negra, máscaras brancas** . Salvador: EDUFBA, 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado** SESC, 2010.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no Parto.** Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em 10 Ago. 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado** 2010. [S. I.]: SESC, 2010

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no Parto.** Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em 10 Ago. 2020.

GADONI- COSTA. **Violência Doméstica:** vitimização e enfrentamento. [Dissertação Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Instituto de Psicologia. Programa De Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre: RS.,2010, p.103.

GALLO Rubneide Barreto Silva et al. **Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.** *FEMINA.*| 2011. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>> Acesso em: 17 de Maio de 2023

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GELEDÉS. **Guia de Enfrentamento ao Racismo Institucional e Desigualdade de Gênero**. Instituto da Mulher Negra, 2013. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf> Acesso em 09 de março de 2021

GELEDÉS. **Sexo é natural; gênero é cultural?** Um diálogo entre Joan Scott e Judith Butler Disponível em <https://www.geledes.org.br/sexo-e-natural-genero-e-cultural-um-dialogo-entre-joan-scott-e-judith-butler/>. Acesso em 23. Março de 2022.

GIL. Antônio. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002

GOES, Emanuelle. **“Sims era um salvador ou um sádico? Depende da cor das mulheres que você pergunta”**. Portal Geledés. Disponível em <https://www.geledes.org.br/sims-era-um-salvador-ou-um-sadico-depende-da-cor-das-mulheres-que-voce-pergunta/> acessado em Out. 2020.

GOES, Emanuelle; SANTOS Elisa. Maria. **Racismo, gênero e saúde no Brasil**. ANAIS DO 18º REDOR, Universidade Federal Rural, Recife. PE. 2014.

GOMES, Camilla de Magalhães. **Gênero como categoria de análise decolonial**. Civitas, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 65-82, jan.-abr. 2018.

GOMES, Maria Elasir; BARBOSA, Eduardo. A técnica educativa de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. **EDUCATIVA**, 1999. Disponível em: [www.dppg.cefetmg.br/mtp/Tecnicade Grupos Focais doc](http://www.dppg.cefetmg.br/mtp/Tecnicade Grupos Focais doc). Acesso em: 18 mar. 2008.

GOMES. Bruna Maria Costa; SOUSA. Stephany dos Santos Silva. Da medicalização do parto à violência obstétrica: tecituras sob o ponto interseccional. **Periódicus Revista de estudos indisciplinados em gêneros e sexualidades**. Núcleo de Pesquisa NuCuS. UFBA. Salvador, n. 17, v.1, jan.2022-jun.2022. Disponível em <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/35531>. Acesso em 25 de Março. 2023.

GONZALEZ, Lélia. **A categoria político-cultural de amefricanidade**. In: Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, Nº. 92/93 (jan./jun.). 1988b, p. 69-82.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. In: **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 223-244. IV Encontro Anual da Associação Brasileira de Pós-graduação e Pesquisa nas Ciências Sociais, Rio de Janeiro, 31 de outubro de 1980

GUARDA, Olivani Izabel Domanski. **Mortalidade Materna no Estado do Maranhão**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

*GUTMAN Laura. Puerperios y otras exploraciones del alma femenina. Buenos Aires: Editorial del Nuevo Extremo. 2007.*

HALL, Stuart. **Da Diáspora. Identidades e Mediações culturais**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.

HIRATA, Helena. **Gênero. Classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais**. Tempo Social, Revista de sociologia da USP, São Paulo. V 26, n. 1, 2014.

HOOKS, Bell. **Erguer a voz: pensar como feminista, pensar como negra**. São Paulo: Elefante, 2018.

HOOKS, Bell. **Não sou eu uma mulher?** Mulheres negras e Feminismo: Tradução à 1ª edição 1981. Plataforma Guet. 2014.

HOTIMSKY, Sônia Nussenzweig et al. **A violência institucional no parto em maternidades brasileiras**. IN: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudanças na opinião pública**. Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2010.

HU-UFMA **Informativo Institucional**. 2023a <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nord.este/hu-ufma/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em 18 de abril. 2023.

HU-UFMA. **Projeto Diversidade**. Gerência Administrativa Divisão de Gestão de Pessoas Unidade de Desenvolvimento de Pessoa EBSEH.2023b.

HU-UFMA. Protocolo de Acesso ao Pré-natal. Materno Infantil, s/d

HU-UFMA. **Relatório de Gestão do Hospital Universitário da UFMA 2021**  
Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/governanca/superintendencia/RelatA\\_rio\\_de\\_GestA\\_o\\_2021.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/governanca/superintendencia/RelatA_rio_de_GestA_o_2021.pdf).

Acesso em 06. março de 2023.

IBGE. **Informativo Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil** . 2021.  
Disponível em [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972_informativo.pdf). Acesso em 2. março de 2023

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. 2019. Disponível em [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf), acesso em 02. março de 2023

IUNES, Roberto. **Demanda e Demanda em Saúde**. IN Sergio F. Piola; Solon M. Vianna (org.), Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. Brasília, Ipea, 1995

KALCKMANN, Suzana et al. **Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS?** 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7532>. Acesso em 18. Maio. 2023

KONDO Cristiane Yukiko. et al. **Violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica**. Disponível em: [https://www.partodoprincipio.com.br/\\_files/ugd/2a51ae\\_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf](https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf). Acesso em 2. Nov. de 2022

KYRILLOS, Gabriela M. **Uma Análise Crítica sobre os Antecedentes da Interseccionalidade**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 28, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/zbRMRDkHJtkTsRzPzWTH4Zj/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em 15. Abril de 2023

LANSKY, Sônia et al . **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/pt> Aceso em: 15 Abril. 2023

LEAL, Maria do Carmo et al. **Assistência pré-natal no Brasil.** *Cad. Saúde Pública*. 2014.. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CGMbDP4FL5qYQCpPKSVQpC/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em 02. Maio de 2023.

LEAL, Maria do Carmo, et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública* 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt>.  
Acesso em: 01. maio de 2023

LEITE, Isabel Cristina Gonsalves. **Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste:** tendência temporal e determinantes sociais. *Revista Médica*. Minas Gerais; 22(1):1-128. 2012.

LEITE, Tatiana Henriques et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2022. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?format=pdf&lang=pt>.  
Acesso em 03 . Dez de 2022

LIMA, Jéssica Line de. Correlação entre violência estrutural e questão social: a situação da mulher negra frente a essa conjuntura. **Anais**. Encontro de Pesquisadores de Serviço Social. Disponível em: <file:///C:/Users/House/Downloads/ekeys,+CORRELA%C3%87%C3%83O+ENTRE+VIOL%C3%8ANCIA+ESTRUTURAL+E+QUEST%C3%83O+SOCIAL+A+SITUA%C3%87%C3%83O+DA+MULHER+NEGRA+FRENTE+A+ESSA+CONJUNTURA.pdf> .  
Acesso em: 27. Abril de 2023.

LIMA, Kelly Diogo de Camila et al. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras .** *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Supl. 3):p 4909-4918, 2021. Disponível em <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2021.v26suppl3/4909-4918/pt>. Acesso em 03 de Maio. 2023

LOPES, Fernanda. **Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras.** *Nexo Jornal*. Disponível em <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2019/Os-direitos-sexuais-e-reprodutivos-das-mulheres-negras>. Acesso em Fev. 2021 Acesso em 10. Agosto de 2023

LÓPEZ, Laura Cecília. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface.** Comunicação saúde educação. 2012 jan./mar; v.16 n.40: p. p.121- 34 Acesso em: 10 de agosto. 2023.

LOURO, G. L. Gênero, sexualidade e educação: **uma perspectiva pós-estruturalista.** Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1997.

LOURO, Guacira Lopes Gênero, sexualidade e educação: **uma perspectiva pós-estruturalista.** Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1997.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 20

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 20

LOURO, Guacira. Lopes Teoria Queer: **uma política pós-identitária para a educação.** Disponível e, <https://www.scielo.br/j/ref/a/64NPxWpgVkt9BXvLXvTvHMr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10. Jan. 2022

LOURO, Guacira. Teoria Queer: uma política pós-identitária para a educação. **Estudos Feministas.** Ano 9; 2º semestre. 2001

LUGONES. Maria. **Rumo a um feminismo descolonial.** Revista Estudos Feministas. Artigo originalmente publicado na **revista Hypatia**, v. 25, n. 4, 2010

LUGONES. Maria. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas.** Artigo originalmente publicado na revista. *Hypatia*, v. 25, n. 4, 2010.

MACHADO, Débora; COSTA Maria Luisa Walter; DUTRA Delia

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto:** política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede pública e privada de Belo Horizonte. Programa de Pós- Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2008.

MALUF. Sônia Weidner; COSTA, Claudia de Lima. **Feminismo Fora do Centro: entrevista com Ella Shohat Entrevista com Ella Shohat.** Ponto de vista .Estudos feministas, 2001. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/ref/a/DWZvLKQNGggVgpw3tVsnXDF/?format=pdf&lang=pt>,

Acesso em 20 Fev. de 2023

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Assistência ao pré-natal no Maranhão**: modelo de estratificação e linha de cuidado da gestante. São Luís/MA. 2021b. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/biblio-1372526>. Acesso em: 27. Março de 2023

MARANHÃO. **Casa da gestante acolhe e cuida de bebês em risco. NOTÍCIA.** <https://www.saude.ma.gov.br/destaques/casa-da-gestante-de-imperatriz-acolhe-aes-e-cuida-de-bebes-em-risco/> acesso em 08 de abril de 2023

MARANHÃO. GOVERNO CONTABILIZA CERCA DE 650 MIL ATENDIMENTOS EM SEIS ANOS NA MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA. **NOTÍCIA DISPONÍVEL EM** <https://www3.ma.gov.br/agenciadenoticias/?p=320292>. Acesso em: 07 Junho. 2023

MARANHÃO. **Plano de Ação da Rede Materno Infantil do Estado do Maranhão.** Aprovado em CIB, Maranhão. 2022.

MARANHÃO. **Plano Estadual de Saúde 2020 -2023.** São Luís, 2020.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **O processo de construção do Planejamento Regional Integrado (PRI) no Maranhão de 2017 a 2022 em São Luís:** 2022. Disponível: [https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/VIRTUAL-PRI\\_SaudeMaranhao\\_2017-2022.pdf](https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/VIRTUAL-PRI_SaudeMaranhao_2017-2022.pdf). Acesso em: 02. Março 2023.

