



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ana Giselle dos Santos Gadelha

O ativismo de mulheres negras do município do Rio de Janeiro na construção de políticas públicas de saúde - a pauta da violência obstétrica

Rio de Janeiro

2020

Ana Giselle dos Santos Gadelha

O ativismo de mulheres negras do município do Rio de Janeiro na construção de políticas públicas de saúde - a pauta da violência obstétrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência, Sociedade e Saúde.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a KathieNjaine

Coorientador(a): Prof.^a Dr.^a Fátima Regina Cecchetto

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

G124a Gadelha, Ana Giselle dos Santos.
O ativismo de mulheres negras do município do Rio de Janeiro na construção de políticas públicas de saúde - a pauta da violência obstétrica / Ana Giselle dos Santos Gadelha. -- 2020.
174 f.

Orientadora: Kathie Njaine.
Coorientadora: Fátima Regina Cecchetto.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Saúde das Minorias Étnicas. 2. Ativismo Político. 3. Racismo.
4. Disparidades nos Níveis de Saúde. 5. Violência contra a Mulher.
6. Parto. 7. Políticas Públicas de Saúde. 8. Violência Obstétrica.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.83098153

Ana Giselle dos Santos Gadelha

O ativismo de mulheres negras do município do Rio de Janeiro na construção de políticas públicas de saúde - a pauta da violência obstétrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência, Sociedade e Saúde.

Aprovada em: 12 de maio de 2020.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Jussara Francisca de Assis
Universidade Federal Fluminense - Niterói

Prof.^a Dr.^a Roberta Gondim
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Paulo Roberto de Abreu Bruno
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Fatima Cechetto (Coorientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Kathie Njaine (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

É o momento de fazer o fechamento de um ciclo importante na minha vida. O mestrado não era algo que eu objetivava ao longo da minha formação, contudo, ao me aproximar das pautas do campo da saúde da população negra e ao entender a importância e a urgência de estudar a temática, tomei a decisão de ingressar no curso. E ainda que essa dissertação indique o meu nome como autora há MUITAS pessoas, movimentos e grupos que me proporcionaram, de diversas maneiras, pensar, desenhar, planejar, executar, refletir e escrever essa pesquisa.

Ao longo do mestrado vivi momentos de aprendizados, coletividade, desafios, resistências, sofrimentos e também de alegrias. Irei aqui mencionar alguns nomes que muito me marcaram durante essa trajetória, mas, sem dúvidas, não conseguirei dar conta de nomear todos que contribuíram de alguma forma. Sou imensamente grata pelas conversas, pelos espaços que me acolheram e por cada troca de diálogo.

Agradeço a minha finada vó, vovó Marlene, que me deixou tantos aprendizados, tanta sabedoria com toda sua simplicidade e perseverança. Vó, você partiu para o outro plano logo quando eu estava prestes a iniciar o mestrado, mas a cada passo dessa pesquisa, eu lembrava de você, de como você foi batalhadora e de como eu fui feliz com a sua companhia, de poder ter aprendido tanto com você. A sua despedida do “seja muito feliz”, entre outros jargões seus, continua a ecoar e a preencher os meus dias. Obrigada!

Aos meus familiares, ao meu pai e a minha querida mãe, Conceição, por toda dedicação empenho, carinho e batalha para cuidar de mim e meus irmãos; à minha tia Silvinha e à Sueli por sempre me receberem com tanta alegria e acolherem meus lamentos dos domingos, tomando café e comendo pão ao lado do Qjim e da Nutella; à minha tia Dora que desde a infância me confere atenção e carinho. Aos meus tios e tias, primos, enfim, aos meus familiares por, mesmo que a distância, me apoiarem nessa jornada.

Ao meu querido companheiro, Yuri, por todo o apoio, compreensão, ajuda e amor em mais uma etapa de minha vida. Não foram poucas as vezes em que você teve de ser paciente com os meus momentos de crise e de desespero ao longo do mestrado. Obrigada, por sempre me apoiar e me incentivar a continuar. Também agradeço à sua família que também se tornou a minha, a Fortune, Nilton, Rômulo, Raquel e Sarah, pois vocês foram um suporte enorme na minha chegada ao Rio e seguem sendo tão amorosos, comemorando e compartilhando bons momentos. O meu muito obrigada a vocês!

Sou muito grata aos meus amigos da terrinha querida, terra da luz, que sinto tanta saudade das conversas, dos momentos de descontração, das viagens a Canoa, enfim, de ficarmos juntos e conversando desde as aleatoriedades da vida até os temas mais complexos do universo: Dani, Marlon, Yuri, Bessa, Walber, Jéssica Rodrigues, Sylvia, Jéssica Nunes Camila, Jess, Liana, Aliatá, Victor. Vocês estão sempre comigo! Em especial ao querido amigo Lucas Rolim por ter contribuído também com a formatação deste trabalho!

Agradeço às mulheres negras com quem tanto aprendi ao longo do meu percurso no mestrado, em especial àquelas que disponibilizaram tempo e dedicação para participar da pesquisa que, sem a intensa troca com elas, a construção deste trabalho não seria possível. O aprendizado junto a vocês é imensurável. Cada história compartilhada me inspira e me mobiliza a continuar em movimento.

Aos movimentos sociais organizados presentes no cenário por onde passei e que sempre me acolheram e compartilharam desejos e dificuldades da luta social. Com vocês aprendi o real significado de ubuntu!

Sou muito grata às companheiras do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Município do Rio e do Coletivo Negro da Fiocruz. A militância e o empenho construído por vocês me marcaram profundamente.

Agradeço em especial às integrantes do “Mães de Manguinhos”, coletivo de mulheres cujos filhos foram assassinados por conta da violência estatal. Ainda durante a residência tive contato com vocês e posso assegurar que esse encontro foi decisório na minha jornada e no meu modo de enxergar o mundo. Também agradecer aos aprendizados com os integrantes do Fórum Social de Manguinhos, que desempenha um papel de enorme importância para a comunidade, de luta na busca de direitos.

Agradeço a Ju e a Van, que durante a residência, no meu aniversário, me presentearam com o livro da Angela Davis e como esse, a priori, simples ato veio no momento certo e me despertou para tantos outros autores e discussões que estão presentes nessa pesquisa. Vocês são incríveis! Sou muito grata aos amigos que a residência me deu: Thami, Jaci, Thay, Tali, Bia, Maíra, Rui, Uly. Quantos momentos de acolhimento, de compartilhamento de angústias, mas também de alegrias e felicidade.

Às minhas orientadoras, Katia e Fátima Regina. Com vocês aprendi a lidar com as amarras do mundo acadêmico. Agradeço pela perspicácia de vocês e a me mostrarem o caminho da autonomia e da liberdade.

Agradeço aos bolsistas que compõem o grupo “Bolsistas Capes” não só pela cobertura fiel e ansiosa dos momentos em que momento a bolsa cairia, mas por principalmente estarem

atentos e preocupados com os rumos da pesquisa no país, por serem prestativos e dividirem dicas preciosas sobre a vida acadêmica.

Aos docentes e aos técnicos que compõem o mestrado em Saúde Pública da ENSP, que contribuíram de forma direta e indireta pela qualificação da minha formação e sempre nos foram tão carinhosos, em especial a Dani Morais, Roseli, Gil e Cris.

Aos queridos amigos do mestrado, em especial aos que compõem a área Sociedade, Violência e Saúde – Mayra, Desirré, Raquel, Isa, Ju, Mari, Alana, Aline, Thay, Verônica, Higor, Léo. Aos amigos das demais áreas, em especial à Vanessa Figueiredo e Thayene Belo, pelos momentos de acolhida e compartilhamento de angústias.

Sou imensamente grata aos companheiros do Ímárale, grupo que me acolheu e que foi essencial para a minha compreensão sobre a luta antirracista e de enorme importância para as minhas reflexões enquanto uma psi preta. Obrigada à Vanessa, ouvir a sua experiência foi fundamental para encontrar melhores formas de sobreviver à academia! Obrigada Falashewa, Ayana, Dandara, Tulane, Carô, Rodrigo e Thaianie!

Aos trabalhadores da Fiocruz, estatutários e contratados, que são, por vezes, invisibilizados, mas atuam diariamente na manutenção e no funcionamento desta instituição.

À Jussara de Assis, Roberta Gondim, Paulo Bruno e Leandro Gonçalves que aceitaram o convite para compor a banca de defesa, de forma a contribuir intensamente com suas reflexões e considerações. Agradeço enormemente por terem aceitado a fazer parte desse processo. Sem vocês, essa dissertação não seria viável!

À minha terapeuta, Shenia Karlsson, por acolher minhas dores nesse processo e possibilitar momentos em que pude ressignificar minhas vivências! Seu suporte foi essencial!

À CAPES/CNPq que me apoiou com o financiamento, que foi imprescindível para proporcionar a contribuição para o meu amadurecimento intelectual e crescimento cultural.

RESUMO

Considerando o cenário de intenso ativismo de mulheres negras no Rio de Janeiro e o fato de que as expressivas desigualdades raciais vividas pelas mulheres negras se traduzem no processo de saúde e adoecimento, o objetivo geral deste estudo foi analisar as trajetórias de vida e o ativismo de integrantes do Movimento de Mulheres Negras do município do Rio de Janeiro no enfrentamento à violência obstétrica em mulheres negras. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva socioantropológica, ancorada sob as lentes da interseccionalidade. Foram feitas sete entrevistas individuais, a partir do método da Entrevista Narrativa, com mulheres negras ativistas de movimentos sociais e que pautam a causa da violência obstétrica contra mulheres negras. Tendo como eixo norteador os objetivos desta pesquisa, após o tratamento e análise de dados (Análise de conteúdo), foram eleitas nove categorias: “Trajetórias pessoais e profissionais”, “Conceito de Violência Obstétrica”, “Violência Obstétrica em Mulheres Negras”, “Estratégias”, “Enfrentamentos”, “Relação com outros movimentos”, “Relato de Violência Obstétrica”, “Morte Materna” e “Saúde da População Negra”. Foi possível chegar a núcleos de sentido do material coletado, gerando as seções de capítulo da discussão: Trajetórias e Estratégias de Militância – práticas situadas; Sentidos da Violência Obstétrica; Enfrentamentos – da afetação às ações no cotidiano; Silenciamento e morte como elementos disruptivos. Aponta-se para a necessidade dos estudos em saúde coletiva não perpetuarem a invisibilização das vivências de mulheres negras que sofrem de violência obstétrica, fazendo-se necessário considerar as discussões e os saberes construídos no interior das trajetórias das ativistas entrevistadas, que de maneira articulada, nos movimentos sociais que fazem parte, contribuem para o enfrentamento à violência obstétrica em mulheres negras.

Palavras-chave: Saúde da população negra. Ativismo Político. Racismo. Iniquidade em Saúde. Violência Obstétrica.

ABSTRACT

From the context of intense activism of black women in Rio de Janeiro and the fact that the expressive racial inequalities experienced by black women are reflected in the health and illness process, this study analyzed trajectories and activism of members of the Black Women Movement in the city of Rio de Janeiro in the fight against obstetric violence in black women. Qualitative research was developed from a socio-anthropological perspective, anchored under of intersectionality. Seven individual interviews were carried out, using the Narrative Interview method, with black women activists from social movements and who determine the cause of obstetric violence against black women. After data treatment and analysis (Content analysis), nine categories were chosen: “Personal and professional trajectories”, “Concept of Obstetric Violence”, “Obstetric Violence in Black Women”, “Strategies”, “Confrontations”, “Relationship” with other movements”, “Obstetric Violence Report”, “Maternal Death” and “Health of the Black Population”. It was possible to reach the nuclei of meaning of the collected material, generating the sections of the discussion chapter: Trajectories and Militancy Strategies - situated practices; Meanings of Obstetric Violence; Confrontations - from affectation to actions in daily life; Silence and death as disruptive elements. It points to the need for studies in collective health not to perpetuate the invisibility of the experiences of black women who suffer from obstetric violence. It is necessary to consider the discussions and knowledge constructed within the trajectories of the interviewed activists, who in an articulated way, in the social movements that they are part of, they contribute to the fight against obstetric violence in black women.

Keywords: Health of Ethnic Minorities. Political Activism. Racism. Health Status Disparities. Abuse and Disrespect.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Características das ativistas	99
------------	-------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CEDAW	Comitê Pela Eliminação da Discriminação contra a Mulher
CPFCE	Casa de Parto David Capistrano Filho
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
DPERJ	Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
FEMN-RJ	Fórum Estadual de Mulheres Negras – RJ
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IPCN	Instituto de Pesquisa de Cultura Negra
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISP	Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro
MPF	Ministério Público Federal
MNU	Movimento Negro Unificado
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RENAFRO	Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde
RI	Racismo Institucional
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SEPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TMR	Teoria da Mobilização De Recursos
TNMS	Teoria dos Novos Movimentos Sociais
TPP	Teoria do Processo Político
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. QUADRO TEÓRICO	25
2.1. Movimentos Sociais.....	25
2.2. Raça e racismo.....	31
2.3. Movimento de Mulheres negras.....	47
2.4. Saúde da população negra.....	63
2.5. Saúde da população negra no Brasil.....	65
2.6. Saúde das mulheres negras.....	69
2.6.1 Alguns aspectos das políticas de saúde.....	69
2.6.2 Mortalidade materna.....	72
2.6.3 Violência obstétrica.....	74
3. ABORDAGEM METODOLÓGICA	82
3.1. Tipo de Estudo.....	82
3.2. Percurso metodológico.....	83
3.2.1 Cenário e Participantes da Pesquisa.....	83
3.2.2 Procedimentos.....	85
3.2.3 Caminhos da Pesquisa.....	87
3.3. Tratamento e análise de dados.....	89
3.4. Questões éticas da pesquisa.....	90
4. RESULTADOS	92
5. DISCUSSÃO	99
5.1 Trajetórias e Estratégias de Militância - práticas situadas.....	99
5.1.1 Ruth: a luta pela formação do campo de saúde da população negra.....	100
5.1.2 Teresa: a atuação política de Criola.....	105
5.1.3 Neusa: a militância enquanto motor de vida.....	109
5.1.4 Fátima: os desafios e as potências negras por dentro da gestão em saúde.....	113
5.1.5 Lélia: da doulagem aos espaços do legislativo.....	118
5.1.6 Beatriz: a construção de um coletivo de parto domiciliar para mulheres negras e periféricas.....	123
5.1.7 Dandara: a tomada de consciência de privilégios e a virada para a leitura interseccional no ativismo.....	128
5.2 Sentidos da Violência Obstétrica.....	133
5.3 Enfrentamentos e Lutas – das afetações que produzem ações.....	137
5.4 Silenciamento e Morte como elementos disruptivos.....	141
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIAS	154

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo analisar as trajetórias de mulheres negras militantes e investigar como a pauta da violência obstétrica é operacionalizada, por meio de discursos, nas agendas de ativismo construídas por elas na cidade do Rio de Janeiro.

O interesse pela temática surgiu a partir da vivência na condição de psicóloga residente multiprofissional em Saúde da Família entre os anos de 2016 e 2018 em duas favelas do município do Rio de Janeiro (MRJ), Mangueiras e Complexo do Alemão, locais em que a maioria da população moradora é negra (RIO DE JANEIRO, 2010; IBGE, 2010). Durante a residência realizei uma pesquisa sobre a saúde das mulheres negras, cujo objetivo geral foi analisar a interseccionalidade entre raça, gênero e classe no cotidiano de Unidades Básicas do MRJ. Por meio dessa pesquisa foi possível abordar diversas temáticas, entre elas as iniquidades e os diversos tipos de violência que atravessam as vivências de mulheres negras. Dentre tais violências, destacaram-se relatos sobre violência obstétrica no diálogo tanto com trabalhadoras quanto com usuárias negras das Unidades Básicas de Saúde, a partir de suas vivências como gestantes durante a assistência ao pré-natal e ao parto.

Estudos realizados nos últimos anos, impulsionados por denúncias de movimentos sociais, principalmente do Movimento Negro e do Movimento de Mulheres Negras, ampliaram o alcance das investigações sobre as iniquidades em saúde vivenciadas pela população negra¹ brasileira.

As profundas desigualdades raciais presentes na sociedade brasileira, como as apresentadas em estudo feito por IPEA et al. (2011) sobre o recorte de raça e gênero, mesmo que frequentemente invisibilizadas pelo mito da democracia racial, afetam a condição de vida da população preta e parda e, conseqüentemente, são fundamentais na determinação social do processo saúde-doença. A crença no mito da democracia sustentada por ideias que marcaram a sociedade brasileira contemporânea, como as de Gilberto Freyre, mesmo que em desconstrução por meio de denúncias do Movimento Negro, reatualiza-se (GUIMARÃES, 2002), impede e retarda a discussão e a implementação de políticas de ações afirmativas (MUNANGA, 2000), além de atravessar as relações raciais do país.

¹ População negra corresponde neste trabalho a pretos e pardos, em consonância com a terminologia oficial adotada pelo IBGE e de acordo com Petruccelli e Saboia “para o complexo processo de construção de identidades étnico-raciais, individuais e coletivas no Brasil” (2013, p. 10). Para aprofundar nessa questão, consultar a tese *Desigualdades raciais e segregação urbana em antigas capitais: Salvador, Cidade d’ Oxum e Rio de Janeiro, Cidade de Ogum* (Garcia, 2006).

Pesquisas no campo da saúde coletiva, ao desagregarem os dados por raça/cor, indicam que negros apresentam condições de saúde piores em relação aos brancos, condições estas observadas tanto em dados sobre incidência de doenças, risco de adoecimento e morte, taxa de mortalidade, como em dados sobre o acesso ao cuidado e aos serviços de saúde (SACRAMENTO E NASCIMENTO, 2011).

Embora as desvantagens das pessoas negras possam ser atribuídas à pobreza, uma vez que essa parcela da população percebe os mais baixos rendimentos, especialmente as mulheres, admite-se a existência do **racismo institucional** responsável por desigualdades na prestação do cuidado, dentre outros aspectos. [...] o racismo institucional se expressa tanto na relação de cuidado quanto no acesso e na própria prática institucional; cita **como exemplos a forma violenta como as mulheres negras são tratadas nas maternidades**, na precariedade da produção de informações com recorte racial e na dificuldade de acesso ao cuidado. (SACRAMENTO; NASCIMENTO, 2011, p. 1143 – grifo nosso).

Nesse sentido, a noção de Racismo Institucional (RI) auxilia-nos a entender a situação de marginalização vivida por negros/as, que se expressa, por exemplo, nas diferenças quantitativas e qualitativas na assistência à saúde ofertada entre as mulheres brancas e negras. Compreende-se que as instituições reproduzem hierarquias raciais, em concordância com o que afirma Werneck (2016) sobre o RI ser

[...] a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. [...] garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos. (WERNECK, 2016, p. 541-542).

Werneck esboça que o racismo ocupa lugar fundamental na determinação social da saúde e na manutenção e produção de grupos vulnerabilizados. Além do racismo, a autora sustenta que se faz necessário também reconhecer outras questões sociais e ressalta as desigualdades que permeiam e atravessam as vidas das mulheres negras, o que possibilita, com frequência, localizar a tríplice discriminação, decorrente do fato de ser *negra, mulher e pobre* (WERNECK, 2016).

Essa tríplice discriminação pode ser estudada por meio do conceito de interseccionalidade, formulado por Crenshaw (2002) ao discutir como raça, classe e gênero, entre outros fatores, atuam de forma conjunta e se inter-relacionam na produção de discriminações. Na perspectiva interseccional se torna mais evidente que, em diversos processos atravessados por violências, as mulheres negras são colocadas em posição de vulnerabilidade.

Por meio dessa perspectiva, nesta pesquisa realizei uma análise crítica sobre a violência obstétrica no Brasil, por compreender que ela poderia desvelar práticas de saúde que desconhecem e não respeitam as corporalidades das mulheres, desde o pré-natal, por meio de consultas e exames, até as intervenções dolorosas e os discursos humilhantes no mo-

mento do parto. Entendendo que há violências de diversos tipos impostas aos corpos de mulheres, naturalizadas e inseridas em uma sociedade marcada pelo racismo e sexismo que objetifica tais corpos (FERREIRA; OLIVEIRA, 2016). Nas maternidades brasileiras o modelo hegemônico é caracterizado pela medicalização, intervenção e impessoalidade que se constrói na relação entre os profissionais de saúde e as mulheres grávidas e puérperas (PEREIRA e NICÁCIO, 2014).

No início do século XX, o ato de parir fora de casa era entendido como algo “anormal”, considerado apavorante e procurado somente em casos extremos (MOTT, 2002). A partir da década de 1930, o hospital passa a ser indicado na literatura médica como o lugar ideal e seguro para a realização do parto. Assim, a medicalização do parto inicia-se nesse século, acompanhada do desenvolvimento de tecnologias biomédicas. Segundo Gondim (2016) – a partir da leitura de Foucault (2010) sobre o racismo como uma prática de biopoder sobre os corpos e populações – há dispositivos biopolíticos que são convertidos em práticas de saúde e estão presentes em diversos lugares, de forma a ocupar espaço-tempo de vidas humanas através de suas estratégias. Gondim (2016) entende que tais estratégias se fazem presentes na assistência médica por meio de anamneses, exames físicos, indicações de usos de medicamentos, intervenções médicas etc.

Ao pensar sobre as intervenções biomédicas realizadas comumente durante os partos, que se configuram em VO, como a litotomia, a manobra de *Kristeller*, a cesariana sem indicação adequada, a episiotomia, o uso de ocitocina sintética etc., pode-se compreendê-las como tecnologias biomédicas que impactam de uma forma ou de outra as vidas, tanto das puérperas quanto dos filhos que nascem nesses partos, assim como as das suas respectivas famílias. A partir da reflexão de Gondim (2016), é lícito dizer que tais práticas afetam existências em várias partes do mundo, principalmente as de sujeitos com condições de vida atravessadas por diversas iniquidades e que vivem em ambientes mais vulnerabilizados, como o caso das mulheres negras no Brasil.

Ao compreender que há um discurso biomédico que atua sobre o domínio da assistência obstétrica e que há na sociedade brasileira o histórico de colonialidade e de escravismo (QUIJANO, 2005), a investigação sobre a violência obstétrica deve “destrinchar sobre o quanto as práticas escravocratas ainda são preservadas pelas nossas relações coloniais de poder, ser e saber” (FERREIRA; OLIVEIRA, 2016, p. 17). Nesse sentido, Ferreira e Oliveira (2016) discutem que a intersecção entre o racismo e o sexismo é de fundamental importância na visibilização da violência obstétrica contra mulheres negras.

Alguns estudos no Brasil indicam como são recorrentes as atitudes discriminatórias, desrespeitosas e desumanas na assistência ao parto. O termo “*violência obstétrica*”, apesar de ainda conter imprecisões, corresponde às “diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento” (DINIZ, et al. 2015, p. 379).

Para Sena e Tesser (2017) a expressão “*violência obstétrica*” agrupa formas de violência e danos produzidos no cuidado obstétrico e “designa um conjunto de atos, práticas e situações com sólido respaldo em um arcabouço de pesquisas acadêmicas que reconhecem objetividade, relevância e especificidade à mesma” (p. 209). A temática começa a ser discutida nas décadas de 1980 e 1990 por movimentos sociais formados por profissionais de saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres. Contudo, apenas nos anos 2000 que os estudos acadêmicos sobre o tema se intensificam (SENA; TESSER; 2017).

As autoras D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) identificam que a violência obstétrica se expressa por meio da negligência na assistência, da discriminação, da violência verbal, física e sexual. Elas sugerem que tais vivências têm relação com as altas taxas de mortalidade materna dos países menos desenvolvidos, pois afetam o acesso, a qualidade e a eficácia da assistência prestada. Nesse contexto, sublinha-se que há pesquisas que revelam que as taxas de mortalidade materna de mulheres negras são expressivamente maiores em comparação às mulheres brancas no Brasil (BATISTA, 2005; MARTINS, 2006; TEIXEIRA et al., 2012; BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, 2016).

Com relação à mortalidade materna, dentro do escopo de propostas do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2005 um documento específico sobre a atenção à saúde das mulheres negras (BRASIL, 2005a). Na época já estava em discussão no âmbito do MS a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), publicada em 2009. A PNSIPN traçou estratégias transversais visando o combate ao racismo institucional em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). No tocante à saúde da mulher, a PNSIPN preconizou a qualificação e a humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo a assistência ginecológica e obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento (BRASIL, 2013).

Leal, Gama e Cunha (2005), em estudo sobre as desigualdades raciais na assistência ao pré-natal e ao parto realizado entre 1999 e 2001 no MRJ, constataram, dentre as mulheres entrevistadas, que houve diferenças significativas com relação à proporção das que

não foram atendidas na primeira maternidade procurada: 18,5% entre as brancas, 28,8% nas pardas e 31,8% nas pretas. Os dados também indicaram que pardas e pretas apresentaram maior proporção de grávidas que não tiveram acesso à anestesia no momento do parto vaginal e que elas foram, em sua maioria, atendidas em serviços públicos de saúde. Independentemente do grau de escolaridade, as mulheres negras “também utilizaram menos os serviços pré-natais, estiveram mais expostas à perambulação em busca de assistência médica para o parto e à não utilização de anestésico.” (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005, p. 104).

Com a pesquisa “Nascer no Brasil”, de abrangência nacional, sobre a gestação e o parto em mais de 250 hospitais brasileiros, foram analisados os dados a partir do recorte racial, evidenciando que, mesmo ao realizar o pareamento das características sociodemográficas, pretas e pardas tiveram acesso a um cuidado pior comparado ao oferecido às brancas.

Os achados deste estudo indicam que, além dos eventos no entorno mais imediato do parto, as desigualdades segundo raça/cor se estendem ao longo do processo mais amplo da gravidez. **Mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir. Há impactos também sobre a garantia do direito da mulher ao acompanhante por ocasião do parto, que foi mais violado entre pretas e pardas do que entre brancas [...].** A solidão 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, et al., 2017, p. 10, *grifo nosso*).

Na referida pesquisa, mesmo que essa temática não tenha sido particularmente investigada em profundidade, foram coletados relatos de profissionais de saúde que verbalizaram a crença de que há uma melhor adequação da pelve em mulheres pretas para parir. Trata-se de uma crença racializada sobre o corpo que provavelmente tem relação com a grande proporção do não uso de anestesia em mulheres negras (LEAL, et al., 2017). Essa concepção remete às ideias defendidas e sustentadas pelos estudos eugenistas que tiveram diversos adeptos na cena brasileira e estimularam o ideário de “melhorar a raça”, o que fortaleceu a hierarquia racial já construída desde o Brasil Colônia (CORREIA, 2014; SCHWARCZ, 1998; MACIEL, 1999). Tais ideias ganharam corpo na comunidade científica, como pode ser visto nas produções de Renato Kehl (WEGNER; SOUZA, 2013) e Nina Rodrigues (MACIEL, 1999).

As discussões das pesquisas acima mencionadas, sobre a condição de cuidado ofertado às mulheres negras e seus atravessamentos com o racismo, referem-se a questões que há bastante tempo são denunciadas pelo Movimento de Mulheres Negras. Organizadas

coletivamente, essas mulheres deram forma a um movimento importante para a implementação de políticas públicas de ações afirmativas no Brasil. No caso das políticas de saúde, Carneiro (2002) relata que a discussão sobre a saúde da população negra foi levantada pelo Movimento de mulheres negras.

Na cidade do Rio de Janeiro, há uma importante presença de mulheres organizadas que denunciam que as mulheres negras estão em condição de maior vulnerabilidade frente à violência obstétrica, como nos debates conduzidos pelos coletivos Criola, Fórum Estadual de Mulheres Negras, Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra do município do Rio de Janeiro, dentre outros. Esses coletivos contam com a presença de *atrizes* sociais, mulheres, que atuam há bastante tempo e cobram do Estado a construção de políticas de saúde que qualifiquem o cuidado em saúde com relação às mulheres negras, principalmente no que diz respeito ao pré-natal, parto e puerpério.

A partir do reconhecimento de que muitas vezes essa militância é invisibilizada, ainda que sustente uma luta histórica na cidade do Rio de Janeiro, esta pesquisa buscou recuperar a memória e a história do ativismo feminino que constrói uma agenda política de enfrentamento à violência obstétrica contra mulheres negras.

Diante da complexidade e de tantos atravessamentos da temática faz-se, cada vez mais, indispensável repensar e refletir sobre a assistência ao pré-natal e ao parto, e a situação de abortamento imposta às mulheres negras, de forma que se compreendam as interseccionalidades envolvidas do racismo, sexismo e outras formas de opressão da colonialidade. Portanto, a violência obstétrica contra mulheres negras deve ser analisada e repensada, considerando os processos de subalternização, dominação e exploração, além da sua dimensão racial.

A atual conjuntura do Brasil também torna crônico esse cenário, tendo em vista a crise política e econômica vivenciada, que traz consigo intensos ataques aos direitos sociais e uma agenda de cortes de verbas estatais, dentre eles cortes ao SUS. Esse contexto produz um difícil panorama para a população brasileira, em especial para os grupos mais vulnerabilizados, como é o caso das mulheres negras. Nesse sentido, entende-se que a articulação dos movimentos sociais é essencial para a construção de resistências e a defesa de direitos. Portanto, o estudo dos movimentos sociais, no atual contexto, faz-se necessário, levando essa pesquisa a concordar com o que afirma Gomes (2017):

Vivemos (...) tempos de profundas mudanças econômicas e políticas no Brasil e na nossa democracia. Tempos de reorganização do capitalismo nacional e internacional e das lutas sociais. Nesse contexto, há quem pense que a força dos movimentos sociais está enfraquecida. Mas pelo contrário. Eles continuam atuando como protagonistas políticos de emancipação social (...). Por isso, **é importante**

que a memória e a história dos movimentos sociais não sejam perdidas.
(GOMES, 2017, p. 16 – *grifo nosso*).

As mulheres de coletivos que pautam a violência obstétrica contra mulheres negras vêm, na luta pela construção de uma agenda política, desenhando um protagonismo feminino na militância pela construção de políticas públicas que qualifiquem o cuidado às gestantes negras e de enfrentamento ao racismo. Assim, durante o desenvolvimento deste estudo realizei os seguintes questionamentos: Quem são as mulheres que compõem essa militância? Qual o perfil delas? Quais são as suas trajetórias de ativismo? Como elas se articulam? Qual a agenda política que constroem?