MARÇAL, Maria Eduarda Almeida et al. Estratégias em saúde no combate e prevenção das violências contra as mulheres. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e18510212207, 2021. Disponível em <file:///C:/Users/House/Downloads/12207-Article-163861-1-10-20210210.pdf>. Acesso em 12 de Agosto de 023.

MARIGONI, G. **História: O destino dos negros após a Abolição.** Ano 8, Edição 70, 2011, Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&id=2673%3Acatid%3D28&Itemid=23](https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2673%3Acatid%3D28&Itemid=23). Acesso em 06 Setembro 2020

MARX, Karl Processo de trabalho e processo de valorização. In ANTUNES, Ricardo (Org.) **A Dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

MARX, Karl. A Chamada Acumulação Primitiva. In: **O Capital**. Lv. I, Vol. 2, São Paulo: Difel, 1985.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MATOS, Júlia Silveira O. **Análise documental**. Disponível em: [http://xa.yimg.com/kq/groups/24628487/411786731/name/An%C3%A1lise\\_documental.ppt](http://xa.yimg.com/kq/groups/24628487/411786731/name/An%C3%A1lise_documental.ppt). Acesso em: 06 set 2020.

MATTOS, Marcelo. Badaró. **Ainda o sujeito histórico ou outros sujeitos? Notas introdutórias para o debate da esquerda socialista no Brasil**. Blog Junho, 15 abr. 2017. Disponível em: < <https://resistenciapsol50.com.br/2019/05/30/o-sujeito-historico-notas-introductorias-para-o-debate-da-esquerda-socialista-no-brasil/>. Acesso em: 05 set. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p

MENEZES, Rachel Aisengart; SENNA, Regina Amélia de Magalhães. Saúde Mental. Rio de Janeiro. **Curso de Capacitação de Profissionais de Saúde com Enfoque em Gênero**. Fiocruz/CEDIM.RH. 2011

MINAYO, Maria Cecília Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2007.

MINAYO, Maria Cecilia Sousa. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf> Acesso em: 18 de Maio. 2023

MINAYO. Maria Cecília de Sousa. A violência social sob a perspectiva da saúde **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1994.

MOHANTY, Chandra Talpade. **Sob olhos ocidentais**. Pequena Biblioteca De Ensaio Perspectiva Feminista. Editora ZAZIE, 2020.

MONTEIRO, Rosana Batista; SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; ARAUJO, Edna Maria de. **Dossiê Raça, etnia, gênero: experiências na formação em saúde: Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero.** *Interface*, 2020, Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/GNj7tCBSTVNrKJFhJwDrz6P/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 de agosto. 2022.

MORSE, Marcia Lait. et al. **Mortalidade Materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?** *Cadernos de Saúde Pública*;27(4):623-38. 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/R4VnMBKz9d4f5Jp9bF6Pxzr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 03. Abril. 2023

MUNANGA, Kabengele. **O negro na sociedade brasileira: resistência, participação, contribuição.** Brasília: Fundação Cultural Palmares. 2004.

MUNANGA, Kabengele. **Uma abordagem conceitual sobre as noções de raça, racismo, identidade e etnia.** In: **3º Seminário Nacional de Relações Raciais e Educação** - PENESB-RJ. Niterói - RJ, 2003. Disponível em: <<http://www.ufmg.br/inclusaosocial/?p=59>> Acesso em: 15 jun. 2018.

NÃO ME KAHLO. **Ciberfeminismo.** Disponível em: <https://naomekahlo.com/o-que-e-o-ciberfeminismo-da-origem-por-donna-haraway-as-praticas-atuais/>. Acesso em: 25. Janeiro 2022

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; GOES, Emanuelle Freitas. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate** • Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, out/dez 2013 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 04 Março. 2023

NASCIMENTO, Beatriz **A mulher Negra no Mercado de Trabalho. Publicado Originalmente no Jornal Última Hora, 1976** Disponível em; [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6579443/mod\\_resource/content/1/11.%20A%20mulher%20negra%20no%20mercado%20de%20trabalho.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6579443/mod_resource/content/1/11.%20A%20mulher%20negra%20no%20mercado%20de%20trabalho.pdf). Acesso em 01. Março de 202

NETO, José Antônio Chehuen et al. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora. MG. 2015

NETO, Otávio Cruz; MOREIRA, Marcelo Rasga Moreira. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 4, n. 1, pp. 33-52. 1999.

NETTO. José Paulo. **Introdução ao estudo do método em Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, Lucas Carvalho do Nascimento Nogueira. **Para o bem da raça: a época da eugenia na Bahia (1915-1935).** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Centro de Estudos Afro-Orientais 2019.

NUNES, Danilo Henrique; NOGUEIRA, Mateus . **Racismo estrutural e as mulheres negras encarceradas duplamente penalizadas.** Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania, n. 9, Out/2021 p.811-844. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpcc/article/view/2453/1812>. Acesso em 02. Maio de 2023

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, Vol. 43, nº 122, p. 939-948, Jul-Set. 2019.

OLIVEIRA, Dennis de. **Racismo estrutural** : uma perspectiva histórico-crítica / Dennis de Oliveira. 1. ed. São Paulo : Editora Dandara, 2021.

OLIVEIRA, Fábio André Miranda de a; LEAL, Giseli Campos Gaioski; WOLFFA, Lillian Daisy Gonçalves; GONÇALVES, Luciana Schleder. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2015. p.:177-84

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001.** Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 de maio.2023.

ONU Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. **Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos**: Actualización 2008. 4. ed. Ginebra, Suiza: 2008.

ONU. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **Crítérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais**. 3. ed. Genebra, Suíça: 2004.

ONU. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância Fundo das Nações Unidas para a População. **Tendências na mortalidade materna**: 1990 a 2008. Estimativas desenvolvidas pela OMS, UNICEF, UNFPA e Banco Mundial. Setembro de 2010. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf) (acessado em Fev./ 2020).

ONU. Organização Mundial da Saúde. **IV Conferência mundial sobre a mulher**. Plataforma de ação. Pequim. China 1995.

ONU. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf). Acesso em: 18 nov. 2020.

ONU. Organização Panamericana da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília. 2002.

ONU. **Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias**, 74<sup>a</sup>sessão, 2019

Outras Epistemologias para os Estudos de Gênero: feminismos, interseccionalidade e divisão sexual do trabalho em debate a partir da América **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas** V.12 N.3 2018 ISSN: 1984-163 Disponível me <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/20997/19336>, acesso me 21 de mar 2021

PALOS, Vera Sofia de Sousa. **Sister Outsider**: esquecemo-nos de traduzir Audre Lorde? Mestrado em Tradução Faculdade de Ciências Sociais e Humanas/Faculdade Nova de Lisboa. Lisboa/Portugal. 2020. 72.p

PASSOS, Joana Célia dos. As desigualdades educacionais, a população negra e a Educação de Jovens e Adultos. **Revista Brasileira de História da Educação**. N. 4. Jul-dez, 2002. Disponível em [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pacto\\_nacional\\_em/artigos/desigualdades\\_educacionais\\_eja.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pacto_nacional_em/artigos/desigualdades_educacionais_eja.pdf). Acesso em 10. de março. 2023.

PEIXOTO, Priscila Bermudes. **Até que a eugenia nos separe**: raça, saúde e a proposta do exame médico pré-nupcial no Brasil (1918-1936). Dissertação (Mestrado em História). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Franca 2017.202f.

PEREIRA, João. **Glossário de Economia da Saúde**. IN: in Sergio F. Piola; Solon M. Vianna (org.), *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília, Ipea, 1995.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun./2006. Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. São Luís/MA. Secretaria de Estado da Saúde, 2021.

PEREIRA, Stefania; GOMES, Leticia Simões. Manifesto do Coletivo Combahee River. **Plural**, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.26.1, 2019, p.197-207

PETRUS, Júlia Kátia Borgneth; VASCONCELOS; Magno Pereira Junior Cidade em troços: Um descaso dos espaços empobrecidos? Um olhar sobre a cidade de São Luís/Ma/Brasil. **Revista Espaço**. Vol. 38 ,nº 43, 2017.

PINAFO, Elisangela et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/gPnKF8DqfgKyxtgPyb5hYgG/?lang=en>. Acesso em: 05 Maio. 2023

PINHO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Sociologia & Sociedade**: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasília, 2016.

PISCITELLI, Adriana. **Brasileiras na indústria transnacional do sexo**, Nuevo Mundo Mundos Nuevos, 7. Disponível em

<http://nuevomundo.revues.org/document3744.html>, 2007b. PISCITELLI, Adriana. *Shifting Boundaries: Sex and Money in the North-East of Brazil*, *Sexualities*, v. 10, n. 4, p. 489-500, 2007.

PISCITELLI, Adriana. **Intérêt et sentiment: migration de Brésiliennes em Italie dans le contexte du tourisme sexuel international. Migrations Societe; Le grand tournant: De l'emigration à l'immigration** (Colloque de Cerisy). v. 17, n. 102, p. 105-125, 2005.

PISCITELLI, Adriana. **Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras**. *Sociedade e Cultura*, v.11, n.2, Jul/dez. 2008. p. 263 a 274.

PISCITELLI, Adriana. **On Gringos and Natives, Gender and Sexuality in the Context of International Sex Tourism, Vibrant** – *Virtual Brazilian Anthropology* 1, p. 87–114. URL (accessed in June 2007). Disponível em:<http://www.vibrant.org.br/portugues/artigos2004.htm>, 2004

PIZA, Edith. Adolescência e racismo: uma breve reflexão. **Anais 1º Simpósio. Internacional do Adolescente**. Maio 2005. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000100022&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000100022&script=sci_arttext). Acesso em 10 de Fev. 2023

PIZZOL, Silvia Janine Servidor de. **Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. Revista. Economia e Sociologia. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004.

POMPEU, Kelen da Costa et al. **Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem**. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste*. 2017. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-982841>. Acesso em: 22 Julho. 2023.