A partir de meu percurso prévio e do levantamento da situação preliminar de estudo, a presente pesquisa passou a ter como objetos de investigação as trajetórias de mulheres negras ativistas e a pauta da violência obstétrica na cidade do Rio de Janeiro. Nessa perspectiva, formulei as seguintes perguntas norteadoras para o estudo: Como as mulheres e suas trajetórias de vida têm protagonizado a militância em prol da construção de políticas de enfrentamento à violência obstétrica em mulheres negras no Estado do Rio de Janeiro? Quais são os avanços e desafios? Quais as estratégias de militância? Qual é o lugar da pauta da violência obstétrica nos movimentos que essas mulheres fazem parte? Como a violência obstétrica é compreendida pelas ativistas?

A presente pesquisa pode contribuir para o enfrentamento do RI e da violência obstétrica nos serviços de saúde, além possibilitar a melhoria das políticas públicas voltadas para atenção humanizada às mulheres negras, no cuidado pré-natal, parto, pós-parto, puerpério e aborto. Além disso, constitui-se como uma iniciativa relevante por recuperar a memória e a historicidade de militantes da cidade do Rio de Janeiro que pautam a questão da violência obstétrica contra mulheres negras. No Rio de Janeiro surgiu um dos primeiros coletivos de mulheres negras do Brasil, o “Nzinga”, fundado pela antropóloga e ativista Lélia González (DAMASCO, 2009).

Segundo Pinto et al. (2017), as violências institucionais realizadas durante a gravidez, no parto e no puerpério estão associadas à variável raça, que, por sua vez, correlaciona-se com as dinâmicas assistenciais. Por outro lado, há o reconhecimento sobre a ausência de estudos que abordem a questão racial em relação às mulheres e “há lacunas de estudos teóricos sobre as várias expressões de violência valendo-se da perspectiva da interseccionalidade” (PINTO, et al., 2017, p. 221).

Silva e Pereira (2017: p. 361), por sua vez, relatam que a questão racial é uma variável fundamental nos estudos sobre violência e que discutir sobre a violência que atinge

mulheres negras significa “ampliar o campo de percepção sobre os efeitos silenciados que a violência tem gerado na saúde pública brasileira”.

O racismo é um fenômeno social complexo cuja manifestação estrutural ocorre por meio de quatro elementos: ideologia, política, direito e economia. Tais elementos têm importante relação com o campo da saúde coletiva e com os processos de determinação de saúde-doença. Nesse sentido, entendemos que o racismo, por ser estrutural, atravessa os mais diversos elementos que compõem o tecido social e, assim, é indispensável considerá-lo no estudo sobre violência obstétrica. Pois, num cenário no qual “[...] a raça define a vida e a morte, não tomá-la como elemento de análise das grandes questões contemporâneas demonstra a falta de compromisso com a ciência e com a resolução das grandes mazelas do mundo”. (ALMEIDA, 2018, p. 44).

Nessa perspectiva, este estudo busca trazer a cena o debate sobre as questões raciais, que sofrem reiteradas tentativas de silenciamento (LIMA, 2018), em especial, no que diz respeito à saúde das mulheres negras e à militância relacionada a essa temática.

Este trabalho justifica-se, ainda, por levar em consideração a

[...] participação expressiva da população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; pela necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, apesar deste último ter sido longamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social; pela existência de obrigação amparada em instrumentos legais (WERNECK, p. 539, 2016).

Partindo da perspectiva do conhecimento situado (HARAWAY, 1995), faz-se necessário contextualizar os atravessamentos pessoais, situar o lugar de fala, a concepção e o contexto de produção desse trabalho.

Ampliando os olhares, pode-se afirmar que a construção do percurso dessa pesquisa remonta um período anterior ao início do curso de mestrado, relacionado à minha participação e aproximação de discussões sobre a saúde das mulheres negras. Em 2016, já graduada em psicologia, mudei para a cidade do Rio de Janeiro para cursar a Residência em Saúde da Família. Esse foi um período de muito crescimento profissional e pessoal, de encontros com diversas vivências e histórias de luta nos movimentos sociais. Entrei em contato com narrativas de luta e de dor, tomei consciência da magnitude do genocídio do povo negro no Brasil, racializei a leitura sobre diversos fenômenos que antes intitulava, de forma genérica, como “vulnerabilidades” ou como “problema de classe”, entre outros termos que levavam a discussões que, a priori, não refletiam sobre a questão das relações raciais.

A partir do contato com o movimento de mães vítimas do Estado me aproximei da luta antirracista, dos espaços de discussão do Movimento Negro e do Movimento de Mulheres Negras. Percorrendo esses espaços, reconhecendo-me cada vez mais como mulher-negra-nordestina-psicóloga, acessando a leituras antes desconhecidas, vivenciando a atenção básica no município do Rio em meio a fortes ataques à construção de um SUS de qualidade e equânime, presenciei articulações de movimentos grevistas entre os trabalhadores da saúde e mudanças intensas nas instâncias de governo, nesse complexo contexto é que essa pesquisa foi idealizada, pensada e construída. Ao final da residência, apresentei junto à minha equipe um estudo sobre a saúde das mulheres negras na Estratégia de Saúde da Família, a fim de compreender e refletir sobre os corpos negros que chegam/vam ao serviço, o contexto em que estavam inseridas e sobre como o racismo impacta na determinação do processo saúde-doença.

Assim, a produção deste trabalho está atrelada também à aproximação de leituras invisibilizadas no percurso formativo hegemônico da saúde e da Psicologia, que contribuiram para o processo de reflexões sobre o ser mulher, negra e nordestina.

Nesse sentido, de posse de uma agenda já em curso sobre a temática, o campo da pesquisa de mestrado foi fluindo de modo a continuar participando de espaços antes já frequentados, além de se aproximar de outros ainda não tão familiares, como é o caso do universo das doulas² e o parto domiciliar.

As leituras e as revisões bibliográficas sobre o tema foram importantes para a inserção de fato no campo e para a compreensão dos debates evocados pelos diferentes interlocutores da pesquisa, de forma a ampliar o olhar para as tensões do campo, a diversidade de visões e as intersecções.

Durante o mestrado, ao participar de uma mesa de debate sobre o cuidado ofertado às mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal, a partir da situação de óbito materno de Rafaela dos Santos, no qual militantes do campo da saúde das mulheres negras destacaram a falta de qualidade da atenção obstétrica às mulheres negras e as altas taxas de morte materna entre mulheres de cor preta e parda, comecei a refletir sobre a existência de um longo

² Usada pela primeira vez na década de 1970, a palavra a doula, que possui origem grega, referia-se, à época, à atividade de mulheres que davam suporte físico, emocional e cognitivo às mulheres grávidas (FONSECA; FREITAS; RIL, 2017). A partir do estudo de Nolan (1995), Leão e Oliveira conceituam que doula “é uma mulher sem formação técnica na área da saúde que orienta e acompanha a nova mãe durante o parto e nos cuidados do bebê, seu papel é segurar a mão da mulher, respirar com ela, prover encorajamento e tranqüilidade. A doula presta constante apoio à parturiente e a seu acompanhante, esclarece a respeito da evolução do trabalho de parto, aconselha as posições mais confortáveis durante as contrações, promove técnicas de respiração e relaxamento, proporciona contato físico e, ainda, oferece apoio psicológico” (LEÃO; OLIVEIRA, 2006, p. 25).

percurso de ativismo construído por mulheres, no qual a categoria da violência obstétrica se evidenciava. Ademais, ao acompanhar a agenda de eventos sobre saúde das mulheres negras no Rio de Janeiro, passei a identificar outras figuras importantes para o ativismo e que colocavam, em suas falas, a questão da violência obstétrica contra mulheres negras.

Diante das discussões expostas, o objetivo deste estudo foi analisar as trajetórias de vida e o ativismo de integrantes do Movimento de Mulheres Negras do município do Rio de Janeiro no enfrentamento à violência obstétrica em mulheres negras. No percurso dessa pesquisa busquei compreender, segundo a ótica das mulheres, como se articulam no nível local e as estratégias, ações, mobilizações e instrumentos empreendidos no enfrentamento à violência obstétrica em mulheres negras; investigar as contribuições do ativismo dessas mulheres na construção de uma agenda política sobre a violência obstétrica contra mulheres negras na cidade do Rio de Janeiro; e identificar quais são as conquistas e os desafios do ativismo construído pelas militantes em termos de políticas públicas voltadas para a saúde de mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal.

2. QUADRO TEÓRICO

Para o desenvolvimento desta pesquisa, elegeram-se alguns conceitos e teorias que atravessam o objeto de estudo investigado. Assim, no primeiro tópico abordam-se, de forma breve, as teorias dos movimentos sociais.

Com o intuito de evitar leitura reducionista sobre o racismo, no segundo tópico é realizado um resgate histórico conceitual sobre raça e racismo, sendo apresentado o conceito racismo estrutural.

Em seguida, são tecidos comentários sobre o Movimento Negro e o Movimento de mulheres negras, considerando alguns esforços empreendidos a partir da década de 1980. Neste tópico é aprofundada a noção de interseccionalidade, pelo fato de ter sido um conceito cunhado dentro do ativismo antirracista norte-americano.

A fim de observar o panorama de estudos sobre saúde da população negra, são apresentados alguns achados de pesquisas nos EUA. Disto, parte-se para a apresentação de informações sobre agravos, doenças e condições de vida de negros/as no Brasil, para então observar aspectos das políticas e programas de saúde no Brasil que tocam a questão das mulheres negras, os estudos sobre morte materna e violência obstétrica de mulheres negras.

2.1. MOVIMENTOS SOCIAIS

A discussão sobre os movimentos sociais nas Ciências Sociais é bastante ampla e possui diversas formas de abordagens. O trabalho de Gohn (1997) foi um dos primeiros sobre o estudo das teorias dos movimentos sociais, tornando-se uma importante referência para o assunto.

Gohn (1997) argumenta que poucos estudos se propuseram a conceituar o que se entende pela expressão “movimentos sociais”, assim, segundo ela, não haveria uma conceitualização única e universal, além do fato de eles serem compreendidos a depender do paradigma com o qual são analisados. A autora demonstra a diversidade do debate ao exemplificar que há o paradigma norte-americano que, por sua vez, possui diversas versões e vários conceitos; o paradigma europeu, que se divide em marxista e dos Novos Movimentos Sociais, em que cada um também existem diferentes correntes teóricas explicativas; além do paradigma latino-americano, que possui duas abordagens maiores, a interacionista e a estruturalista. Por outro lado, ainda que sejam diversas as teorias, a autora indica que não se pode afirmar que “existam teorias bastante elaboradas a seu respeito. Parte dessa lacuna

se dá pela multiplicidade de interpretações e enfoques sobre o que são movimentos sociais” (GOHN, 1997, p. 242).

Ainda que inexista uma conceituação única e geral, ao se referir aos movimentos sociais como processos político-sociais que se manifestam numa conjuntura de disputas de forças sociais com caráter político, Gohn (1997) propõe um modo de entendê-los:

Movimentos sociais são ações sociopolíticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais, articuladas em certos cenários da conjuntura socioeconômica e política de um país, criando um campo de força social na sociedade civil. As ações se estruturam a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em conflitos, litígios e disputas vivenciados pelo grupo na sociedade. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva para o movimento, a partir dos interesses em comum. Esta identidade é amalgamada pela força do princípio da solidariedade e construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo, em espaços coletivos não-institucionalizados. Os movimentos geram uma série de inovações nas esferas pública (estatal e não-estatal) e privada; participam direta ou indiretamente da luta política de um país, e contribuem para o desenvolvimento e a transformação da sociedade civil e política (GOHN, 1997, p. 251).

Frente a tal diversidade, realiza-se neste tópico uma breve discussão sobre as abordagens, a partir do estudo de Alonso (2009), que também analisa as teorias clássicas sobre movimentos sociais no campo da Sociologia. Dos anos 1930 a 1960 os estudos discutiam sobre a teoria da desmobilização política, em um cenário que se acentuavam os ideais individualistas e pouco mobilizadores para movimentos revolucionários.

Contudo a tese de desmobilização foi questionada a partir dos anos 1960, quando surgiram outros tipos de mobilizações, inclusive em espaços de intenso totalitarismo, que era entendido pelas teorias como um dos fatores importantes para enfraquecer e/ou despoticizar a organização coletiva. Na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA) surgiram fortes movimentos, contudo, com características diferentes dos anteriores estudados pela sociologia. No passado os estudos se debruçaram sobre os movimentos operários, baseados na mobilização de classe, mas a partir dos anos 1960 outras articulações foram sendo construídas, como o movimento pela luta dos direitos civis, o movimento feminista, o pacifismo e o ambientalismo (ALONSO, 2009).

Nesse contexto, a noção de “movimentos sociais” foi utilizada para tratar das ações pacíficas, como aquelas que lançaram os dizeres “faça amor, não faça guerra” e eram desinteressadas pelo poder do Estado (ALONSO, 2009).

A partir dos anos 1970, novos estudos explicativos foram desenhados, os quais Alonso (2009) categoriza em três grandes grupos de teorias. O primeiro corresponde à Teoria da Mobilização de Recursos (TMR), que fazia oposição à corrente do funcionalismo,

ao propor que os novos movimentos tinham sentido e organização. Essa teoria sustenta que a Sociologia deveria focar-se na compreensão das formas e dos processos de mobilização, ao contrário dos estudos anteriores que defendiam o foco nas razões (ALONSO, 2009).

Em diálogo com a Sociologia das Organizações, a TMR analisou os movimentos em similaridade a empresas e firmas. Por esse olhar, estudou o caráter burocrático das organizações, como as normas, hierarquias e organização dos recursos. Para a TMR havia uma indústria de movimento social, na qual diferentes organizações existiam em torno de uma mesma pauta ou de um mesmo tema, havendo alinhamentos, mas também disputas internas (ALONSO, 2009).

A TMR, portanto, avalia os movimentos sociais igualando-os a um fenômeno social como outro qualquer, dotado das mesmas características que os partidos políticos, por exemplo. A explicação privilegia a racionalidade e a organização e nega relevo a ideologias e valores na conformação das mobilizações coletivas. (ALONSO, 2009, p. 53).

A TMR teve pouca popularidade na Europa e América Latina, contudo, teve grande entrada na produção da Sociologia e Ciência Política nos EUA. Alonso (2009) indica que a teoria tem foco na sociabilidade e considera atores individuais, sem analisar questões mais amplas e coletivas, de forma que não há ponderações sobre as macroestruturas histórico-sociais.

Já as teorias do Processo Político e dos Novos Movimentos Sociais partem da perspectiva macro-histórica, debatendo aspectos dos estudos marxistas sobre a revolução e suas possibilidades. Essas teorias partem também da crítica aos estudos deterministas e economicistas, sendo contrárias à concepção do sujeito histórico universal e imbricam nos sistemas explicativos os aspectos políticos e culturais (ALONSO, 2009).

Com relação à Teoria do Processo Político (TPP), Alonso (2009) destaca as teorias de Tilly, que estudou movimentos da França e Inglaterra; de Tarrow, que se dedicou a analisar o movimento de redemocratização da Itália; e de McAdam, que por sua vez estudou os movimentos pelos direitos civis nos EUA.