POPOLLI. Elisandra de Cássia et al. **Vinculação da gestante com a maternidade: a influência no tipo de parto. 2018**. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2404/3738>. Acesso em : 04. abril de 2023

PRÁ, Jussara Reis. O feminismo como teoria e como prática política. In: STREY, Marlene Neves. *Mulher: Estudos de Gênero*. São Leopoldo: Unisinos, p. 39-57, 1997

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Casa Civil, 2005.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Casa Civil, 2007.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI Nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.** Define e pune o crime de genocídio. Casa Civil, 1956.

QUIJANO, Aníbal. **“Colonialidade, Poder, Globalização e Democracia”.** Novos Rumos. Ano 17. n. 37, 2002. p. 4-28

RATTNER, Dhafne. Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o Século 21. UNICEF. disponível em: [file:///C:/Users/House/Desktop/TESE%2005\\_07/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf](file:///C:/Users/House/Desktop/TESE%2005_07/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf). Acesso em 05 Maio de 2023.

ROCHA, Lourdes. de Maria Leitão Nunes. **Casa-abrigo: no enfrentamento da violência de gênero.** Séries Tema, n. 6, São Paulo: Veras Editora, 2007.

ROCHA, Lourdes. de Maria Leitão Nunes. **Violência de gênero e políticas públicas no Brasil: sobre as casas-abrigo para mulheres em situação de violência doméstica.** 2005. Tese (Doutorado em Políticas Públicas). Curso de Pós-graduação em Políticas públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2005.

RODRIGUES, Diego Pereira, et al. **A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva.** Revista de Enfermagem. UFPE. 2015;9(Supl.5):8461-7. Acesso em 25. Maio de 2023.

RODRIGUES; Diego Pereira, et al. **A violência na assistência obstétrica no processo parturitivo: um estudo descritivo-exploratório.** 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Stela-Padoin/publication/287693467\\_Violence\\_in\\_obstetric\\_care\\_in\\_the\\_birth\\_process\\_a\\_descriptive\\_exploratory\\_study/links/5738ded208ae298602e2aea7/Violence-in-obstetric-care-in-the-birth-process-a-descriptive-exploratory-study.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Stela-Padoin/publication/287693467_Violence_in_obstetric_care_in_the_birth_process_a_descriptive_exploratory_study/links/5738ded208ae298602e2aea7/Violence-in-obstetric-care-in-the-birth-process-a-descriptive-exploratory-study.pdf), Acesso em 01 de Maio. 2023

SAFFIOTI, Heleieth B. Feminismos e seus frutos no Brasil. In: SADER, Emir (Org.). **Movimentos sociais na transição democrática**. São Paulo: Cortez, 1986.

SAFFIOTI, Heleieth. **Feminismos e seus frutos no Brasil**. In: SADER, Emir (Org.). **Movimentos sociais na transição democrática**. São Paulo: Cortez, 1986.

SAFFIOTI. Heleieth **A mulher na sociedade de classes: mitos e realidades**. Petrópolis: Vozes, 1979.

SAFFIOTI. Heleieth **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero**. Cadernos Pagu, Campinas, n.16, p. 115-136, 2001. Disponível em: <[http\\  
Cadernos Pagu -Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.mht](http://CadernosPagu-Contribuicoesfeministasparaostudodaviolenciadegenero.mht)>. Acesso em: 10 setembro 2020.

SAFFIOTI. Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. 1ªed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004,151p.

SAFIOTTI. (Org.). **Violência de Gênero e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro. 2007.

SALA, Valéria. *“Es rico hacerlos, pero no tenerlos”*: análisis de la violencia obstétrica Valeria durante la atención del parto en Colombia **Revista. Ciencia e Salud** vol.17. Bogotá Dec. 2019.

SAMPAIO, Juliana et al. **Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam**. Revista Estudos. Feministas. vol.27 no.3 Florianópolis. 2019 . Disponível em <https://www.scielo.br/j/ref/a/vs4HTDRySvvdRNpxCYLs8qk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 de Maio. 2023.

SANTA CATARINA. **Linha de cuidado materno infantil**. Secretaria de Saúde, 2019. SC 41p. Disponível em <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/16093-linha-de-cuidado-materno-infantil/file>. Acesso em 22 Fev. 2021.

SANTOS, Ana Cláudia Wendt dos; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. **Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento**. Disponível em:<[www.scielo.br/paideia](http://www.scielo.br/paideia)>. **Acesso em:4 agosto de 2023**.

SANTOS, Emanuelle; SCHOR, Patrícia. **Brasil, estudos pós-coloniais Brasil, estudos pós-coloniais e contracorrentes e contracorrentes análogas: entrevista**

com **Ella Shohat e Robert Stam**. Universidade de Utrecht disponível em <file:///C:/Users/House/Downloads/31493-Texto%20do%20Artigo-105223-1-10-20131128.pdf>. Acesso em 12 . Jan. 2022

SANTOS, Jaqueline Maria. **Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis? Saúde e direitos sexuais e reprodutivos**. Disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021622/bis-v17n2-saude-e-direitos-sexuais-112-119.pdf>. **Acessado em 20 Out. 2020**.

SANTOS, Raissa. Paula. Santos. Violência obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas. **Dissertação** (Mestrado em Serviço Social e Direitos Sociais) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró/RN, 2016. Disponível em: <https://www.uern.br/controladepaginas/ppgssd-dissertacoes/arquivos/2528raissa.pdf>. Acesso em 22 set. 2022.

SANTOS, Rosenverck Estrela. **O marxismo e a questão racial no Brasil**: reflexões introdutórias. **Lutas Sociais**, São Paulo, vol.19 n.34, p.100-113, jan./jun. 2015. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/l/article/viewFile/25760/pdf> Acesso em 08 Set, 2020.

SANTOS. Adriana Correia Dos; HUMBELINO Taynara Moraes; Santo Irenilda Angela dos. **Nós Sabemos Parir: o direito ao parto humanizado e protagonismo da Mulher**. .III Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais. Londrina PR 2017. Disponível em <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134181.pdf>. Acesso em 10 Maio.2017

SÃO LUÍS. **Considerações socioeconômicas sobre o Itaqui-Bacanga**. Departamento da informação e inteligência econômica (DIIESEPLAN). Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento (SEPLAN). Prefeitura Municipal de São Luís, nº 02. 2014.

SARDENBERG, C.M.B; TAVARES, M.S. comps. **Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento** [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, 335 p. Bahianas collection, vol. 19.

SARDENBERG, Cecília; TAVARES, Marcia. Campos. **Violência de gênero contra mulheres**: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento [online]. Salvador: EDUFBA, 335 p. Bahianas collection, vol. 19. 2016.

SARDENBERG, Maria Cecília Bacelar; TAVARES, Márcia. **Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento** [online]. Salvador: EDUFBA, 335 p. Bahianas collection, vol. 19. 2016. 335 p

SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, [São Paulo],v.5, n.8, p.47- 60, 2001.

SCHUCMAN, L. V. Racismo e antirracismo: a categoria raça em questão. **Revista Psicologia Política**. São Paulo , 10(19), 41-55. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2010000100005&lng=pt&nrm=isso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000100005&lng=pt&nrm=isso), Acesso em 25 de Jun 2022.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Racismo e antirracismo**: a categoria raça em questão. Rev. psicol. polític., São Paulo , 10(19), 41-55. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2010000100005&lng=pt&nrm=isso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000100005&lng=pt&nrm=isso). Acesso em: 25 de Jun 2022

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. *In: Educação e Realidade*. Porto Alegre, 16, jul./dez. 1990, p. 5-22. (mimeo)

SENADO FEDERAL. Incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil Secretaria Geral da Mesa Secretaria de Comissões Coordenação das Comissões Especiais, Temporárias e Parlamentares de Inquérito **COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO** “. Relatório Final Brasília, 1993.

SENADO FEDERAL. A situação da violência contra a mulher no Brasil. Secretaria Geral da Mesa Secretaria de Comissões Coordenação das Comissões Especiais, Temporárias e Parlamentares de Inquérito **COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO** “. Relatório Final. Brasília, Julho de 2013.

SHOHAT Ella. **Estudos pós-coloniais Brasil, estudos pós-coloniais e contracorrentes e contracorrentes análogas**: entrevista com Santos Universidade de Utrecht. Disponível em;

<https://www.scielo.br/j/ref/a/wjv77C9RY8DhjVQvYWDPGgv/?lang=pt>. Acesso em: 10. Janeiro de 2022

SILVA, Fernanda Duarte da; CHERNICHARO, de Moraes Isis; FERREIRA, Márcia de Assunção. **Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem Sobre o Cuidado**, Escola Anna Nery (impr.)2011 abr-jun; 15 (2):306-313. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qHgxvVQWV8gzhZkMT6Brtr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 de Junho. 2023.

SILVA, Michelle Gonçalves da, et al **Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras**. Revista Rene. 2014;720-8. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014\\_art\\_mgsilva.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf). Acesso em 14.e maio de 2023.

SILVA, Nelma Nunes da et al. **Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nMTkjYhjBNwbqmQCDZNPkzM/?lang=pt>. Acesso em 02. abril de 2023

SILVA, Pedro Henrique Alcantara da. **Iniquidade racial no acesso ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação: uma revisão sistemática e metanálise** : Natal, 2020. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30619/1/PedroHenriqueAlcantaraDaSilva\\_DISSERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30619/1/PedroHenriqueAlcantaraDaSilva_DISSERT.pdf). Acesso em : 7 Maio. 2023

SILVA, Thayana Victoria; AQUINO, Talita Rocha de; TRAVASSOS. Ana Gabriela **A Percepção da violência obstétrica por mulheres negras em uma USF em Salvador (Ba) e os impactos observados práticas e cuidado**: Revista de Saúde Coletiva, Salvador, v.3, p.1-22, 2022. [file:///C:/Users/House/Downloads/pcresc,+2022+-+RA%C3%87A+-+Thayana+et+al+-+final%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/House/Downloads/pcresc,+2022+-+RA%C3%87A+-+Thayana+et+al+-+final%20(1).pdf). Acesso em 12. Março de 2023

SILVA. Nilza Iraci **As mulheres negras e as formas de indicadores sensíveis**. IN: Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados: uma década de mudanças na opinião pública. Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2010.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota Técnica para organização da Rede de atenção à Saúde com foco na atenção primária à Saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.** São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em 08 de maio. 2023

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; GUALDA Dulce Maria Rosa. **A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade. Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Sg7K3tTsB4MHLWZm4mH4tTs/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2021.

TANAKA, O; MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa.** In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, p. 121-136. 2004.

TESSER, Charles Dalcanale, et al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Revista Brasileira de Medicina de Família Comunidade [Internet].** 2015 Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em 16. Julho. 2023

THEOPHILO, Rebecca Lucena; RATTNER , Daphne; PEREIRA, Éverton Luís **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. Ciência & Saúde Coletiva**, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 28 Julho. 2023.

THEOPHILO; Rebecca Lucena; RATTNE, Daphne; PEREIRA. Éverton Luís. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. Ciência & Saúde Coletiva.** 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/abstract/?lang=pt>. Acesso em 07. Maio de 2023

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário de humanização. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis,

2002. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ref/a/4mpSbNhnq5dV5kV6WT8Tc5J/?format=pdf&lang=pt>  
 Acesso em: 23 jan. 2023.

TRAD, Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. vol.19 no.3 Rio de Janeiro. 2009. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?format=pdf&lang=pt>  
 . Acesso em 15 de Fev. de 2020

TRAD, Bomfim. **Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica**. In DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. Tipos de estudo. In: **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 109-115.

uado/fichas-de-indicadores-painel\_parto.pdf. Acesso em 22. de Março. 2023.

UNIÃO QUÍMICA. **Uso de maleato de metilergometrina**. Disponível em:  
[https://www.uniaoquimicaconecta.com.br/2a4midia/bulas/a/ERGOMETRIN\\_Paciente.pdf](https://www.uniaoquimicaconecta.com.br/2a4midia/bulas/a/ERGOMETRIN_Paciente.pdf). Acesso em: 14. Setembro, 2022.

UNICAMP. Enciclopédia Mulheres na Filosofia. **Ondas do Feminismo**.  
<https://www.blogs.unicamp.br/mulheresnafilosofia/ondas-do-feminismo/> Acesso em junho 2022.

UOL. Anestesista é preso por estuprar e gravar pacientes em cirurgias no RJ... **Notícia**  
 . Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2023/01/16/mais-um-anestesista-e-preso-em-flagrante-por-estuprar-mulheres-em-cirurgias.htm?cmpid=copiaecolahttps://> . Acesso em 06 de Julho. 2023.

VEIGA, Luciana; GONDIM, Sônia Maria Guedes. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. *Opinião Pública*, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001.

VENEZUELA. **Ley N° 38668 de 23 abr. 2007**. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Asamblea Nacional de la República Bolivariana

de Venezuela. Disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/3dbeb57d7.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

VENTURA, Mirian (Org.). **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos**: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003. 120 p. VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2004.196 p.

VENTURINI, Gustavo; GODINHO, Tatau (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc, 2013.

VERGÉS, Françoise. **Por feminismo decolonial, S/D**. Tradução Jamille Pinheiro Dias Raquel Camargo. Ubu Editora, 2020

VILLELA, Wilza. Práticas de saúde, gênero e prevenção de HIV/AIDS. In: **II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1997. p. 66-72

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional**: uma abordagem conceitual. Geledés. Instituto da Mulher Negra. 2016. Disponível em.: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>. Acesso em 10. de março. 2023.

WOLF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Violência Consentida**: mulheres em trabalho de parto. 2008; 17(3):138-51. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WJp8Gn4sWz3QCfCzMMP8Frg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 de Julho. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancyexperience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancyexperience/en/). Acesso em: 15 mar. 2022.

ZIRBEL, Ilze. **Estudos feministas e estudos de gênero no Brasil**: um debate. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2007. 2012

## APÊNDICES

## APÊNDICE A- ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome da participante (fictício):

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_;\_\_\_\_

### 1) Acesso/atendimento ao Serviço de saúde

- a) **Como você chegou ao serviço de Saúde** (Investigar se teve alguma dificuldade e com o quê? Ou se foi fácil e o que facilitou?)
- b) **O que você achou da estrutura do serviço de saúde?** (salas, leitos, centro de parto, acolhimento - classificação de risco, outros);
- c) **Você percebeu que a cor da sua pele ou condição social/econômica** influenciou no acesso, acolhimento e no atendimento que recebeu neste serviço de saúde? Que modo?

### 2) Informação e comunicação:

- a) Você teve acesso a informações adequadas pelos profissionais antes do trabalho de parto?
- b) Considerando as decisões em relação ao tipo de parto (normal ou cesariana), você foi informada ou tomou decisão sobre o procedimento a ser realizado?

### 3) Apoio físico e emocional:

- a) Você teve apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto?
- b) Em relação a direito a acompanhante, como foi a sua experiência?

### 4) Alívio da dor no trabalho de parto:

- a) Qual a sua experiência em relação a dor no trabalho de parto? O que você ouviu dos profissionais?
- b) Você foi informada quanto ao uso de medicação para a dor? Se não, o que você achou?
- c) Para alívio da dor no parto você escolheu alguma técnica para alívio da dor no trabalho do parto como:
- Técnicas de massagem: Sim ( ) Não ( )
  - Uso de medicamento: Sim ( ) Não ( )
  - Musicalização de sua escolha Sim ( ) Não ( )
  - Recebeu apoio de uma Doula: Sim ( ) Não ( )

- Direito a acompanhante: Sim ( ) Não ( )
- Outras Técnicas
- Orientação profissional ( ) Cite qual o tipo? \_\_\_\_\_

### 5) Violência Obstétrica

- a) Durante o seu atendimento houve algum procedimento que lhe causou algum dano físico como: lesões, traumas, feridas, dores, incapacidades etc.? (Investigar: Como foi? Por quais profissionais? Como você se sentiu? Como reagiu?)
- b) Durante o seu atendimento houve algum comentário verbal ou comportamento inadequado/agressivo que lhe causou incômodo? (Como foi? Por quais profissionais? Como você se sentiu? Como reagiu?)
- c) No seu parto houve algum procedimento que aconteceu sem o seu consentimento? Você foi informada?
- d) Em relação aos cuidados íntimos realizados, você se sentiu de alguma forma constrangida. (Investigar: Como foi? De que categoria profissional? Como se sentiu? Como reagiu?)
- e) Em algum momento você se sentiu pouco assistida durante o atendimento neste serviço de saúde? Você considera que isso tem alguma relação com a cor da sua pele? Com o fato de ser uma mulher negra ou pela sua condição social/econômica? (Investigar: Como foi? De que categoria profissional? Como sentiu? Como reagiu?).
- f) Você considera que sofreu violência obstétrica? Como você enfrentou a violência sofrida? Qual providência você tomou?
- g) Algum profissional da equipe ajudou-a? Compreendeu que tenha sofrido violência? Quem? Como agiu?

## APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO; DADOS SOCIOECONÔMICOS

data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_;\_\_\_\_

### Dados de Identificação – Socioeconômico

HUUFMA: Vinculada? Sim ( ) Não ( ); Bairro? \_\_\_\_ NOSSA SENHORA DA PENHA: ( ) MACMA ( )

1) Nome da participante (fictício):

2) Idade:

( ) 20 a 24 anos ( ) 25 a 34 anos ( ) 35 a 44 anos  
( ) 45 a 54 anos ( ) 55 a 64 anos ( ) + 65 anos

3) Nº de filhos

4) Quantas vezes você engravidou?

1 vez ( ) 2 vezes ( ) 3 vezes ( ) 4 vezes ( ) 5 vezes ( ) 6 vezes ( )

Tipo de gestação(ões)?

Normal . ( ) Cesariana ( )

5) Qual a cor da sua pele ( Quesito cor - auto – declaração)

Parda ( ) Preta ( )

6) Seu estado civil?

Casada( ) Solteira ( ) União Estável ( ) Separada judicialmente ( ) Separada ( ) Viúva ( )

Há quanto tempo está vivendo com o parceiro íntimo? \_\_\_\_\_

7) Pessoa com deficiência: Sim ( ) Não ( )

8) Tipo de deficiência:

9) Onde você nasceu?

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Zona Urbana ( ) Zona Rural: ( )

10) Onde você reside atualmente? ( ver prontuário)

Bairro: \_\_\_\_\_ cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Zona Urbana ( ) Rural: ( )

11) Há quanto tempo você reside neste local? \_\_\_\_\_ anos/meses

1 mês a 3 meses ( ) 3 meses a 6 meses ( ) 6 meses a 1 anos ( ) 1 anos a 2 anos ( )

2 anos a 6 anos ( ) 6 anos a 10 anos ( ) Mais anos ( )

**12) Com relação em que você mora:**

Casa ( ) Apartamento ( ) Quarto ( ) Cortiço: ( ) Barraco: (( )

**13) Você considera o local onde você mora:**

Bairro: ( ) Favela: ( ) Conjunto habitacional: ( ) Casa popular ( ) Outros: ( )

**14) Sua casa é**

Alvenaria: ( ) Taipa ( ) Papelão ( ) Madeira: ( )

**15) local onde você mora é:**

Próprio: ( ) Alugado: ( ) Cedido: ( ) Ocupado: ( ) Instituição: ( ) Mora no emprego: ( ) Outros:

**16) Qual a sua ocupação?**

Do lar/ dona de casa: ( ) Empregada doméstica: ( ) Estudante: ( ) Trabalhadora de empresa/formal: ( ) Trabalhadora autônoma: ( ) Trabalhadora esporádica: ( ) Desempregada: ( ) Funcionária pública: ( ) Outros: ( )

**17) Qual religião você pratica?**

Católica: ( ) Evangélica: ( ) Espírita: ( ) Umbandista: ( ) Candomblé: ( ) Outras: ( ) Não pratica: ( )

## APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COORDENADORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **“O LIMBO DO PARTO”**: uma análise sobre a violência obstétrica a partir das gestantes negras atendidas em maternidades públicas, em São Luís/MA.

Prezada Sr(a).

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **“O LIMBO DO PARTO”**: uma análise sobre a violência obstétrica a partir das gestantes negras atendidas em maternidades públicas, em São Luís/MA, em 2022 que tem como objetivo analisar a ocorrência de violência obstétrica em gestantes negras no parto e pós-parto.