A TPP entende que os arranjos e as articulações entre os potenciais ativistas são essenciais para a construção dos atores coletivos, contudo os agentes coletivos não são preexistentes. A mobilização vai depender do desenvolvimento da solidariedade entre os membros e do domínio e controle coletivo dos recursos indispensáveis para a ação, além da existência de contexto político favorável. Nesse sentido, os movimentos sociais são compreendidos como uma criação do Ocidente e uma maneira, construída historicamente, de revelação de reivindicações (ALONSO, 2009).

Já a Teoria dos Novos Movimentos Sociais (TNMS) tem como principais pensadores Touraine, Habermas e Melucci. Fazem oposição à rigidez do pensamento marxista, mas guardam, assim como a TPP, o foco na análise macro-histórica e o diálogo entre mudança social e os modelos de enfrentamentos. A singularidade dos estudos desses autores está na interpretação sobre os movimentos sociais, que é atravessada pelo aspecto cultural.

Embora cada qual tenha sua própria teoria da modernidade, compartilham mais ou menos o mesmo argumento central. Ao longo do século XX, uma mudança macroestrutural teria alterado a natureza do capitalismo, cujo centro teria deixado de ser a produção industrial e o trabalho. Uma nova sociedade se vislumbria, dando lugar também a novos temas e agentes para as mobilizações coletivas. (ALONSO, 2009, p. 59).

Segundo Alonso (2009), o debate de Touraine sustenta que anteriormente os movimentos sociais eram presentes na sociedade industrial. Sua análise é centrada na experiência europeia, na qual houve predominância de conflitos produtivos e os atores das mobilizações eram os trabalhadores industriais. Após os anos 1960, a sociedade passa a ser “programada” e depois “pós-industrial”. Nesta última, a técnica e cultura se misturam, de forma que o público e o privado não têm fronteiras demarcadas. As disputas e conflitos, antes restritos ao campo econômico, se fazem presentes também na vida privada, ocupando campos como a família, educação e sexo (ALONSO, 2009).

Segundo esse entendimento, nessa nova estruturação da sociedade, as mobilizações e seus atores não possuem uma base social única e delimitada. Não são as classes que vão marcar os sujeitos envolvidos nas mobilizações, mas sim as formas de vida, em geral aquelas consideradas “marginais”, por ocuparem lugares fora do padrão de normalidade.

Nas palavras de Touraine colocar em debate os movimentos sociais significa

[...] colocarmo-nos no ponto de vista dos atores, isto é, dos atores que são, ao mesmo tempo, conscientes do que têm em comum, ou seja, dos mecanismos de conflitos e dos interesses particulares que os definem uns contra os outros. O interesse considerável da noção de movimento social na história da sociologia é haver contribuído para a reflexão passar de um certo objetivismo – insuficiente quando se buscou estudar as condutas – a um estudo claramente definido pela busca de sentido de certas ações, isto é, do sentido atribuído por certos atores à sua ação. (TOURAINÉ, 2006, p. 20).

Segundo Alonso (2009), a compreensão de Touraine de novas mobilizações, como o movimento feminista e o ambientalista, é de que elas não têm como foco o combate ao Estado e não querem destituí-lo. São organizações que possuem ações diretas com intuito de persuadir e sensibilizar a sociedade civil. Alonso (2009) afirma que uma das principais contribuições de Touraine é recuperar a noção de sociedade civil, ao entender que os movimentos sociais nascem no interior da sociedade civil, formando um novo ator coletivo, ao propor um projeto cultural e transformar valores vigentes.

Alonso (2009) cita que os autores Touraine, Melucci e Habermas desenvolveram estudos específicos e com diferenças, mas concordam com a análise de que a partir da segunda metade do século XX os movimentos sociais ganham nova conformação, diante do processo de politização da vida, reflexo de mudanças macrossociais. As demandas dos novos movimentos sociais têm relação, para os autores, com questões simbólicas de reconhecimento identitário. Assim, seria este foco no aspecto cultural que lhes condicionava a marca de “novo” em comparação com os movimentos anteriores. São organizados com menor burocracia e de forma menos hierárquica e centralizada.

Por fim, Alonso (2009) sintetiza as características das correntes de estudos dos movimentos sociais:

A TMR focalizou a dimensão micro-organizacional e estratégica da ação coletiva e praticamente limou o simbolismo na explicação. Já a TPP privilegiou o ambiente macropolítico e incorporou a cultura na análise por meio do conceito de repertório, embora não tenha lhe dado lugar de honra. A TNMS, inversamente, acentuou aspectos simbólicos e cognitivos – e mesmo emoções coletivas –, incluindo-os na própria definição de movimentos sociais. Em contrapartida, deu menor relevo ao ambiente político em que a mobilização transcorre e aos interesses e recursos materiais que ela envolve. (ALONSO, 2009, p. 69).

Alonso (2009) discute ainda as disputas e críticas construídas no campo das Ciências Sociais sobre as referidas teorias, que analisavam quais os aspectos foram preteridos em cada corrente, como a desconstrução das marcas de “novos” e “velhos” empreitadas pela TNMS. Após acalorado debate no campo, houve ainda teóricos que buscaram uma conciliação do ponto de vista teórico e metodológico entre as diferentes teorias, como Diani.

O século XXI trouxe um novo cenário e novas questões para repensar as teorias dos movimentos, tendo em vista que os problemas e as mobilizações têm características transnacionais e globais de forma mais explícita. Isso foi uma novidade para o campo das teorias, já que anteriormente os estudos pensavam os movimentos enquanto antagonistas de Estados nacionais, assim, suas análises se detinham em pensá-los como fenômenos locais (ALONSO, 2009).

Alonso (2009) refere-se ainda à burocratização dos movimentos, à intensificação de pautas identitárias e ao desmonte dos protestos pacíficos, frente às mobilizações “violentas” e policêntricas. Outros aspectos também estudados são: a transformação dos movimentos em partidos políticos, a adoção de dinâmicas empresariais por alguns, enquanto outros se imputaram de prestar serviços do Estado (ROOTES apud ALONSO, 2009).

Nesse sentido, as teorias vão sofrendo modificações para darem conta de estudar a dimensão global dos movimentos e criar meios para compreenderem as novas tecnologias

e formas de comunicação. Algumas mantêm suas matrizes interpretativas, realizando pequenas modificações para darem conta de analisar os novos fenômenos, outras criam novos conceitos ou remodelam antigos (ALONSO, 2009).

Em resumo, nessas novas teorizações, as disputas permanecem de forma que

[...] as teorias dos movimentos sociais estão também longe do consenso quando tratam de mobilizações “globais”. Seguem ainda indemonstradas as fronteiras entre movimentos nacionais e globais. E promete dar pano para manga a conversa sobre a “novidade” do ativismo “global”, como deu a celeuma sobre velhos e novos movimentos sociais. (ALONSO, 2009, p. 81).

Carvalho (2015), por outro lado, propõe uma leitura sobre os movimentos sociais a partir dos aportes das lentes da decolonialidade, dado que os movimentos atravessam e são estudados por autores da decolonialidade, como o Movimento Negro, o Movimento dos Sem Terra e os Zapatistas.

Flórez (2015) apud Carvalho (2015), ao analisar as teorias dos movimentos sociais, observa enunciados essencialmente fincados em matrizes coloniais, principalmente naqueles que se propõem a produzir discursos “globais”. Nessa acepção colonialista, as teorias tradicionais colocam as experiências da América Latina com ressalvas e desvios, já que partem de uma matriz eurocêntrica e ocidental para suas investigações.

Para os teóricos decoloniais, os movimentos sociais constroem saberes críticos, direcionados à emancipação e à transformação social, ao que Escobar (2003) apud Carvalho (2015) chama de “movimentos sociais anti-globalização”.

Partindo da noção de que o saber é uma ferramenta importante de luta, entender os movimentos sociais enquanto produtores de conhecimento relaciona-se com as capacidades e possibilidades de resistência. Essa produção de saber questiona de alguma forma as bases da modernidade e da colonialidade. Com base nessa concepção, há a ação de ativistas no sentido de produzirem pesquisas, entendendo essas elaborações como estratégia de luta (ESCOBAR, 2010 apud CARVALHO, 2015).

Essa capacidade de reconhecer os saberes construídos pelos movimentos apresenta aos pesquisadores “o desafio de trazer para as análises não apenas as teorias que se construíram sobre eles [os movimentos sociais], mas as explicações que eles mesmos constroem sobre suas experiências e as referências teóricas que adotam, pois elas orientam suas práticas, incidem sobre as decisões” (Carvalho, 2015: p. 12).

Por fim, Carvalho (2015) sugere que, ainda que se faça a crítica ao debate clássico das Ciências Sociais, é possível traçar diálogo por meio dos conceitos tradicionais, enten-

dendo, contudo, os limites e construindo possibilidades, tendo em mente o esforço de não reproduzir hierarquias próprias da matriz da modernidade/colonialidade.

2.2. RAÇA E RACISMO

Para entender as relações entre raça, racismo e saúde, faz-se necessário compreender antes como o racismo se apresenta como um fenômeno estruturante na sociedade brasileira, abordando sua matriz do ponto de vista histórico-social. Tal abordagem tem relação com o contexto internacional. Nessa perspectiva, a pesquisa aborda como o conceito de raça surge na história, tendo em vista que: “as relações raciais no Brasil (...) são bem ocultadas e mascaradas por relações de natureza econômica e também histórica e cultural.” (D’ADESKY, 2005, p. 31).

A análise do racismo do ponto de vista histórico permite apreender como a questão racial tem profunda ligação com os processos de produção capitalista (CORREIA, 2014), e que “os âmbitos do poder mundial capitalista foram, deste modo, atravessados pela noção de raça, uma maneira e um resultado da dominação colonial moderna.” (PETRUCCELLI, 2013, p. 18).

A privilegiada posição ganhada com a América pelo controle do ouro, da prata e de outras mercadorias produzidas por meio do trabalho gratuito de índios, negros e mestiços, e sua vantajosa localização na vertente do Atlântico por onde, necessariamente, tinha de ser realizado o tráfico dessas mercadorias para o mercado mundial, outorgou aos brancos uma vantagem decisiva para disputar o controle do comércio mundial. A progressiva monetarização do mercado mundial que os metais preciosos da América estimulavam e permitiam, bem como o controle de tão abundantes recursos, possibilitou aos brancos o controle da vasta rede pré-existente de intercâmbio que incluía sobretudo China, Índia, Ceilão, Egito, Síria, os futuros Orientes Médio e Extremo. Isso também permitiu-lhes concentrar o controle do capital comercial, do trabalho e dos recursos de produção no conjunto do mercado mundial. E tudo isso, foi, posteriormente, reforçado e consolidado através da expansão e da dominação colonial branca sobre as diversas populações mundiais. (QUIJANO, 2005 p. 119)

A entrada da população africana nas Américas ocorrera de forma forçada e na condição de mão de obra escravizada, sendo seus corpos e subjetividades utilizados em diversos setores da sociedade: “Até o final do século XIX, tudo que foi erguido no nosso país teve a participação predominante do negro escravo, forro, fugido e/ou livre.” (SILVA FILHO, 2006, p. 104).

Além da escravização dos negros africanos, foi utilizada também a de indígenas, que, por sua vez, é ocultada na historiografia tradicional em geral (RAMOS, 2004). Todas as instalações jesuíticas, as públicas e outras construções do início da colonização europeia foram erguidas pela força de trabalho dos índios. Após a chegada dos africanos escraviza-

dos, que não se deu de forma uniforme pelas regiões brasileiras, a escravidão indígena ainda prosseguiu até o século XVIII e, mesmo abolida legalmente, na prática ela continuou. Esse processo resultou no genocídio da população nativa do Brasil que envolveu, além da violência da colonização e das enfermidades que os europeus trouxeram, a exploração dos grupos populacionais indígenas, que “foram usados como mão de obra descartável, forçados a trabalhar até morrer.” (QUIJANO, 2005, p. 120).

O processo de colonização europeia foi o responsável pela maior diáspora compulsória da história da humanidade, que se deu entre os séculos XVI e XIX: a vinda forçada, humilhante e perversa dos negros africanos para a América colonial. (SILVA FILHO, 2006).

Quando estávamos prontos para embarcar, fomos acorrentados uns aos outros e amarrados com cordas pelo pescoço e assim arrastados para a beira do mar. Não sabia do meu destino. Feliz de mim que não sabia. Sabia apenas que era um escravo, acorrentado pelo pescoço, e devia submeter e prontamente e de boa vontade, acontecesse o que acontecesse. Isso era tudo quanto eu achava que tinha o direito de saber. [...] Fomos arremessados, nus, porão adentro, os homens apinhados de um lado e as **mulheres do outro. O porão era baixo que não podíamos ficar em pé**, éramos obrigados a nos agachar ou a sentar no chão. Noite e dia eram iguais para nós, o sono nos sendo negado devido ao confinamento de nossos corpos. Ficamos desesperados com o sofrimento e a fadiga. Oh! A repugnância e a imundície daquele lugar horrível nunca serão apagadas de minha memória. Não: enquanto a memória mantiver seu posto nesse cérebro distraído, lembrarei daquilo. Meu coração até hoje adoce ao pensar nisto. (BAQUAQUA³, 1988, p. 271).

Além de destruir a economia de muitos povos africanos, o tráfico transatlântico de escravizados, originou processos funestos e deletérios tão profundos que alteraram violentamente os sentidos simbólicos, produções de sentido, expressões culturais das populações colonizadas etc.

Todo esse acidentado processo implicou no longo prazo uma colonização das perspectivas cognitivas, dos modos de produzir ou outorgar sentido aos resultados da experiência material ou intersubjetiva, do imaginário, do universo de relações intersubjetivas do mundo; em suma, da cultura. (QUIJANO, 2005, p. 121).

Sob a *plantation*, sistema agrícola fundamentado na mão de obra escravocrata e utilizado na colonização das Américas, Mbembe (2018) sustenta que os escravizados eram submetidos a uma dominação absoluta, em que eram alienadas a sua nascerça e morte social, o que correspondia a localizarem-se fora do campo de humanidade. Na *plantation* ser

³ Obra de Mahommah Gardo Baquaqua é único registro escrito conhecido feito por um negro africano escravizado no país. Sua autobiografia foi traduzida para português 160 anos depois da publicação original.

escravizado convertia-se em uma “tripla perda: perda de um ‘lar’, perda de direitos sobre seu corpo e perda de estatuto político.” (MBEMBE, 2018, p. 27).

Albuquerque e Fraga Filho (2006) sustentam que sem a vinda forçada dos africanos dificilmente os europeus teriam tido êxito em ocupar as terras americanas, tendo em vista que no século XVI a população portuguesa era insuficiente para ocupar e explorar a colônia.

Foram os africanos e seus descendentes, juntamente com os indígenas escravizados, que desbravaram matas, ergueram cidades e portos, atravessaram rios, abriram estradas que conduziam aos locais mais remotos do território. [...]. Eram também os escravos que conduziam tropas e carretos que tornaram possível o intercâmbio entre o interior e as cidades litorâneas. (ALBUQUERQUE e FRAGA FILHO, 2006, p. 42).

Para compreender como o racismo se engendra na colonização, é importante voltar o olhar para a construção do conceito de raça na modernidade. Precedente a esta noção, há o registro do uso de termos referentes à variedade de composição da humanidade desde a Antiguidade, como na Grécia Clássica e em escritos da literatura medieval japonesa. Os registros por vezes não se reportavam a classificações hierárquicas (PETRUCCELLI, 2013). A noção de raça na modernidade, por sua vez, surge durante a expansão europeia, iniciada no século XV. Os antigos textos medievais reportam-se os grupos étnicos (gregos, romanos, celtas etc.) e não a “negros”, “amarelos”, “brancos” (MEDEIROS, 2004). Sobre o surgimento do conceito de raça, Medeiros (2004) destaca:

Não se percebia que pudesse haver uma unidade entre os “europeus” (de resto, outra noção inexistente na antiguidade) em função de suas afinidades fenotípicas, da mesma forma que tal unidade não era percebida entre “africanos” ou “asiáticos”. Tal percepção só vai ocorrer a partir da “descoberta” da América e do estabelecimento, pela Europa, de relações militares e comerciais regulares com a África e a Ásia, quando então os europeus começaram a estabelecer distinções sistemáticas entre eles próprios e povos que lhes eram fisicamente diferentes. Surge, assim, a moderna concepção de raça, prevalecente até hoje, senão na ciência ao menos no senso comum. (MEDEIROS, 2004, p. 33).

Munanga (2000) discute que a etiologia da palavra raça vem do italiano *razza* que, por sua vez, deriva do latim *ratio*, cujo significado remete à categoria espécie. O termo foi usado na história das ciências naturais, inicialmente, no campo da Zoologia e da Botânica com o intuito de classificar animais e vegetais. Nesse sentido, ao considerar o uso do conceito de raça para categorizar as linhagens europeias (plebe e nobreza), o autor identifica que a ideia de pureza das raças foi deslocada das ciências naturais com o intuito de embasar as relações de dominação entre diferentes classes, sem levar em consideração distinções de cor de pele ou traços físicos (MUNANGA, 2000).

De acordo com Munanga (2000), o contato dos europeus com “outros” povos (ameríndios, negros, melanésios) a partir do século XV provoca uma inflexão sobre o que se entendia por humanidade até então.

É possível traçar uma linha do tempo na qual os “outros” são vistos, no século XVII, com olhares embasados na teologia e escritura religiosa, enquanto no século XVIII a racionalidade dos filósofos iluministas transforma a produção de conhecimento, de forma que os esquemas explicativos partem da razão transparente e universal. Assim, o conceito de raça é transformado.

[...] lançam mão do conceito de raça já existente nas ciências naturais para nomear esses outros que se integram à antiga humanidade como raças diferentes, abrindo o caminho para o nascimento de uma nova disciplina chamada história natural da humanidade, transformada mais tarde em biologia e antropologia física (MUNANGA, 2000, p. 18).

Petrucelli (2013) menciona alguns filósofos iluministas que se referiram a uma suposta naturalidade da inferioridade dos povos de África, dirigindo opiniões pejorativas e negativas aos africanos e demais populações originárias, como John Locke, barão de Montesquieu, Voltaire, David Hume, Immanuel Kant, e também o político Thomas Jefferson. A produção intelectual desses personagens legitimou a supremacia branca e fundamentou o massacre que dizimou tantos povos nativos, pensamento que estava alinhado com a estrutura do discurso ocidental moderno.

A utilização de classificações baseadas em raças para se referir à diversidade humana tem relação com seus usos como instrumental do pensamento. O homem faz uso de sistemas classificatórios como forma de auxiliar a compreensão do mundo, porém, o conceito de raça transformou-se em uma forma de hierarquização dos sujeitos (MUNANGA, 2000). Argumento que é reiterado por Teixeira (2006), que considera que a ideia de raça por si só não seria problemática caso não se revelasse em atitudes discriminatórias, por exemplo. A sociedade constrói seus valores, conceitos a partir de seus interesses e os recria a partir de suas necessidades, portanto: “a ideia de raça ou cor é aprendida, arbitrária e socialmente construída.” (TEIXEIRA, 2006 p. 254).

A historicização da palavra raça demonstra que o critério objetivo utilizado para definir a sua função ideológica foi a cor da pele. No século XIX outras características fenotípicas foram somadas, como o formato do nariz, lábios, crânio etc. (MUNANGA, 2000).

A partir do século XX, pesquisas no campo da genética, biologia e bioquímica fazem com que os estudiosos concluam que o conceito biológico de raça é inadequado à ci-

ência, de forma que não dá conta de categorizar a diversidade humana (MUNANGA, 2000).

Por outro lado, mesmo que o conceito de raça seja inoperante do ponto de vista científico, o seu uso nos séculos XVIII-XIX pelos naturalistas não se restringiu a critérios físicos:

Infelizmente, desde o início, eles se deram o direito de hierarquizar, isto é, de estabelecer uma **escala de valores** entre as chamadas raças. E o fizeram erigindo uma relação intrínseca entre o biológico (cor da pele, traços morfológicos) e as qualidades psicológicas, morais, intelectuais e culturais. Assim, **os indivíduos da raça “branca” foram decretados coletivamente superiores aos da raça “negra” e “amarela”**, em função de suas características físicas hereditárias, tais como a cor clara da pele, o formato do crânio (dolicocefalia), a forma dos lábios, do nariz, do queixo etc. que, segundo pensavam, os tornavam mais bonitos, mais inteligentes, mais honestos, mais inventivos etc. e, conseqüentemente, mais aptos para dirigir e dominar as outras raças, **principalmente a negra, a mais escura de todas, considerada, por isso, como a mais estúpida, mais emocional, menos honesta, menos inteligente e, portanto, a mais sujeita à escravidão e a todas as formas de dominação.** (MUNANGA, 2000, p. 21-22 - grifo nosso).

Essa classificação deu origem à raciologia, uma teoria pseudocientífica. O conteúdo da raciologia, que veio doutrinar para fornecer legitimidade aos sistemas de dominação racial, foi além da academia e chegou ao tecido social. Assim, a palavra “raça”, que estrutura relações de poder e de dominação, carrega consigo conteúdo etnossemântico e político-ideológico.

[...] a noção de raça ainda permeia o conjunto de relações sociais, atravessa práticas e crenças e determina o lugar e o *status* de indivíduos e grupos na sociedade. Nesse sentido, a pessoa pode ser identificada, classificada, hierarquizada, priorizada ou subalternizada a partir de uma cor/raça/etnia ou origem a ela atribuída por quem a observa. (PETRUCCELLI, 2013, p. 17).

Mesmo que biólogos antirracistas defendam que seu uso seja banido, nas Ciências Sociais ele é necessário “como uma construção sociológica e uma categoria social de dominação e de exclusão” (MUNANGA, 2000, p. 23). Com relação à supressão da palavra raça, D’Adesky (2005) defende, a partir do olhar de Pierre-André Taguieff (1995), que

A eliminação no vocabulário da palavra raça como prescrição da ação antirracista remete[...] a uma eugenia lexical negativa que crê matar o racismo eliminando a palavra. Tal supressão, segundo Taguieff, teria conseqüências contrárias ao efeito imaginado, pois reforçaria os mecanismos racistas do “querer dizer”, favorecendo, assim, a normalização do racismo simbólico. (TAGUIEFF, 1995 apud D’ADESKY, 2005, p. 46).

No Movimento Negro, a palavra raça ganha novos empregos, como lembra D’Adesky (2005), na luta contra o racismo no Brasil, correspondendo a povo, a grupo, a laços de sangue. O autor também traz o pensamento de Bentes (1993) para quem o uso da palavra raça é um recurso para fomentar a conscientização da população negra brasileira (BENTES, 1993 apud D’AVESKY, 2005), visão compartilhada por Cordeiro, que acredita

que o uso da palavra, nesse contexto, trata-se de “racialização positiva, na incessante procura da superação das dificuldades enfrentadas pela população negra” (CORDEIRO, 2007, p. 14). Portanto, compreende-se o discurso militante sobre “identidade racial negra”, “identidade étnico-racial negra” a partir do seu sentido político e ideológico (MUNANGA, 2000).

Entendendo a relação de dominação e de sujeição que o conceito de raça traz, é lícito supor que o racismo corresponde a uma ideologia assentada na ideia de raças hierarquizadas, envolvendo não só características físicas ou biológicas, mas também intelectuais e morais, e é atravessado por origens míticas e históricas. Observe-se o exemplo dos calvinistas, que se utilizaram do mito bíblico sobre Noé para legitimar o racismo antinegro. Na história, Noé tem três filhos, Jafé, Sem e Cam, este último seria ancestral da raça negra e teria proferido comentários desrespeitosos ao pai. Nesse incidente, Noé, por sua vez, amaldiçoou Cam: “seus filhos serão os últimos a ser escravizados pelos filhos de seus irmãos.” (MUNANGA, 2000, p. 25). O mito da maldição de Cam foi amplamente difundido pelos padres jesuítas no Brasil, ao afirmarem que os negros escravizados eram descendentes de Cam, portanto, para os membros da Igreja haveria uma condenação bíblica do negro à escravidão (SILVA FILHO, 2006).

A origem do racismo tem, assim, relação com o modernismo ocidental, com as classificações pseudocientíficas, comentadas anteriormente, cuja visão consolida a ideia de que as características fenotípicas são decisivas e irreversíveis ao determinarem o comportamento dos povos. Munanga (2000) indica que essa visão contribuiu para a consolidação da ideologia racista.

Pode-se tomar como exemplo, ainda, a classificação do naturalista Carl Von Linné, mais conhecido como Lineu, a respeito da raça humana: americano, asiático, africano e europeu. Nesta classificação o africano é classificado como negro, preguiçoso, negligente e governado por um chefe déspota, enquanto o europeu é caracterizado como branco, musculoso, engenhoso e inventivo. Os resquícios dessa hierarquização racial são percebidos até hoje no imaginário social (MUNANGA, 2000).

A ideologia racista, que sustenta moralmente o preconceito e a discriminação no tecido social, vai além e justifica também as desigualdades existentes entre coletivos diferentes do ponto de vista fenotípico e cultural: “a ideologia racista adentra os olhos e a mente de toda a sociedade para a aceitação acrítica da coincidência verificada entre as hierarquias de classe e as hierarquias étnicas e raciais.” (PAIXÃO et al., 2009, p. 21).

Seguindo esse raciocínio, a discussão feita por Mbembe (2018) permite entender a relação entre raça e colonialismo:

[...] mais do que o pensamento de classe (a ideologia que define história como uma luta econômica de classes), a raça foi a sombra sempre presente no pensamento e na prática das políticas do Ocidente, especialmente quando se trata de imaginar a desumanidade de povos estrangeiros – ou a dominação a ser exercida sobre eles. (MBEMBE, 2018, p. 18).

O pensamento de Fanon (2008) auxiliou a compreender o racismo dentro do contexto da colonialidade. A partir da colonização do homem branco europeu, construiu-se uma hierarquia global de superioridade e inferioridade sobre a linha do humano. Dentro da particularidade de cada lugar, as histórias coloniais demarcaram diferentes formas de reprodução do racismo que, por essa perspectiva, foi politicamente produzido e reproduzido durante séculos pelo “sistema imperialista/occidentalocêntrico/capitalista/patriarcal/moderno/colonial.” (GROSFOGUEL, 2011, p. 98). Neste sistema a raça se refere a uma linha divisória que perpassa as relações de opressão de classe, sexualidade e gênero em escala global.

A colonialidade funda uma linha do humano, acima da qual as pessoas são reconhecidas socialmente na sua humanidade, como detentoras de direitos humanos, civis e trabalhistas, posição que Fanon (2008) chama de zona do ser. Abaixo dessa linha, estão aquelas com a humanidade questionada e negada, sem normas de direitos e civilidade, que constituem a zona do não-ser. Assim, a população negra, compreendido aqui que a nomeação “negro/a” nasce a partir da enunciação do homem branco europeu, esteve e continua localizada na zona do não-ser, ao ter sua humanidade negada (FANON, 2008; GROSFOGUEL, 2011).

As zonas do ser e do não-ser não são locais geográficos, mas sim posições nas relações raciais de poder no sistema-mundo, entre os centros e periferias, além de se estabelecerem em escalas nacionais e locais dentro de grupos racialmente inferiorizados (GROSFOGUEL, 2011). Essas zonas derivam de maniqueísmos produzidos pela colonialidade. São zonas heterogêneas que o olhar colonial persiste em dividir (BERNARDINO-COSTA, 2016).

Em diálogo com a teoria de Boaventura de Sousa Santos, a respeito da linha abissal fundada entre os sujeitos pela modernidade, Grosfoguel (2011) argumenta que na zona do ser os sujeitos, reconhecidos como humanos, acessam a mecanismos de regulação e emancipação, existindo espaços de negociação, de modo que a violência não é uma regra, mas uma exceção e usada em momentos excepcionais. Enquanto na zona do não-ser as popula-

ções são desumanizadas e o sistema institucional para administração de conflitos se estabelece pela via da violência, com apropriação de corpos e subjetividade de forma aberta e imperativa. Assim, enquanto na zona do ser os atos de violência e violações são inaceitáveis, na zona do não-ser isso se dá de forma recorrente e cotidiana. Ou seja, “en la zona del ser tenemos formas de administrar los conflictos de paz perpetua con momentos excepcionales de guerra, mientras que en la zona del no-ser tenemos la guerra perpetua con momentos excepcionales de paz.” (GROSGUÉL, 2011, p. 100).

A criação dessas zonas se dá a partir do olhar do branco europeu e, assim, cria a dimensão do ser inferiorizado. A racialização e o maniqueísmo são produtos da colonialidade, que define a imagem formadora do corpo negro, fixando-a e objetificando esse corpo. Dá-se, assim, a invenção do negro como inferior, que o reduz a não existência, ao nada, lançando-o ao paradoxo da invisibilidade: a partir do que é visto, torna-se nada.

Se o homem negro era invisibilizado pelos estereótipos e reduzido ao silêncio e à não-existência, principalmente porque internalizava estes estereótipos, cabia ao negro se afirmar. Esta afirmação, como um ato político, consistirá em tornar o invisível visível. Significa a afirmação do corpo negro como uma agência de intervenção política e intelectual. (BERNARDINO-COSTA, 2016, p. 514).

Corroborando para negação de identidade do outro e da humanidade dos sujeitos da zona do não-ser, faz parte da racialização na condição de produto da colonialidade o processo que Carneiro (2005) chama de epistemicídio:

Dinâmica e produção que tem se feito pelo rebaixamento da auto-estima que compromete a capacidade cognitiva e a confiança intelectual, pela negação aos negros da condição de sujeitos de conhecimento, nos instrumentos pedagógicos ou nas relações sociais no cotidiano escolar, pela deslegitimação dos saberes dos negros sobre si mesmos e sobre o mundo, pela desvalorização, ou negação ou ocultamento das contribuições do Continente Africano ao patrimônio cultural da humanidade, pela indução ou promoção do embranquecimento cultural etc. (CARNEIRO, 2005, p. 324).

No Brasil, comparado a outros países como os EUA e a África do Sul, nos quais existiu um racismo institucionalizado explícito por meio de políticas como o *apartheid*, o racismo se mostra implícito nas relações sociais, mas nem sempre de forma sutil. Esta dissertação alinha-se com a compreensão de que o mito da democracia racial impediu e retardou a discussão e implementação de políticas de ação afirmativa (MUNANGA, 2000), além de atravessar as relações raciais da sociedade brasileira.