A pesquisa contribuirá com a discussão sobre a violência obstétrica a partir das gestantes negras, bem como possibilitará a compreensão dos participantes sobre o desenvolvimento e fortalecimento de ações e serviços de saúde para as mulheres.

Se você concordar em participar desta pesquisa, você será entrevistado (a) pelos pesquisadores e precisará responder 5 perguntas por meio de entrevistas semiestruturadas; os pesquisadores têm a intenção de gravar suas respostas através de um gravador para que nenhum aspecto importante de sua fala seja perdido, mas apenas se você concordar. Também não usaremos sua imagem. Se você não concordar em gravar a sua voz, a entrevista será feita apenas com as anotações pelo pesquisador baseadas em sua fala.

Você poderá contar com a assistência do pesquisador, se necessário, e terá o direito de abandonar sua participação neste estudo quando quiser, sem nenhum prejuízo de seu acompanhamento e não pagará nada em nenhum momento.

Asseguramos que você terá um espaço com privacidade para que você possa expressar seus receios ou dúvidas durante o processo de pesquisa, evitando qualquer forma de imposição ou constrangimento, respeitando sua privacidade.

Esta pesquisa poderá expor você a riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados, mas, para minimizar tais riscos você terá a

garantia da confidencialidade das informações, sua privacidade será respeitada e garantimos a proteção de sua identidade. Será garantido sigilo total quanto à sua identificação, bem como as informações obtidas pela sua participação. Nos comprometemos a utilizar códigos evitando a exposição de seu nome.

Os pesquisadores se comprometem ainda a guardar os áudios das entrevistas e transcrições delas em local seguro, onde somente estes terão acesso aos mesmos. O momento da entrevista pode deixar você desconfortável, cansada e ocasionalmente provocar sentimentos ou pensamentos desagradáveis, bem como ao responder as perguntas pode lhes trazer recordações negativas acerca da violência sofrida; caso isso ocorra, a entrevista pode ser interrompida e se desejar, poderá ser reiniciada no mesmo dia ou em outro dia, de acordo com sua disponibilidade. Para ser reiniciada no mesmo dia, retomaremos apenas quando você der a permissão para isso. Caso necessite, você será orientada sobre o acesso aos serviços disponíveis na rede de atenção psicossocial do Município de São Luís/MA.

Você terá como benefício direto com a pesquisa, a oportunidade de trocar conhecimentos a partir das suas experiências com a temática e as informações adquiridas trazidas pelo pesquisador. Como benefícios indiretos, suas respostas ajudarão a compreender melhor a violência obstétrica a partir das gestantes negras, cujos resultados poderão contribuir para a melhoria dos serviços junto às usuárias, bem como para o debate científico a respeito da temática na sociedade

A participação nesta pesquisa também não trará a você nenhuma despesa e você não receberá qualquer pagamento por isso. Ainda assim, se for comprovado algum gasto, você terá a garantia de ressarcimento.

Caso sejam identificados possíveis danos diretos/indiretos e imediatos/tardios provenientes desta pesquisa, você tem o direito de buscar indenização por vias judiciais.

Você tem plena liberdade de aceitar ou se recusar a participar da pesquisa e poderá retirar seu consentimento ou ainda interromper a participação em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo.

Há a garantia de manutenção do sigilo e de sua privacidade durante todas as fases da pesquisa e a qualquer momento em caso de alguma dúvida sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha ([lourdesleitaorocha@yahoo.com.br](mailto:lourdesleitaorocha@yahoo.com.br)) ou pelo telefone/WhatsApp (98) 99123-

7580 e Glaucejane Galhardo da Cruz de Castilho (glaucejane.galhardo@discente.ufma.br) ou pelo telefone/WhatsApp (98) 987169200

Em caso de dúvidas sobre seus direitos ou outra questão, poderá entrar em contato com o CEP/HUUFMA- Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão para saber sobre os aspectos éticos desta pesquisa, de segunda a sexta, das 8h às 17h, pelo telefone: (98) 2109-1250; Endereço: Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro, São Luís-MA, e-mail: cep@huufma.br.

O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade.

Caso você aceitar participar desta pesquisa, você e os pesquisadores responsáveis devem assinar duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em cada via, todas as páginas devem ser rubricadas e a última página deve ser assinada. Uma dessas vias ficará com você e a outra com os pesquisadores. A qualquer tempo você terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Autorizo que a entrevista seja gravada em áudio.

Não autorizo que a entrevista seja gravada em áudio.

São Luís,            de            de 2022.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

---

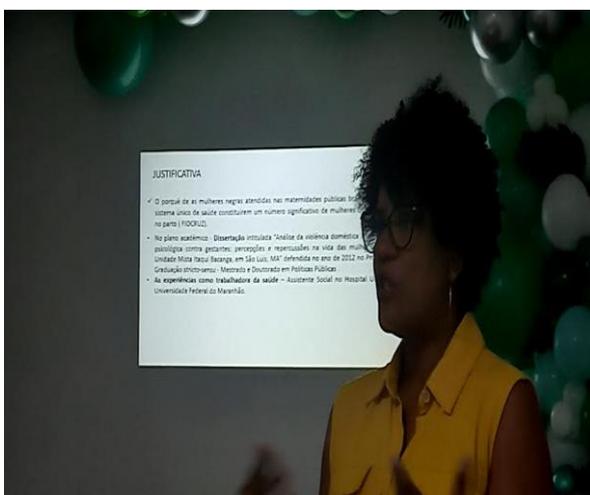
Assinatura do Pesquisador

E-mail do participante:

Telefone do participante:

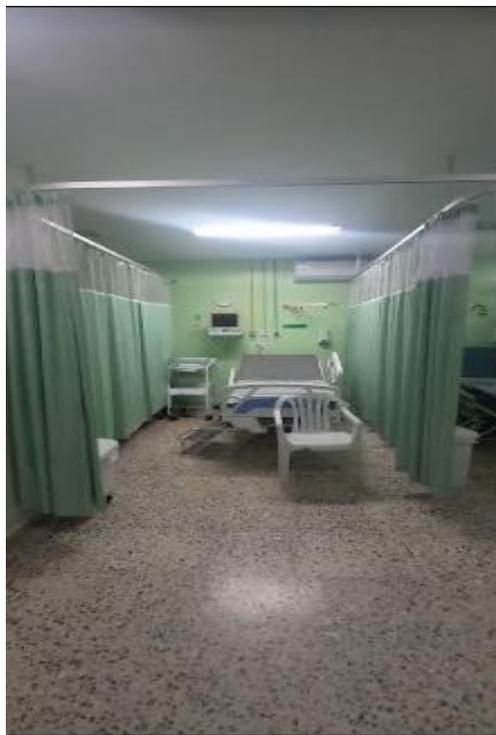
## APÊNDICE D - Roda de Conversa com os profissionais de saúde

Roda de Conversa com os profissionais de saúde e apresentação do Projeto de Pesquisa na Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão - MACMA



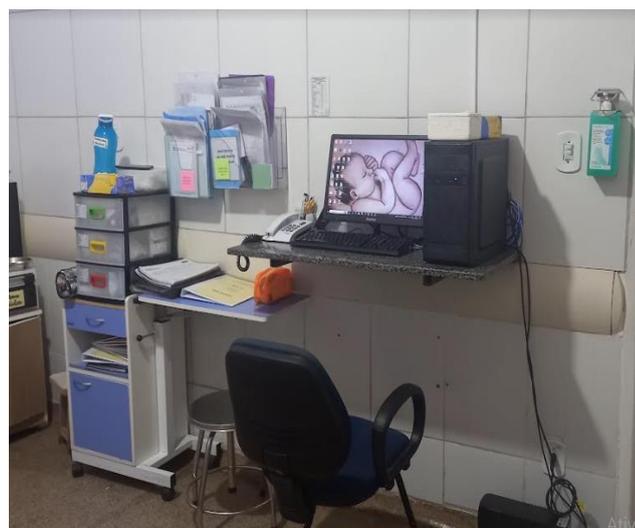
**APÊNDICE E - ambiência centro de parto normal/pré-parto**

Unidade Materno Infantil(HUUFMA)– ambiência centro de parto normal/pré-parto



Ambiência ( quarto PPP) – Maternidade Nossa Senhora da Penha.





## **APÊNDICE F- Roteiro de observações sistemáticas em campo.**

### Roteiro de observações sistemáticas em campo.

- Conhecer Fluxo de acesso ao pré-natal, parto e nascimento das gestantes por meio de protocolos assistenciais e outros instrumentos.
- Desenvolvimento de ações e serviços oferecidos às gestantes pela Maternidade.
- Demandas específicas dos serviços de Obstetrícia.
- Registro na ficha perinatal.
- Relação dos documentos institucionais: relatórios e documentos técnicos.
- Infraestrutura físicas a obstetrícia (Centro de parto normal, quarto PPP, enfermarias, acolhimento e serviço ambulatorial de pré-natal).
- Projetos institucionais gerais.