Enquanto prevaleceu o sistema escravista brasileiro, as questões da discriminação e do racismo não corresponderam a um problema para a elite da sociedade brasileira, já que no sistema colonial o negro, por ser visto como escravo, não detinha direitos (TEIXEIRA, 2006). No final do século XIX, com a Abolição e a Proclamação da República, o negro

brasileiro continuou a sua luta de resistência, o que colocava os interesses das classes privilegiadas em questão. Com a manutenção da desigualdade e das relações de dominação sem poder mais se sustentar no trabalho escravo, o racismo foi aperfeiçoado no imaginário e por meio de teorias que continuam a desqualificar o negro (SILVA FILHO, 2006).

Surgem, assim, novos estudos no seio da intelectualidade brasileira que vão fornecer novos contornos à imagem do negro e elementos sobre como o racismo se constrói. A elite brasileira, que não aceitava a ideia de o negro integrar a jovem República, dissemina a tese do branqueamento, por meio da imigração europeia, com o intuito de tornar a sociedade menos negra.

A tese do branqueamento, apresentada por um dos seus formuladores no campo da ciência antropológica, João Batista de Lacerda, afirmava a inferioridade de negros, índios e da maioria dos mestiços, mas esperava que mecanismo seletivos, operando na sociedade (a busca de cônjuges mais claros), pudessem clarear o fenótipo (aparência) no espaço de três gerações. (SEYFERTH, 2002, p. 32 apud TEIXEIRA, 2006, p. 270).

No início do século XX, Lacerda⁴, quando representava o governo brasileiro no Congresso Universal das Raças (1911) em Londres, a fim de defender que a mestiçagem brasileira era temporária comentou:

[...] os vícios do negro foram inoculados na raça branca e na mestiça. Vícios de linguagem, vícios de sangue, concepções errôneas sobre a vida e a morte, superstições grosseiras, fetichismo, incompreensão de todo sentimento elevado de honra e de dignidade humana, baixo sensualismo: **tal é a triste herança que recebemos da raça negra**. Ela envenenou a fonte das gerações atuais; ela irritou o corpo social, aviltando o caráter dos mestiços e baixando o nível dos brancos.

[...] **Para a desgraça do Brasil, [...] o branco se misturou ao negro** com tão pouca discrição que se constituiu uma raça de mestiços, hoje dispersa por uma grande parte do país.

[...] **no espaço de um novo século, os mestiços desaparecerão do Brasil, fato que coincidirá com a extinção paralela da raça negra entre nós**. Depois da abolição, o negro entregue a ele próprio começou por sair dos grandes centros civilizados [...]. Vivendo uma existência quase selvagem, sujeito a todas as causas de destruição, sem recursos suficientes para se manter, refratário a qualquer disciplina que seja, o negro se propaga pelas regiões pouco povoadas e tende a desaparecer de nosso território, como **uma raça destinada à vida selvagem e rebelde à civilização**.

A população mista do Brasil deverá então ter, dentro de um século, um aspecto bem diferente do atual. **As correntes de imigração europeia, que aumentam a cada dia e em maior grau o elemento branco desta população, terminarão, ao fim de certo tempo, por sufocar os elementos dentro dos quais poderiam persistir ainda alguns traços do negro**. (LACERDA, 1911 apud SCHWARCZ, 2011, p. 236-239 - grifo nosso).

⁴ “Lacerda formara-se em medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, era autor de pesquisas na área de fisiologia e microbiologia, tendo exercido atividades de relevo durante sua carreira. Foi ministro da Agricultura e, no Museu Nacional, chefe do Laboratório Experimental e subdiretor das seções de zoologia, antropologia e paleontologia. Boa parte de suas investigações resultou em artigos publicados na renomada Revista do Museu Nacional. Foi também diretor dessa instituição, além de presidente da Academia Nacional de Medicina.” (SCHWARCZ, 2011, p. 226).

Nesse sentido, concordamos com Silva Filho (2006), que acredita que “o preconceito e a discriminação que envolvem a população negra no Brasil é (sic) reforçada no processo ensino-aprendizagem de história e isto se explicita na ausência da história da África nos currículos e livros didáticos.” (SILVA FILHO, 2006, p. 113). A ausência da temática nas escolas contribui para a continuidade da invisibilidade da história afro-brasileira e de negação da identidade negra.

Segundo Domingues (2002), o branqueamento corresponde a uma das formas do racismo à brasileira e foi considerado pelos intelectuais da época como um processo irreversível. O autor analisa como a carga ideológica do branqueamento influenciou, durante a pós-abolição, comportamentos, valores e atitudes do meio negro na cidade de São Paulo, onde havia ampla divulgação de ideias para que a sociedade se afastasse dos “valores africanos”. Apresenta, por exemplo, anúncios do meio estético de processos para alisar cabelos crespos, nos quais o cabelo liso correspondia a algo elegante e moderno, e de cremes clareadores de pele direcionados à comunidade negra. Esse processo produziu

[...] um fetiche muito eficaz na alienação do negro. Oficializou a brancura como padrão de beleza e a negritude como padrão de fealdade. Representou um entrave para a formação positiva da autoestima do negro, pois este passou a alimentar certo autodesprezo. (DOMINGUES, 2002, p. 581-582).

Azevedo (1987) analisa, a partir de registros históricos do século XIX, como o medo atravessava as tomadas de decisões das elites brancas brasileiras nesse processo, tendo em vista a Revolução Negra no Haiti e o fato de o Brasil ter uma maioria negra. Essa perspectiva é reiterada por Chalhoub (1988):

[...] perseguir capoeiras, demolir cortiços, reprimir a vadiagem – o que geralmente equivalia a amputar ações indesejáveis de sobrevivência – desferir golpes deliberados contra a cidade negra. Os administradores republicanos procuravam assim anular os movimentos daqueles que solaparam a instituição da escravidão sem apoiar contudo nenhum projeto político autoritário e totalizante. Depois da escravidão... sei lá, talvez simplesmente a continuação da vida, mas não a reencarnação da morte na “nova” sociedade do trabalho. A luta entre estes modos diferentes de ver a vida deu-se nas ruas, [...] o grito estridente de consciências diferentes, que clamavam apenas por um pouco de tolerância. (CHALHOUB, 1988, p. 105).

A elite brasileira acreditava que a política oficial de imigração europeia, ao facilitar a vinda do branco, daria condições de excluir as características “negras” dos mestiços. Esse processo, que aconteceria por meio da seleção natural e social, resultaria no fim da população negra no Brasil (SEYFERTH, 1986 apud D’ADESKY, 2005).

Esse ideal de branqueamento traz consigo uma miscigenação, na qual a mestiçagem é paradoxal. De forma superficial ela aproxima e une brancos e negros, mas um olhar mais

atento sobre a sua dinâmica e os seus objetivos, reconhece que o negro, nessa perspectiva, é excluído e tem sua identidade denegada.

Em nome de uma visão supra-racial que pretende favorecer intercâmbios, os cruzamentos, as misturas e maximizar as semelhanças, ele somente privilegia, enquanto modo ideológico de organização social, um grupo humano específico (branco), caracterizado simultaneamente por sua centralidade, sua superioridade e sua permanência no tempo. Os outros grupos humanos (negros, índios etc.) supõem uma relação de desigualdade com o tipo humano branco idealizado, diante do qual se classificam racialmente, culturalmente, esteticamente etc. (D'ADESKY, 2005, p. 69).

Essa visão inferiorizada do negro, entendido como rebaixado também culturalmente e alguém atrasado no estágio da evolução humana, fortalecia o pensamento da sociedade de que a sua existência seria o motivo do atraso econômico e social do Brasil (TEIXEIRA, 2006). O país atravessava uma intensa urbanização, na qual muitas cidades apresentavam precárias condições de saneamento. Nesse contexto, os lugares habitados pela população negra eram favoráveis à proliferação de doenças, por serem de condições bastante insalubres (CORREIA, 2014).

A vertente biológica inferiorizante que colocava o corpo negro em evidência tornou-se referência para práticas de saúde. Essas práticas, alinhadas com os ideais de extinguir a raça negra do Brasil, objetivavam “limpar as cidades” e manter a “ordem social”. O negro era visto como “criminoso”, “subversivo”, o que era fundamentado na crença de que doenças e comportamentos reprovados eram explicados a partir de critérios raciais (CORREIA, 2014).

Pode-se afirmar, nessa perspectiva, que a atuação de médicos-sanitaristas na época servia aos interesses de evitar a disseminação das características raciais inferiores, compreendidas como ameaça à saúde. Esse processo caminha junto com o projeto de modernização do país, visando o que era chamado de progresso (CORREIA, 2014).

Com os avanços de epidemias de diversas doenças infectocontagiosas o movimento de saúde pública ganha força. No intuito de controlar e combater tais doenças, as consideradas áreas vitais para a economia brasileira – como São Paulo, Rio de Janeiro, Belém e Recife – são privilegiadas como focos de ações de melhoria das condições sanitárias e de higiene, além de serem criados nelas institutos de pesquisa. Nesse período, em 1902, Oswaldo Cruz foi nomeado diretor Geral de Saúde Pública (CORREIA, 2014).

Sobre o ideário higienista atravessado pelo racismo, presente nos currículos das faculdades de medicina e de direito, Lilia Schwarcz (1996) sustenta que

[...] o Rio de Janeiro olha a doença, investe na ideia de que as epidemias que grassavam entre nós teriam vindo dos negros e mais exatamente da África. Existem vários estudos que mostram como esses médicos cariocas apostavam na

ideia de que as epidemias que matavam tanto entre nós teriam vindo da África, que era o local de degeneração. Estava, portanto, dada a necessidade de projetos de higienização, tão incentivados pelos médicos cariocas. (SCHWARCZ, 1996, p. 175).

O Estado brasileiro seguiu nos esforços de organizar o espaço urbano com estratégias que afetavam as populações negras e pobres, que sofreram com ações de saúde pública repressivas, de vigilância e polícia sanitárias. A política de limpeza e higienização das cidades se deu por meio da expulsão das populações que moravam nos cortiços, locais que eram entendidos como vetores de transmissão de doenças. A modernização arquitetônica das cidades, portanto, veio acompanhada da periferação e marginalização das populações negras (CORREIA, 2014).

As ações sanitárias foram eficientes no controle das doenças, fato que impulsionou a credibilidade ao discurso médico eugenista. As teorias eugenistas, dessa forma, ganharam corpo em diversas áreas de conhecimento, tais como Direito, Política e Educação, tendo sido o Brasil o primeiro país latino-americano a criar associações eugênicas (CORREIA, 2014).

A relação entre a imagem do negro e a ideia de “criminoso” veio do racismo científico. A criminologia, da escola positiva italiana, estudava o criminoso ao invés do crime, em um raciocínio que indicava que características fenotípicas denunciavam o caráter de um criminoso. Esse processo resultou na ideia da eliminação do biótipo criminoso, que foi associado a traços negros e desembocou em várias políticas criminais. A doutrina mais conhecida da criminologia foi a de Lombroso, que teve influência da teoria evolucionista de Darwin (MATOS, 2010).

Por outro lado, as ideias de Lombroso influenciaram diversos médicos brasileiros, como o psiquiatra Nina Rodrigues, Henrique Roxo, dentre outros, de forma que o conhecimento construído da psiquiatria brasileira também foi fundado no racismo científico. Ao relacionar a “doença mental” com o negro brasileiro:

[...] mesmo quando não eram classificados a princípio como degenerados, os indivíduos pretos e pardos eram vistos como intelectualmente inferiores e, por isso, menos capazes de enfrentar e/ou adaptar-se às contingências do meio social, sendo assim ‘mais propensos’ à degeneração. (BARROS et al., 2014, p. 1238).

A história da medicina do Brasil revela, assim, que o pensamento médico se dirigia a objetos da vida social, ao abordar aspectos e fenômenos da vida coletiva, mais especificamente ao crime, sexo e morte, utilizando-se do discurso científico e submetendo teorias às experimentações e verificações empíricas. A produção desse conhecimento, que envol-

via a biologia e o direito, fundamentava as intervenções sobre os fenômenos de ordem moral (ANTUNES, 1995).

No início do século XX, novas produções avançam em termos da vertente cultural sobre o negro brasileiro. Nesse contexto a obra “Casa-grande e senzala” de Gilberto Freyre, publicada em 1933, ficou bastante conhecida e teve grande repercussão internacional. Neste livro são apresentadas ressignificações quanto às contribuições dos negros africanos e dos indígenas ao povo brasileiro (TEIXEIRA, 2006).

Ao retratar a constituição da sociedade brasileira, Freyre destaca a intensa miscigenação do país e a, suposta, democracia racial. A visão do autor, baseada em uma interpretação benevolente do passado escravista, indica que o sistema econômico e político da Casa-grande explicaria as corrompidas relações entre brancos, negros e indígenas. A partir da obra de Freyre, a mestiçagem não é mais vista como algo negativo, pelo contrário, é uma característica valorativa da formação do povo brasileiro. São essas ideias que dão fundamento para a formação do mito da democracia racial brasileira, que teve ampla repercussão não só no imaginário social e nas produções acadêmicas nacionais, de forma que o Brasil ficou conhecido internacionalmente como o país da harmonia racial (TEIXEIRA, 2006).

A obra de Freyre desconsidera o racismo entranhado nas relações sociais brasileiras e parece esquecer, como pontua Gomes (2005) que a miscigenação se deu, em grande medida, por processos perversos de violência, dominação e colonização, e que, portanto, ela resultaria da exploração das mulheres negras (D’AVESKY, 2005). A miscigenação brasileira carrega a violência sexual dos homens brancos que vitimou mulheres negras e indígenas, de forma que as reflexões de Freyre correspondem à perspectiva do senhor patriarcal.

Analisando, hoje, o teor do livro Casa-Grande e Senzala, não há como admitir que uma sociedade em que as relações entre os diferentes grupos étnico-raciais foram construídas/pautadas no trabalho escravo, na dominação e na exploração possa se sentir orgulhosa da forma como, historicamente, se deu o seu processo de mestiçagem. O Brasil, enquanto uma nação “mestiça”, resultante, entre outras coisas, dos contatos e intercursos sexuais entre o português e as mulheres negras e indígenas, construiu-se alicerçado na violência sexual contra essas mulheres e não somente em relacionamentos amistosos entre as raças. (GOMES, 2005, p. 59).

Nesse sentido, as ideias como as de Gilberto Freyre sobre a formação da sociedade brasileira e o mito da democracia racial acabam por favorecer a continuidade do racismo no Brasil e, conseqüentemente, por favorecer que as instituições do Estado permaneçam com programas, atitudes, comportamentos, ideias e posicionamentos políticos-ideológicos que não levam em conta o racismo que atravessa nossa sociedade (GOMES, 2005).

Apesar de vários estudos que demonstram a existência do preconceito racial no Brasil já terem sido realizados, a crença na harmonia racial brasileira permanece sólida.

A partir dos estudos patrocinados pela UNESCO vários outros se seguiram na mesma linha, no sentido de desnaturalizar a antiga ideia de democracia racial brasileira e a crença de que o Brasil não teria nenhum problema racial digno de nota.

Os anos 60 e 70, sobretudo em São Paulo, com os trabalhos de Florestan Fernandes e Octávio Ianni, e na Bahia com Thales de Azevedo, marcaram o pensamento sobre as relações raciais no Brasil construindo uma nova base de pressuposto. (TEIXEIRA, 2006, p. 260).