**ANEXOS**

## ANEXO 1 - VARIÁVEIS A SEREM INVESTIGADAS

### CLASSIFICAÇÃO- CLASSE ECONÔMICA

#### VARIÁVEIS A SEREM INVESTIGADAS

Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/09/2020

#### Na sua casa tem?

	Quantidade					Não se aplica
	0	1	2	3	4 ou +	
Banheiros	0	3	7	10	14	
Empregados domésticos	0	3	7	10	13	
Automóveis	0	5	5	8	11	
Microcomputador	0	3	6	8	11	
Lava louça	0	3	6	6	6	
Geladeira	0	2	3	5	5	
Freezer	0	2	4	6	6	
Lava roupa	0	2	4	6	6	
DVD	0	1	3	4	6	
Micro-ondas	0	2	4	4	4	
Motocicleta	0	1	3	3	3	
Secadora roupa	0	2	2	2	2	

#### Escolaridade

Grau de instrução do chefe da família	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços públicos			
		Não	Sim
Água encanada		0	4
Rua pavimentada		0	2

### Distribuição das classes econômicas

Classe	Pontos	Nº	%	%
1 - A	45 - 100			
2 - B1	38 - 44			
3 - B2	29 - 37			
4 - C1	23 - 28			
5 - C2	17 - 22			
6- D - E	0 - 16			

### Estimativa para a Renda Média Domiciliar para os estratos do Critério Brasil

Estrato Socioeconômico	Renda média domiciliar	Nº	%
A	22.716,99		
B1	10.427,74		
B2	5.449,60		
C1	3.042,47		
C2	1.805,91		
DE	813,56		
<b>TOTAL</b>	<b>3.153,40</b>		

## ANEXO 2 - 1ª Turma de Doula HU-UFMA -2023



## ANEXO 3- Ficha Perinatal Ambulatorial (SUS/MS)

**SUS**  **FICHA PERINATAL – Ambulatório**

Unidade

Nome  Como quer ser chamada   
 Endereço  Cidade

Idade  até 15 anos  >15 anos Estado civil/união  Casado  Solteiro   
 Estado civil/união  Enfal  Outro

Instrução  Nenhuma  Fundamental  Média  Superior

Raça  Negra  Branca  Outra  Gravidez habitual  Alto risco

Altura em  Gravidez planejada  SIM  NÃO

DUM  / / **Tipo de gravidez**  
 DPP  / /  Única  Gemelar  Tripla ou mais  Ignorada

DPP  / /  SIM  NÃO  Dia

Hospitalização na gravidez  NÃO  SIM

Grupo  Sensibilizada  Et +  NÃO  Et -  SIM

Antecedentes familiares  NÃO  SIM

Diabetes  Hipertensão arterial  Gemelar  Outras

Transferida  NÃO  SIM

Local  Data

**Exames**

Exame	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia de Jejum		
Teste Oral Tolerân. Glc.		
Sífilis (teste rápido)		
VDR		
HIV/Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatite B-HBsAg		
Toxoplasmose		
Hemog. Hematócrito		
Urina-EAS		
Urina-Cultura		
Coombs Indireto		

**Ultrassonografia**

Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros
/ /						
/ /						
/ /						

Malária Exame para detectar a presença de parasitas no sangue. Neg.  Pos.

Sulfato ferroso 1º dia  2º dia  3º dia  4º dia  5º dia  6º dia  7º dia  8º dia  9º dia

Ácido fólico 1º dia  2º dia  3º dia  4º dia  5º dia  6º dia  7º dia  8º dia  9º dia

**Abortos**  
 Gestos prévios  Abortos  3 ou 4 abortos

**Parto**  
 Estópico  3 ou 4 abortos  Parto vaginal  Cesárea  3 ou 4 abortos

**Gestações**  
 Parto vaginal  Nascidos vivos  Yhem  Nascidos mortos  Nascidos vivos  Homozig. no 1º semana  Heterozig. desde do 1º semana

**Antecedentes clínicos**  
 NÃO SIM  NÃO SIM

Diabetes  Infecção urinária  Infertilidade  Dific. aliment.  Hipertensão arterial  Tromboembolismo  Hipertensão arterial  Outras

Cardiopatía  Cir. pélv. uterina  Cirurgia

**Gestação atual**  
 NÃO SIM  NÃO SIM

Prém. (nº de sígnos)  Anemia  Hipertensão arterial

Alcool  In. uterina  Pré-eclâmps./eclâmpsia

Outros drogas  Ameaça de parto premat.  Cardiopatía

Violência doméstica  Imunização Et  Diabetes gestacional

HIV/AIDS  Oligo/polidramia  Uso de insulina

SIG  Ruptura premat. de membrana  Hemorragia 1º trimestre

Tesoplasmose  OUR  Hemorragia 2º trimestre

Infecção urinária  Pré-eclâmpsia  Hemorragia 3º trimestre

Febre  Exantema/ruel súbito

**Vacina Influenza**  
 Data  / /

**Vacina dTpa**  
 Data  / /

**Vacina antitetânica (dT)**  
 Sem informação de imunização   
 Imunizada há menos de 5 anos   
 Imunizada há mais de 5 anos

1ª dose  / /  
 2ª dose  / /  
 3ª dose  / /  
 Reforço  / /

**Vacina Hepatite B**  
 Imunizada   
 1ª dose  / /  
 2ª dose (1 mês após 1ª dose)  / /  
 3ª dose (5 meses após 1ª dose)  / /

**Electroforese de Hemoglobina**  
 Padrão  AA   
 Heterozigosa  AS  AC   
 Homozigosa  SS  SC

**Tratamento de Sífilis**  
 1ª dose  / / /  
 2ª dose  / / /  
 3ª dose  / / /

Curva de altura uterina / idade gestacional

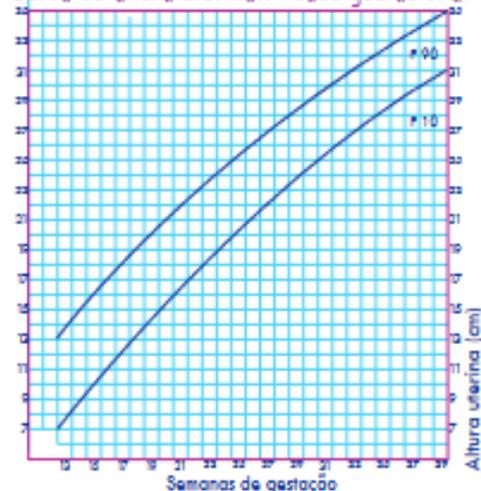
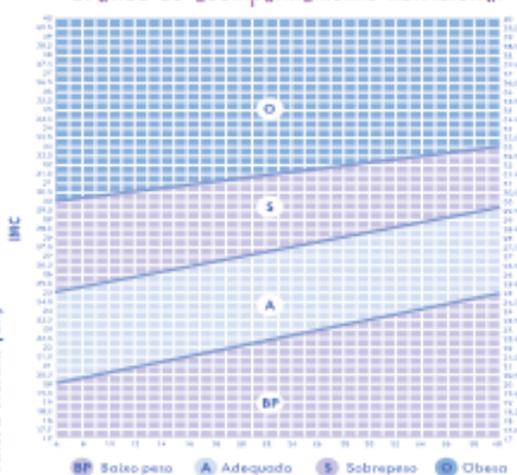


Gráfico de acompanhamento nutricional



	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Quinta										
IG - DUM/USG										
Peso (kg) / IMC										
Edema										
Pressão arterial (mmHG)										
Altura uterina (cm)										
Apresentação fetal										
BCF / Max. fetal										
Toque, se indicado										
Estimulo (presença ou não)										
Realizou visita à maternidade	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Data	/ /									
Participou de atividades educativas	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO									
Data	/ /									
Data	/ /									
Data	/ /									

**Parto e nascimento**

**Idade gest.** Início trab. parto:  Espontâneo  Induzido  Terminação:  Cesárea  Fórceps  Outros

**Parto** NÃO SIM  Espontâneo  Laceração  Desquit. espont.  Placenta compl.

**Medicação no parto** Tranq.  Anestesia local  Anestesia reg.  Anestesia geral  Analgesia  Outros  Nenhum

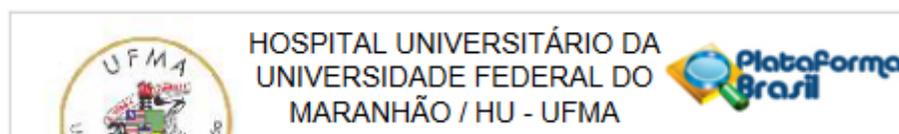
**Racôm-nascido** Semanas:  Sexo:  Fem.  Masc.  VDLE:  Neg.  Posit.  APGAR 1º min.  5º min.  Reanimação:  NÃO  SIM  Ec. físico imediato:  Normal  Anormal  Peso:  Adequado  Grande  Pequeno  Pen. esf.  Idade sem. fis.  Menor de 37  Idade de 37

**Alta materna**  Saída  Transf.  Com partel.  Óbito  Parto  Puéripério

**Alta recém-nascido**  Saída  Transf.  Com partel.  Óbito  Intensivo  Pós-parto  Óbito  Morto

**Patologias R.N.** Nenhuma  M. hiel.  Apneias  Infecção  S. esp.  Membr.  Neurol.  Hipot.  A. esp.  Outras ZDR

## ANEXO 4 - Parecer Comitê de Ética e Pesquisa -CEP/HU-UFMA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** "O LIMBO DO PARTO": uma análise sobre a violência obstétrica a partir das gestantes negras atendidas em maternidades públicas, em São Luís/MA, em 2022

**Pesquisador:** GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE CASTILHO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55235821.8.0000.5088

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.258.770

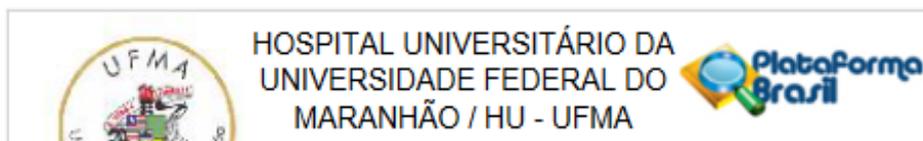
#### Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1878479. Datado de 17/02/2022).

#### Introdução

Refletir sobre a sociedade brasileira passa sem dúvida pela análise de um passado que se expressa nos modos de pensar e agir dos homens e mulheres que a compõe. Falamos aqui de uma sociedade que foi construída ou alicerçada a partir de um modelo de exploração e opressão, de modo que as consequências dessa formação vêm reverberando até os dias atuais, a partir da inter-relação entre o patriarcado, racismo e luta de classe, com reatamento indiscutível sobre a população negra e pobre que o poder público, através dos seus aparelhos repressores, marginaliza pelo fenótipo e desapropria de políticas públicas, historicamente. De fato, a questão da escravização do povo negro, sobretudo das mulheres negras, é justificada pela ordem patriarcal escravista, uma vez que foi a partir desse modelo de exploração e opressão que foram impostas às mulheres diversas formas de violência sobre seus corpos, dentre as quais estupros, práticas de humilhação no que dizem respeito a sexualidade e a maternidade, além da exploração econômica, pois serviam como reprodutora da força de trabalho.

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.258.770

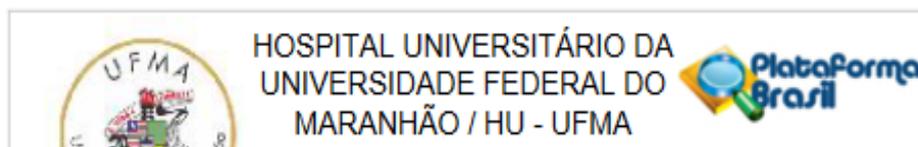
Mesmo considerando os estudos sobre a sociedade americana escravocrata, as análises de Ângela Davis (2018) convergem para o entendimento dessa questão no Brasil, uma vez que, não obstante, as mulheres escravizadas nos Estados Unidos e no Brasil não eram consideradas mães, apenas reprodutoras da força de trabalho

escravizada e era conveniente para os proprietários tratá-las pela lógica da lucratividade, ou seja Cisne (2018) infere que desde o período colonial a sociedade brasileira vem sendo marcada pela subserviência à acumulação de capital dos países centrais, com marcas de subordinação e dependência, embora em momentos históricos distintos, sendo que a dependência e o subdesenvolvimento introduzem elementos novos na

formação e na manifestação da luta de classes que se ajustam à natureza do capitalismo. Dados estatísticos revelam a necessidade de aprofundar a discussão sobre o tema "violência obstétrica". Segundo a Fundação Perseu Abramo (2010), uma (1) em cada quatro (4) mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, exemplificados em gritos, procedimentos dolorosos não autorizados ou informados, ausência de anestesia, negligência, queixas de assédio sexual durante o pré-natal e a aquelas consideradas diretas ou sutis, como impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência ou tratar uma mulher em trabalho de parto de forma agressiva. Em relação a atenção ao parto, dados da Pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado: uma década de mudanças na opinião pública (2013) revelam que a violência institucional no parto é considerada um problema grave de saúde pública, no geral silencioso e invisível, em que são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto no SUS, o que atenta contra os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres. Segundo Hotimsky et al (2007;2013) e Diniz (2013) mulheres descrevem o trabalho de parto associado a solidão, medo e dor, principalmente, apontado por negras, solteiras e de baixa renda. Expressões como "quando você fez, você gostou" são uma constante no SUS e fazem parte de um "linguajar" profissional, que intenciona, por meio de uma violência simbólica, disciplinar, desmoralizar e naturalizar o sofrimento e desautorizar os pedidos de ajuda das usuárias.

Segundo Aguiar e Oliveira (2010a) esse processo é permeado pela violência institucional, cometida justamente por aqueles que deveriam ser seus principais cuidadores. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), cerca de 76% das pessoas que usam apenas os serviços da rede SUS (Sistema Único de Saúde) para prevenção, tratamento e reabilitação são negras, de baixo poder aquisitivo. No universo de pessoas que dependem exclusivamente do SUS para receber atenção à sua saúde, mais de 70% são mulheres. (Lopes, 2019). Destarte na compreensão da relação entre violência obstétrica e mulher negra são importantes os conceitos de

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA <b>Município:</b> SAO LUIS	
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.256.770

opressão e exploração como uma unidade dialética em que a primeira se manifesta por meio de comportamentos, mentalidades e atitudes que naturaliza,

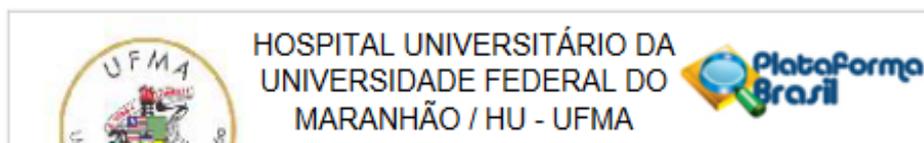
disfarça ou favorecem a exploração, considerando, nesse sentido, as relações étnico-raciais. Por conseguinte, qualquer forma de violência contra as mulheres, independentemente de sua condição social, raça/etnia, orientação sexual e geração, deve ser abominada e combatida pelos poderes públicos e pela sociedade em geral. Ressalto que esse fenômeno é multifacetado e deve ser combatido em todas as suas dimensões, está inserido na esfera pública e nas relações sociais, sendo externo ao âmbito privado, em que o "pessoal é político", como preconiza o movimento de mulheres e feministas no contexto de luta e resistência contra todas as formas de violência sofrida pelas mulheres. Considero que a violência obstétrica é violência de gênero e nessa perspectiva esta pesquisa pretende contribuir para dar visibilidade social e política às mulheres negras que sofrem

violação de direito relacionado ao acesso as ações e serviços de saúde nas maternidades em relação ao parto digno e humanizado, conforme os princípios do Sistema Único e Saúde (SUS) e do Estatuto da Igualdade Racial, que refere no Título II dos Direitos Fundamentais, Capítulo I do Direito à Saúde: No estado do Maranhão, ainda se requer estudo aprofundado sobre a violência obstétrica, especialmente, a violência sofrida por gestantes negras. Assim, há a necessidade premente de se conhecer a situação da violência obstétrica sobretudo, em gestantes em acompanhamento no parto, bem como, identificar as condições em que a violência ocorre, suas características e repercussões, na perspectiva de

efetivar ações que protejam as usuárias, minimize os agravos e, conseqüentemente, subsidiem a política pública de saúde no Maranhão voltada para essas mulheres. Foram poucas as iniciativas do Legislativo maranhense em elaborar Projetos de Lei sobre a violência obstétrica. Tem-se uma primeira iniciativa com o projeto de Lei S/N- 2017 que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente

contra a violência obstétrica no Estado do Maranhão, mas que não entrou na pauta de discussão do Poder Legislativo Estadual. De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Maranhão (PES) 2020 -2024 a estimação da Razão de Mortalidade Materna (RMM) depende da cobertura dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) em todo o Estado, além dos óbitos de mulher em idade fértil (MIF) e daqueles com causas mal definidas e causas presumíveis de serem maternas, uma vez que eles podem mascarar óbitos maternos, sendo que a cobertura dessas informações não atinge 100% no Estado (Maranhão, 2020). Dessa forma, a escolha do tema se justifica pela importância de se aprofundar a discussão sobre a violência obstétrica em

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.258.770

maternidades no contexto maranhense e suas consequências na história de vida e saúde de mulheres negras usuárias do SUS. Além disso, espero trazer contribuições ao debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos no contexto da assistência ao parto e nascimento, considerando a integralidade do cuidado. Destarte, o objeto de estudo vincula-se a área de concentração de Políticas Sociais e Programas Sociais, na linha de pesquisa de Violência, Família, Criança e Gênero, do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão.

#### Hipótese:

Na sociedade patriarcal brasileira estão presentes as opressões de raça, classe e gênero contra as mulheres negras no âmbito institucional da saúde e, no que se refere a atenção ao parto e o nascimento, são as que mais sofrem violência obstétrica, em decorrência do racismo estrutural expresso por meio do racismo institucional. Essas manifestações estão presentes nas maternidades públicas maranhenses indicando que as negras vêm sofrendo violência obstétrica no pré-parto, parto e pós-parto, por meio de práticas e ações que violam os seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos.

#### Metodologia Proposta:

A pesquisa terá como referência teórica-metodológica a concepção dialética crítica, que possibilita a interpretação da realidade social em uma totalidade histórica, contraditória e em suas múltiplas determinações. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo. Minayo (2007) sinaliza que a pesquisa qualitativa propicia o processo de construção de novas abordagens, de conceitos e categorias durante a investigação, caracterizando-se pela sistematização gradativa do conhecimento, até que se compreenda a lógica interior do grupo ou do objeto de estudo. O estudo está alicerçado em pesquisa documental, bibliográfica, análise de dados oficiais e pesquisa de campo nas Maternidade Marly Sarney, Nossa Senhora da Penha e no Materno Infantil no Materno Infantil que compõe o complexo universitário do HUUFMA. A coleta dos dados será de março a outubro de 2022 e enseja-se a participação de 5 a 10 gestantes negras. Será utilizado na pesquisa de campo: questionário sócio econômico, técnica de grupo focal, entrevistas semiestruturadas e observação sistemática. O levantamento bibliográfico será realizado em artigos de periódicos, livros, dissertações e teses. A revisão bibliográfica consistirá em amplo estudo sobre as categorias analíticas, baseadas em autores que estudam interseccionalidade, racismo, violência obstétrica, gênero, classe e relações étnico-raciais. A pesquisa documental contemplará o levantamento de documentos

<b>Endereço:</b> Rua Barão de Itapary nº 227	<b>CEP:</b> 65.020-070
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> MA	<b>Município:</b> SAO LUIS
<b>Telefone:</b> (98)2109-1250	<b>E-mail:</b> cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.258.770

oficiais, dados oficiais e institucionais para subsidiar o objeto de pesquisa.

**Critério de Inclusão:**

Mulheres que participaram do grupo focal, acima de 18 anos que se autodeclararem negras (pretas e pardas), que tiveram pelo menos 1 filho em maternidades públicas e que estiverem em atendimento pré-natal e pós-parto nas maternidades vinculadas aos critérios de boas práticas de atenção ao parto e nascimento estabelecidos pela Rede Cegonha.

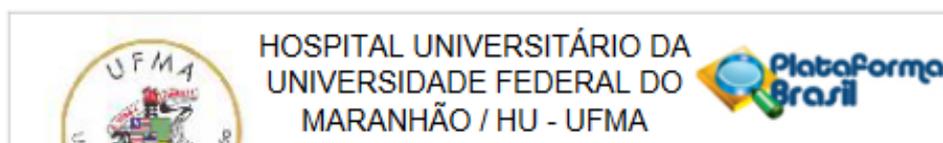
**Critério de Exclusão:**

Mulheres que se autodeclararam negras, aceitaram participar da pesquisa, mas por alguma intercorrência foram submetidas ao parto cesariana.