Além das pesquisas que colocam em evidência as inúmeras desigualdades sociais e raciais, o Movimento Negro atua fortemente denunciando o mito da democracia racial e busca desmistificá-lo (GOMES, 2005 e D'AVESKY, 2005). Contudo, essa desconstrução não é fácil, como apontou D'Avesky (2005), ao lembrar o pensamento de Carlos Hasenbalg, sobre a árdua tarefa dos ativistas do Movimento Negro ao denunciarem as sutilezas das relações raciais brasileiras e aqueles se beneficiam da dominação:

[...] eles se expõem à censura pública e às acusações de serem eles próprios racistas. Pois a idealização do Brasil como democracia racial é tão enraizada [...] que desafiar o mito acarreta custos elevados. Um desses custos é a acusação de se estar tentando importar um problema que aqui não existe, um problema que é estrangeiro, que existe em outros lugares do mundo. E remar contra a correnteza dessa idealização pode suscitar formas de repressão simbólica e repressão física. (HASENBALG apud D'AVESKY, 2005, p. 176)

Munanga (1996) destaca que esse mito da democracia racial foi construído de forma lenta e progressiva a partir da ideia de mestiçagem. Ele serviu a um propósito de manutenção de privilégios brancos, isto é, teve utilidades:

Primeiro, generalizou um estado de espírito farisaico, que permitia atribuir à incapacidade ou à irresponsabilidade do “negro” os dramas humanos da “população de cor” da cidade. [...] Segundo, isentou o “branco” de qualquer obrigação, responsabilidade ou solidariedade morais, de alcance social e de natureza coletiva, perante os efeitos sociopáticos da espoliação abolicionista e da deterioração progressiva da situação socioeconômica do negro e do mulato. Terceiro, revitalizou a técnica de focalizar e avaliar as relações entre “negros” e “brancos” através de exterioridades ou aparências dos ajustamentos raciais, forjando uma consciência falsa da realidade social brasileira. (FERNANDES apud TEIXEIRA, 2006, p. 261).

O mito da democracia racial fornece condições para o racismo brasileiro continuar silenciado e negado, favorecendo a resistência em aceitá-lo, muitas vezes fomentando um tabu acerca da discussão sobre a sua existência. O racismo brasileiro caracteriza-se por ser implícito, “na sua estratégia age sem demonstrar sua rigidez, não aparece à luz; é ambíguo, meloso, pegajoso, mas altamente eficiente em seus objetivos” (MUNANGA, 1996, p. 215).

Nesse processo, o ideal de branqueamento continua atuante na sociedade, numa relação com o mito da democracia racial, como discute Carneiro (2005).

[...] esse ideal de branqueamento não está abandonado, posto que está imposto ao imaginário social pela cultura dominante através da exibição permanente de seus símbolos, que expressam os seus sucessos materiais e simbólicos como demonstração de sua superioridade “natural”, cotejados sistematicamente com os símbolos de estigmatização da negritude, seu contraponto necessário. Por isso, os meios de comunicação, “para retratar a pobreza, a miséria, a delinquência, o analfabetismo, a ignorância, a indigência humana, são pródigos em exibir pessoas negras” (Carneiro, 2001). E, para assegurar o mito, promove-se uma integração minoritária e subordinada de negros que não correspondem aos estereótipos consagrados nas imagens veiculadas pelos meios de comunicação de massa, em especial nas imagens publicitárias; o que pela excepcionalidade reitera a regra discriminatória. (CARNEIRO, 2005, p. 65-66).

Kilomba (2013) ressalta que a recusa do racismo é uma forma de manter e legitimar as estruturas violentas que compõem a exclusão social. Ao pensar o contexto brasileiro, Lima (2018) sustenta que

[...] o embranquecimento da população negra, aliado à construção do mito da democracia racial, construíram uma forma de subjugação, mascaramento e silenciamento das questões raciais. Ou seja, um racismo disfarçado, o que dificulta, muitas vezes, os processos de reflexão e leitura crítica da relação entre raça, gênero e sexualidade. (LIMA, 2018, p. 70).

Pode-se afirmar que é difícil de localizar o racismo brasileiro pelo fato de não terem existido políticas institucionalizadas como o *apartheid* da África do Sul. Contudo, tal afirmação é bastante questionável quando se percebe os outros regimes discriminatórios existentes no Brasil. O sociólogo Ronaldo Laurentino de Sales Júnior lembra a crueldade do regime segregacionista presente em espaços e tempos de forma não-oficial: presídios, delegacias, “favelas”, “periferias”, profissões etc. (SALES JÚNIOR, 2009).

Almeida (2018) afirma que a partir do século XX, com o desenvolvimento do capitalismo e da sociedade industrial, surgiu uma forma de abordagem da questão racial mais sutil, na qual as discussões da socioantropologia, a partir da formulação da democracia racial, deram significação vasta e aberta para as formas de expressão do racismo que já se encontravam no tecido social, em uma fusão entre cultura popular e ciência. Ademais, o autor argumenta que

A substituição do racismo científico e do discurso da inferioridade das raças pelo “relativismo cultural” e pelo “multiculturalismo” não se explica por uma “revolução interior” ou por uma “evolução do espírito”, mas por mudanças na estrutura econômica e política que exigem formas mais sofisticadas de dominação. O incremento das técnicas de exploração econômica é acompanhada de uma evolução das técnicas de violência e opressão, dentre as quais, o racismo. (ALMEIDA, 2018, p. 56).

Desmistificar a democracia racial brasileira significa desconstruir a imagem de cordialidade brasileira, já que ambas correspondem a discursos que se retroalimentam numa sistemática sustentada por aparências. Essa complexa lógica caracteriza o racismo brasileiro que, apesar das intensas desigualdades vivenciadas pela população negra, é cotidiana-

mente negado e atua para que as relações de poder e relações raciais não sejam alteradas, tentando esconder uma sociedade profundamente hierarquizada (D'AVESKY, 2006).

[...] nesse tipo de sistema, o racismo apresenta para os negros uma forma de violência estrutural que permeia todas as etapas do ciclo da vida, estando presente no plano da família, via imagens estereotipadas, na escola, no mercado de trabalho e na violência policial, enquanto para os brancos constitui uma propriedade dinâmica cuja lógica de idealização do discurso mítico permite que o grupo branco, estruturalmente dominante, possa sentir-se confortável, sem a necessidade de expressar muito abertamente os seus preconceitos. Como diria Michel Wierwiorka, é suficiente que os negros fiquem em seu lugar, executem o trabalho mal remunerado, para que não incomodem em sua miséria e para que sua alienação seja aceita, ou até mesmo desejada. (HASENBALG, 1993 apud D'AVESKY, 2005, p. 175).

É importante situar que o nascimento do discurso da democracia racial coincide com o período em que o país viveu o “Estado Novo”, cujo projeto promoveu a adequação da sociedade ao capitalismo industrial. Por esse viés o racismo trata-se de um elemento da política e economia estatais, organizador das relações de poder ou, como argumenta Almeida (2015), é um fator estrutural da formação social do Estado capitalista. Dessa forma, o discurso da democracia racial dá legitimidade à violência e às desigualdades raciais. Nesse sentido, “[...] países como Brasil, África do Sul e EUA não são o que são apesar do racismo, mas são o que são graças ao racismo. Em suma: todo racismo é estrutural e, ao mesmo tempo, institucional.” (ALMEIDA, 2015, p. 763).

Ainda que de forma didática se possa estudar e conceituar o racismo como religioso, ambiental, individual, interpessoal etc., para evitar análises reducionistas e superficiais sobre o tema, não se pode deixar perder de vista que ele

[...] é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia sócia e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural. Comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo *racismo é regra e não exceção*. O racismo é parte de um processo social que “ocorre pelas costas dos indivíduos e lhes parece legado pela tradição”. Nesse caso, além de medidas que coíbam o *racismo individual e institucionalmente*, torna-se imperativo refletir sobre *mudanças profundas nas relações sociais, políticas e econômicas*. (...) *o racismo, como processo histórico e político, cria as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática*. (ALMEIDA, 2018, p. 38-39).

Neste tópico, refletiu-se sobre como se deu a construção dos conceitos de raça e racismo, a fim de compreender as relações raciais na sociedade brasileira. Historicamente o setor saúde não se isenta de ser atravessado pelos traços com que o racismo foi desenhado no Brasil, como se observa nas influências do racismo científico e das teorias eugenistas sobre as ações de saúde pública no começo do século XX.

Nesse sentido, concordamos com a concepção de que o racismo brasileiro é estrutural, apresenta múltiplas facetas e que se converte em um modo de exclusão, que se sustenta nas relações de desigualdade, com significativas hierarquias raciais (D'AVESKY, 2005).

2. 3. MOVIMENTO DE MULHERES NEGRAS

As relações de poder fundamentadas no racismo se aglutinam com outras formas de opressão e de dominação da sociedade. Portanto deve-se analisar como tais relações de cunho racial se inter-relacionam com as discriminações de gênero, que se sustentam na ideia de subordinação do feminino ao masculino, e com as de classe. Os três séculos e meio de sistema escravista no Brasil remetem à perversidade da forma de tratamento ofertada às mulheres negras que, enquanto escravizadas, tiveram seus corpos usados e abusados de diversas formas, servindo como fonte de renda aos senhores de escravos (BERTULIO, 2001).

O trabalho na lavoura era extremamente penoso para as mulheres, especialmente se estivessem em período de gestação ou amamentando. As altas taxas de aborto e mortalidade infantil nos engenhos estavam relacionadas à sobrecarga de trabalho, principalmente nas épocas de colheita, quando se intensificavam as atividades. (ALBUQUERQUE e FRAGA FILHO, 2006 p. 72).

Negros e negras eram propriedade no sistema escravagista, de forma que as mulheres, tidas como unidades de trabalho 24 horas por dia, raramente eram entendidas como esposas e mães. Davis (2016) relembra que o discurso de feminilidade, que começou a crescer nos Estados Unidos no século XIX, remetendo às mulheres a exaltação da maternidade e a figura de protetoras e parceiras “amáveis” não era relacionado às negras. Ao contrário, com frequência elas eram vistas como anomalias (DAVIS, 2016).

Além de sofrerem por conta das longas horas de árduo trabalho, seja nas cidades ou no campo, as mulheres negras eram vítimas de violências sexuais.

A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como 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 fêmeas. (DAVIS, 2016, p. 19).

No sistema escravista o estupro tornou-se uma arma de dominação voltada para as mulheres negras, isto é, era “uma arma de repressão, cujo objetivo oculto era aniquilar o desejo das escravas de resistir e, nesse processo, desmoralizar seus companheiros.” (DAVIS, 2016, p. 36). A história tradicional sobre a escravidão tenta minimizar a grande

repressão que representou a violência sexual contra as mulheres negras, mesmo com os diversos relatos de escravos sobre a alta incidência de estupros (DAVIS, 2016).

Esse passado se reflete e se reproduz na construção do imaginário social a respeito das mulheres negras, de forma a influenciar as intensas desigualdades vivenciadas por elas frente ao restante da população brasileira. Há na sociedade uma desqualificação das mulheres negras e uma hegemonia da estética das mulheres brancas.

Exemplos de imagens que inferiorizam as mulheres negras podem ser observados na mídia. D'Adesky (2005) mostra músicas que se referem a atributos fenotípicos e caminham juntos com a inferiorização e o ideal de branqueamento, quando, por exemplo, se dão tratamentos diferentes à negra de pele mais clara, intitulada de mulata, e à negra de cor retinta. Há músicas com forte teor discriminatório, em que há intenso apelo sexual à mulata, como nas canções *O teu cabelo não nega* (Lamartine Babo e irmãos Valença – 1931) e *Mulata assanhada* (Ataulfo Alves – 1956), nas quais a mulata é tida como alguém que detém uma supersexualidade. Há também outras que revelam menosprezo à negra de pele mais escura. Nelas os adjetivos são pejorativos, a negra mais escura é retratada como maluca, feia e suja, como ocorre nas canções *Nega Maluca* (Fernando Lobo e Evaldo Rui – 1950), *Minha nega na janela* (Germano Matias e Firmo Jordão - 1960) e *Nega do cabelo duro* (David Nasser e Rubens Soares – 1942). Tais músicas contribuem para que no imaginário social haja “o desrespeito para com a mulher negra, instilando nesta sentimento de inferioridade que leva à perda da auto-estima.” (D'ADESKY, 2005, p. 99).

Essas representações sociais das mulheres negras mostram um pouco de uma das facetas pela qual o racismo se revela. Racismo este que tanto estrutura as relações sociais, atravessando as desigualdades.

Neste trabalho entende-se que as desigualdades têm profundas relações com as condições de saúde das populações. Compreendendo que o racismo gera e agrava doenças, a saúde das mulheres negras deve ser abordada a partir da inter-relação das variáveis raça, gênero e classe (OLIVEIRA, 2001).

Parte-se do fato de que há barreiras para o acesso da população negra no contexto dos serviços de saúde. Nota-se que não há no SUS mecanismos eficazes que busquem garantir que a população negra acesse os serviços de maneira equânime e com qualidade, ainda que diante de um cenário com avanços conquistados pelo Movimento Negro e o Movimento de Mulheres Negras – a exemplo da publicação da PNSIPN – e com a participação de lideranças negras nos processos da Reforma Sanitária, tendo inclusive, colaborando com a formulação dos princípios da integralidade e equidade (WERNECK, 2016).

A bandeira da saúde entra nas pautas principais do Movimento Negro graças à sensibilização e à luta dos movimentos de mulheres negras (RODRIGUES, 2013). Portanto, é importante tecer alguns comentários sobre aspectos relacionados a esses movimentos.

O Movimento Negro e o Movimento de mulheres negras apresentam entre si diferenças, embora tenham ressurgido na década de 1970 atravessados pela ditadura militar. Nesse ressurgimento, os movimentos levantaram bandeiras para problematizar o processo de redemocratização, promover o combate às desigualdades e a luta por direitos sociais. Pode-se citar como marcas desse período a intensa mobilização de organizações feministas e a criação do Movimento Negro Unificado (MNU), em 1978 (RODRIGUES, 2013).

Tanto o Movimento Negro quanto o Movimento de mulheres negras apresentam um percurso, atravessado pela persistência e tensão, no qual ativistas construíram uma luta “pela superação do racismo e pela construção da emancipação social no Brasil e na diáspora africana.” (GOMES, 2017, p. 13). Para Gomes (2017) esses movimentos constroem indagações e reestruturam identidades, de forma a ressignificar e politizar as leituras sobre a conjuntura e a sociedade, em um agir político e social.

Apesar da intensificação da luta do Movimento Negro e dos movimentos feministas, em ambos havia poucas discussões relativas às mulheres negras que, assim, se tornavam “sujeitos implícitos”. Nesse processo, os movimentos acabaram por reproduzir opressões de forma interna, o que veio a ser intensamente criticado e denunciado pelas mulheres negras (RODRIGUES, 2013).

O Movimento de mulheres negras ganhou força na década de 1980, principalmente. Quanto ao movimento feminista, as mulheres negras procuraram “enegrecê-lo”, e com relação ao Movimento Negro buscaram “sexualizá-lo”. Esse duplo movimento, portanto, exigiu das mulheres negras uma maior articulação (CARNEIRO, 2003).