**Metodologia de Análise de Dados:**

Os registros produzidos a partir da transcrição das entrevistas (grupo focal e semiestruturada) serão analisados a partir da técnica de análise de conteúdo que permite extrair o significados temáticos por meio dos elementos mais simples de um texto e consiste em relacionar a frequência de citação de alguns temas, palavras ou ideias em um texto para medir o peso relativo atribuído a um determinado assunto (Bardin, 1977; Chizzoti, 2014). Nesse sentido, a análise de conteúdo das entrevistas será por meio das unidades de registro e de contexto. De acordo com Bardin (1977) a unidade de registro corresponde ao segmento de contexto, sendo a menor parte do conteúdo a ser analisado, podendo ser uma palavra, um tema, um documento, um personagem ou uma frase. Serão realizadas análises das palavras "violência obstétrica e parto humanizado" e como unidade de registro serão utilizadas as perguntas elaboradas por meio das entrevistas grupo focal e semiestruturada. Nesse sentido, a partir de Bardin (1977, p.104), a análise das unidades de registro indicadas permitirá a descoberta dos "núcleos de sentido" presentes ou ocultos na comunicação das gestantes negras, cuja frequência de aparição das mensagens pode dar significado aos objetivos da pesquisa, a partir das respostas as palavras. Ademais, as palavras serão utilizadas para estudar opiniões, atitudes, valores, crenças e constituirá uma síntese condensada da realidade que podem revelar as concepções dos participantes da pesquisa. (Bardin, 1977; Gil, 2014). A unidade de contexto, conforme Bardin (1977, p. 107) serve para codificar, contextualizar e dar referência à unidade de registro (perguntas), portanto, são mais amplas podendo ser a frase para uma palavra ou um parágrafo para o tema. Cada unidade de contexto pode conter várias unidades de registros e serão apresentadas a partir das respostas dos

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.258.770

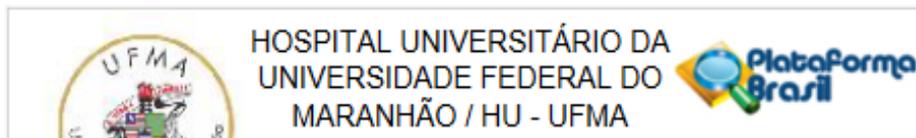
participantes da pesquisa, no caso as gestantes negras. Após o ordenamento das unidades de análises registro e contexto haverá o agrupamento das respostas por semelhança ou conformidade, considerando as categorias de análise escolhidas previamente pela pesquisadora (violência contra a mulher; violência contra a mulher negra, violência obstétrica, racismo e racismo institucional), contudo, poderão surgir outras categorias a partir do contexto analisado por meio das falas das gestantes, como permite a análise de Bardin (1997). Em um quadro demonstrativo, os dados serão analisados, sobretudo, considerando o surgimento de novos significados sobre o fenômeno da violência obstétrica a partir das gestantes negras, os estudos dos autores e dos documentos oficiais e não oficiais que embasam o objeto de estudo em referência. O incômodo em responder o questionário da pesquisa também será considerado e, nesse sentido, os participantes poderão a qualquer momento desistir ou se recusar em participar da pesquisa sem que quaisquer ônus lhes sejam devidos. Realizar-se-á análise da ficha perinatal, na perspectiva de se perceber os registros dos relatos de violência obstétrica sofrida pelas mulheres e as condutas tomadas pela equipe. A ficha perinatal ambulatorial (Brasil, 2019) é um instrumento de coleta de dados utilizado pelo profissional de saúde e destina-se, fundamentalmente, ao registro de assistência perinatal da gestante. A aplicação do questionário estruturado-socioeconômico e das técnicas de entrevista grupo focal nas maternidades e entrevista semiestruturada será realizada junto as mulheres que se declararem negras e que tiveram pelo menos 1 (hum) filho no serviço obstetrícia (pré-natal e pós-parto) nas maternidades vinculadas ao SUS, localizadas no município de São Luís/MA. O estudo dos dados secundários nas instituições será por meio de pré-análise considerando: a) a leitura-flutuante, na perspectiva de estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto; e b) a escolha dos documentos (relatórios técnicos e de gestão) que poderão fornecer informações sobre o problema levantado (BARDIN, 1970).

**Desfecho Primário:** Com a realização desse estudo, que constituirá na Tese de Doutorado, espera-se a demonstração e análise dos casos violência Obstétrica contra mulheres negras gestantes, como forma de contribuir para a sistematização de informações e, com isso, subsidiar os estudos e ações que contribuam para a implementação de uma política de saúde voltada às mulheres em situação de violência, especificamente, no Maranhão.

**Desfecho Secundário:**

A pesquisa apresentará discussão e análise sobre as condições de vida das gestantes negras atendidas nas maternidades, considerando indicadores socioeconômicos e demográficos, a

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.258.770

situação, os fatores associados e desencadeantes em que ocorreu a violência obstétrica, bem com o enfrentamento dessa problemática pelas gestantes negras. Ademais, enseja-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para ampliar a discussão sobre a violência obstétrica sob o viés racial no âmbito das maternidades.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

• O objetivo do presente estudo analisar a violência obstétrica a partir das mulheres negras atendidas em maternidades vinculadas ao SUS no município de São Luís/MA, no ano de 2022, numa perspectiva interseccional, compreendendo o fenômeno a partir tripla opressão: de gênero, raça e classe

##### Objetivo Secundário:

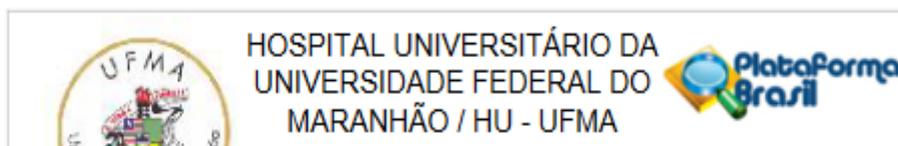
1. Identificar e analisar as condições de vida das gestantes negras atendidas nas maternidades, a partir de indicadores socioeconômicos e demográficos.
2. Identificar a situação em que ocorreu a violência obstétrica, o tipo de agressão, os sujeitos envolvidos e as estratégias do seu enfrentamento pelas gestantes negras.
3. Analisar os fatores associados e desencadeantes da violência obstétrica nas gestantes negras.
4. Analisar qual interpretação das gestantes negras sobre a violência obstétrica e as estratégias de enfrentamento.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

O estudo pode oferecer riscos mínimos quanto à quebra de sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Para minimizar tais riscos o participante da pesquisa terá a garantia da confidencialidade das informações; sua privacidade será respeitada e terá a garantia de proteção de sua identidade, inclusive o uso de sua fala transcrita e voz, bem como assegurado os direitos dos participantes, no que se refere ao caráter privativo, sigiloso nas entrevistas, que após exaustiva análise serão armazenadas em local seguro e em seguida incineradas. O participante, ocasionalmente ao responder as perguntas, poderá apresentar sentimentos, pensamentos ou lembranças desagradáveis, ou desconforto em relação a violência sofrida,. Caso isso ocorra, a entrevista pode ser interrompida e se desejar, poderá ser reiniciada no mesmo dia ou em outro

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.258.770

dia, de acordo com a disponibilidade, sem qualquer prejuízo.

#### Benefícios:

Quanto aos benefícios diretos, com a pesquisa o participante terá a oportunidade de trocar conhecimentos a partir das suas experiências com a temática e as informações adquiridas trazidas pelo pesquisador. Em relação aos benefícios indiretos, as respostas dos participantes ajudarão a compreender melhor a violência obstétrica a partir das suas falas, cujos resultados poderão contribuir com elementos de análise desse problema, para a melhoria dos serviços junto as usuárias negras, bem como para o debate científico a respeito da temática no contexto da política de saúde.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo onde o objetivo será analisar a violência obstétrica a partir das mulheres negras atendidas em maternidades vinculadas ao SUS no município de São Luís/MA, no ano de 2022, numa perspectiva interseccional, compreendendo o fenômeno a partir tripla opressão: de gênero, raça e classe. A pesquisa ocorrerá com gestantes negras que frequentarem as maternidades Marly Sarney, Nossa Senhor da Penha e no Materno Infantil no Materno Infantil que compõe o complexo universitário do HUUFMA, durante o ano de 2022. Será utilizado na pesquisa de campo: questionário sócio econômico, técnica de grupo focal, entrevistas semiestruturadas e observação sistemática. Espera-se que com a realização do estudo, que culminará Tese de Doutorado, contribuir para a sistematização de informações e, com isso, subsidiar os estudos e ações que contribuam para a implementação de uma política de saúde voltada às mulheres em situação de violência obstétrica, especificamente, no Maranhão. A coleta de dados será de março a outubro de 2022, com 5 a 10 gestantes, por meio da inserção no campo empírico que ocorrerá a partir da visita prévia às maternidades, observação sistemática, aplicação das técnicas de entrevista grupo focal, questionário socioeconômico e entrevista semiestruturada com gestantes negras. Após a coleta de dados, será iniciado o processo de tabulação, análise e qualificação dos mesmos, de modo a construir questões analíticas e interpretações acerca do problema em questão. É uma pesquisa extremamente relevância, uma vez que, a porcentagem da violência obstétrica no Brasil é alta, sendo que os maus-tratos mais relatados são: maus-tratos durante o atendimento ao parto, além de excesso de intervenções desnecessárias (como venoclise, ocitocina de rotina e episiotomia) e privação de uma assistência baseada em boas práticas, tais como parto em posição vertical,

**Endereço:** Rua Barão de Itapary nº 227  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 65.020-070  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.258.770

possibilidade de se alimentar e de se movimentar durante o trabalho de parto e presença de um acompanhante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

**Recomendações:**

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. sendo considerado APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

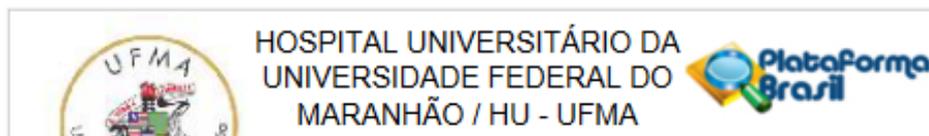
O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1878479.pdf	17/02/2022 13:41:54		Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.258.770

Outros	FLUXOSESMA.pdf	17/02/2022 13:41:07	GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECORRIGIDO.docx	17/02/2022 13:39:06	GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE CASTILHO	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	17/02/2022 13:37:52	GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	29/12/2021 09:06:23	GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_HUUFMA.pdf	27/12/2021 12:40:16	GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_ANUENCIA_SES.pdf	27/12/2021 12:39:58	GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	27/12/2021 10:27:43	GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Word.docx	27/12/2021 10:13:48	GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/12/2021 10:13:01	GLAUCEJANE GALHARDO DA CRUZ DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 23 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br