As ativistas negras indagam o machismo dentro do próprio movimento [*Movimento Negro*] e desafiam os homens ativistas a repensarem, mudarem de postura e de atitude em suas relações políticas e pessoais com as mulheres. [...] As questões de raça e gênero só se tornaram mais destacadas no movimento feminista devido à denúncia das mulheres negras de que, apesar do caráter progressista dessas lutas, a invisibilidade dada à questão racial, ao racismo e à violência contra a mulher negra atuam como uma regulação conservadora dentro dos próprios espaços de emancipação social. (GOMES, 2017, p. 73).

Esse processo foi articulado por diversas mulheres negras em diferentes regiões do país, no qual se destacaram alguns nomes de grande importância: Luiza Bairos, Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro, Edna Roland, Jurema Werneck, Nilza Iraci e Matilde Ribeiro. Essas e outras mulheres negras foram e são de fundamental importância para a constituição e ampliação da discussão entre gênero e raça, de forma articulada, no

interior dos movimentos brasileiros. A atuação das mulheres negras também foi imprescindível no campo acadêmico, pois começaram a produzir trabalhos que tratam das temáticas de raça e gênero juntas (RODRIGUES, 2013). Portanto, assim como foram construídas as produções de mulheres negras no Brasil e no exterior, ao mencionar gênero neste trabalho esta expressão estará relacionada às mulheres, e correlacionada com raça, a fim de evitar análises reducionistas, de acordo com Figueiredo (2008).

A partir de 1980, o movimento de mulheres no Brasil passa a incluir em suas pautas reivindicações relacionadas à saúde. Nesse período já havia a presença de mulheres negras, mas o debate racial se encontrava marginalizado dentro dos movimentos, como já pontuado (ARAÚJO, 2001).

A questão específica da saúde das mulheres negras começa a ser discutida a partir da organização de grupos delas próprias, que vão se articulando em diferentes lugares do país (ARAÚJO, 2011). O Movimento de mulheres negras é construído a partir da percepção das singularidades de como homens e mulheres são vítimas do racismo (ALBUQUERQUE e FRAGA FILHO, 2006).

A partir da polêmica pauta da esterilização cirúrgica foi possível a construção de um trabalho conjunto entre os grupos de mulheres negras do Brasil, resultando em uma sólida militância relacionada aos direitos reprodutivos (ARAÚJO, 2001; DAMASCO, 2009).

Durante o processo de redemocratização do estado brasileiro, apesar da presença de militantes no Movimento Negro nas discussões da Assembleia Constituinte, a discussão sobre raça restringiu-se à criminalização do racismo e não se discutiram estratégias e mecanismos institucionais que envolvessem as desigualdades sociais presentes no Brasil (LOPÉZ, 2012).

No que diz respeito ao contexto da redemocratização é interessante retomar as reflexões de Lélia Gonzalez sobre como a democracia racial estava longe de se configurar no Brasil.

[...] estamos aí num processo dito de redemocratização do país e se vamos redemocratizar nós temos que exigir uma democracia para todos e não para alguns [...]. A gente percebe que são setores, assim, marginalizados no processo da produção econômica e vistos como inferiores, diferentes ou desavergonhados, ou coisas como tais e parece que falar de democracia, democracia significa a convivência com a diferença e o respeito pela diferença, nós não podemos reduzir, não se pode reduzir um negro à situação de um branco, embora o ponto de vista ideológico a gente encontra aí muito negro que é branco de cabeça, mas não se pode reduzir uma mulher a um homem, tem que se respeitar as diferenças, então veja, falar de democracia é justamente conviver respeitando as diferenças. (GONZALEZ, 1982 apud BARRETO, 2005, p. 35).

Lélia Gonzalez foi uma das primeiras mulheres negras a realizar o debate sobre racismo e sexismo nos ambientes acadêmicos. Em 1983, durante uma reunião da ANPOCS, ela apresentou o emblemático artigo “Racismo e Sexismo na cultura brasileira”, revelando que

[...] se interessa em pensar de que forma a articulação entre sexismo e racismo funciona como um dos operadores simbólicos do modo como as mulheres negras são vistas e tratadas no país. Para a autora, racismo e sexismo engendram a violência contras as mulheres negras e explicam o fato de que mesmo mulheres negras da classe média sejam vítimas de discriminação. Ou seja, não se podem compreender as discriminações e a opressão sofridas pelas mulheres apenas pelos vieses de gênero e classe social. (RODRIGUES, 2013, p. 3).

É importante destacar que as organizações negras começaram a fazer uso de dados que revelam as desigualdades raciais como um instrumento de luta, pois possibilitam tornar mais visível o racismo estrutural. Para tanto, foi necessário sensibilizar as instâncias oficiais que trabalham com a produção de dados referentes à população brasileira e à América foram produzidos.

Entre organismos estatais ou multilaterais produtores de dados e que já disponibilizam informações consistentes quanto às desigualdades raciais no país e na América Latina destacam-se IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, UNIFEM – Fundo das Nações Unidas para as Mulheres, UNICEF – Fundo das Nações Unidas para as Crianças, Ministério da Saúde/ FUNASA – Fundação Nacional de Saúde. Já os dados produzidos no âmbito da sociedade civil têm origem em organizações negras como Geledés – Instituto da Mulher Negra, Observatório Afrobrasileiro, Criola, Articulação de Mulheres Negras Brasileiras, entre outros, além do trabalho de pesquisadoras e pesquisadores independentes ou vinculados a centros de pesquisa (que durante muito tempo deram pouco ou nenhum respaldo a suas pesquisas). A coleção e divulgação de dados numéricos e qualitativos por parte das organizações negras se mostraram uma importante ferramenta para o confronto às noções de democracia racial, estratégia mantida nos anos recentes. (WERNECK, 2007, p. 13).

Relacionando essa discussão ao campo da saúde, Werneck (2016), apresenta um panorama histórico conceitual que ajuda a compreender o atual cenário da população negra no Brasil. Mesmo com os dados produzidos, ainda é incipiente a publicação de artigos sobre a temática. A autora apresenta marcos importantes para a inclusão da discussão sobre racismo e vulnerabilidades em saúde: Marcha Nacional Zumbi dos Palmares (1995), criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF) (1995), criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra, realização da Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra (1996), inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos (1996), fortalecimento da Saúde da Família às comunidades quilombolas etc.

A participação do Brasil na III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlatas (2001) em Durban – África do Sul, na qual as grandes protagonistas foram as mulheres negras, possibilitou que aspectos relacionados à saúde da população negra fossem discutidos em conjunto com representantes de países latino-americanos, além de ter criado um fértil terreno para a construção da PNSIPN (WERNECK, 2016). Ao assinar o Plano de Ação de Durban, “o Estado brasileiro reconheceu internacionalmente a existência institucional do racismo em nosso país e se comprometeu a construir medidas para sua superação”. (GOMES, 2017: p. 34).

Essa Conferência produziu “grandes expectativas e esperanças para o Movimento Negro do Brasil e para o conjunto da população negra” (CARNEIRO, 2002, p. 209) e resultou na publicação do documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”, que trouxe para a discussão uma classificação de doenças e agravos recorrentes na população negra: (I) geneticamente determinadas, (II) adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis, (III) de evolução agravada ou de tratamento dificultado, (IV) condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas (Sistema Nações Unidas, 2001).

A Conferência de Durban revelou ainda, na organização de combate ao racismo, o crescimento expressivo do protagonismo das mulheres negras, a exemplo da constituição da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras Pró-Durban. Essa organização expôs as diversas maneiras que a discriminação racial atinge a vida das mulheres negras, como surgimento de agravos de saúde mental, a baixa expectativa de vida, as ocupações e salários no mercado de trabalho. Quadro este que é resultado de uma complexa “conjugação perversa do racismo e do sexismo” (CARNEIRO, 2002, p. 210).

Apesar do clima tenso na Conferência de Durban, tendo em vista o unilateralismo dos EUA e a resistência dos países europeus em trazerem à tona a discussão sobre o colonialismo, o evento possibilitou a conquista de importantes questões para as populações negras das Américas. A Conferência trouxe, em seu Plano de Ação, a “problemática específica das mulheres afrodescendentes e as múltiplas formas de discriminação que enfrentam.” (CARNEIRO, 2002, p. 213).

A partir de Durban, como destaca Werneck (2016), foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (2003) no âmbito do MS, realizados o I e II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra (2004 e 2006), incluída a discussão nas Conferências Nacionais de Saúde, além de o Movimento Negro conquistar um assento, em 2005, no

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tais articulações foram essenciais para a publicação da PNSIPN, cujo texto fora aprovado em pleno CNS em 2006.

A publicação da PNSIPN ocorreu num cenário no qual o governo adotou medidas mais progressistas, e o Movimento Negro e outros movimentos sociais foram estratégicos para adoção dessa política, para a votação do Estatuto da Igualdade Racial e para adoção de políticas afirmativas, especialmente as cotas raciais em universidades públicas e concursos públicos. Sandra Assis Brasil (2011) contextualiza a publicação da política no cenário internacional, no qual outros países também discutiam sobre as condições de vida de suas populações afrodescendentes, a atuação da ONU fomentava o debate, e a *Ford Foundation* incentivava pesquisas na área.

A parceria entre a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), MS e de aliados ao Movimento Negro que ocupavam cargos de poder no MS possibilitou o avanço na elaboração e aprovação da política (BRASIL, 2011). Saucedo (2018) destaca a articulação de redes e movimentos, que em uma militância local e regional, sistematizaram esforços na busca para fomentar os debates que atravessam a PNSIPN, como Rede Lai Lai Apejo (Aids e População Negra), a Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde (RENAFRO), a Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra, a Rede Nacional de Promoção e Controle Social de Saúde das Lésbicas Negras (Sapatá), entre outras que continuam atuantes no campo da saúde.

O foco da política é qualificar o atendimento em saúde ofertado à população negra, além de tentar sensibilizar os trabalhadores da saúde para as iniquidades raciais em saúde. Visando enfrentar o racismo institucional, a discriminação racial e desigualdades raciais no contexto da saúde, a PNSIPN tem por objetivo reconhecer as iniquidades em saúde da população negra como fruto de um processo histórico-social de exclusão e do racismo, como parte da determinação social do processo saúde-doença (BRASIL, 2011a).

Apesar da existência da PNSIPN, Werneck (2016) aponta que a política não alcançou adesão satisfatória junto à gestão do SUS e que

[...] além do rechaço mais ou menos explícito por parte de muitos, verificou-se, também, uma profunda ignorância acerca dos diferentes elementos envolvidos nos processos de realização de ações e estratégias necessárias, que explicam o porquê da PNSIPN não ter sido adequadamente implementada após esses anos. (WERNECK, 2016, p. 539).

As dificuldades em torno do entendimento sobre a PNSIPN podem ser observadas na pesquisa de Santos e Santos (2013) que, por meio de um estudo com profissionais da Atenção Primária à Saúde, constataram que os trabalhadores acabam por reproduzir acep-

ções do senso comum e reforçadas pela mídia sobre as condições de vida da população negra, além de indicarem que

Ao refletir acerca da temática abordada, percebe-se que o sentido majoritário atribuído à PNSIPN é, em um primeiro momento, corroborado pelo mito da democracia racial discriminatória que busca dar sentido àquilo que não faz sentido, pois não contempla a realidade e a lógica. De certa forma, é um coro de profissionais que entoam dissonâncias e fazem emergir falsa igualdade de uma população desigual. (SANTOS e SANTOS, 2013, p. 569).

Em um estudo realizado com psicólogos que trabalham em centros de saúde de Belo Horizonte, revelou-se o desconhecimento dos trabalhadores sobre as vulnerabilidades da população negra no que diz respeito à saúde. Observou-se também a legitimidade atribuída ao discurso dos que creem na democracia racial, além da falta de informação sobre a definição sobre o que se entende por Racismo Institucional (RI). A pesquisa concluiu que [...] o que se percebe na fala dos entrevistados é a reprodução da “naturalização de ideologias que foram construídas para manter as relações inter-étnicas e raciais sem conflitos, propositoras de igualdade que na realidade não existe.” (TAVARES, OLIVEIRA e LAGES, 2013, p. 586).

O processo de discussão da temática da discriminação racial no âmbito das políticas públicas é permeado por paradoxos relacionados às barreiras enfrentadas para disparar debates acerca da questão étnico-racial. López destaca que, apesar da obrigatoriedade de preenchimento dos quesitos raça/cor nos mais diversos setores da administração pública, eles ainda não são coletados de maneira ampla, o que resulta em uma “fragmentariedade dos dados desagregados por cor” (LÓPEZ, 2012, p. 126).

A PNSIPN, que tem como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2011a, s.n), trata ainda de objetivos específicos, trazendo em seu terceiro objetivo a seguinte redação:

III – incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processo de formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde e no exercício do controle social (BRASIL, 2011a. s.n).

Ao avaliar os aspectos presentes no texto da portaria, Werneck considera que, por meio do terceiro objetivo específico, a PNSIPN “[...]busca inserir a interseccionalidade de gênero e raça como aspecto importante da saúde da população negra, permitindo apontar para um campo de ação específico na área da saúde da mulher, entre outros.” (WERNECK, 2016, p. 539).

Werneck apresenta o modelo proposto por Jones (2002), no qual o racismo atua em diferentes dimensões ao mesmo tempo: pessoal/internalizado, interpessoal e institucional. Esta última dimensão seria a menos estudada “correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais” (JONES, 2002 apud WERNECK, 2016, p. 541).

Ao discutir a dimensão institucional do racismo, coloca-se em cena o seu paradoxo central, ou seja, que as “instituições públicas tenham de assumir que elas (re)produzem mecanismos de racismo institucional para justificar a execução de políticas de igualdade racial.” (LÓPEZ, 2012, p. 126).

O debate sobre RI propicia que a compreensão das (re)produções das desigualdades raciais leve em consideração seus aspectos político e social. Diferentemente do racismo indicado como crime pela Constituição Brasileira, que se revela em ações explícitas de preconceito racial, o RI age de maneira difusa no cotidiano institucional ao produzir, por meio da oferta desigual “na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial” (LÓPEZ, 2012, p. 127), ao passo que perpetua desigualdades e iniquidades.

[...] aparece menos identificável em relação aos indivíduos específicos que cometem esses atos, mas não por isso menos destrutivo de vidas humanas. Origina-se no funcionamento das forças consagradas da sociedade, e recebe condenação pública muito menor do que a primeira forma. Dá-se por meio da reprodução de políticas institucionalmente racistas, sendo muito difícil de se culpar certos indivíduos como responsáveis. Porém, são os próprios indivíduos que reproduzem essas políticas. Inclusive, as estruturas de poder branco absorvem, em muitos casos, indivíduos negros nos mecanismos de reprodução do racismo. (Idem).

Em 2005 foi criado no Brasil o Programa de Combate ao Racismo Institucional, através de um projeto entre a SEPPIR, Ministério Público Federal, MS, Organização Pan-Americana da Saúde, Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

O racismo, considerando-se suas diversas dimensões, afeta a vida da população negra, causando profundos impactos e iniquidades raciais. Ele se faz presente também dentro do movimento feminista, como examinado por Werneck (2008), ao apresentar importantes discussões sobre a exclusão social vivida pelas mulheres negras:

[...] constatamos que a exclusão da presença das mulheres negras (a exemplo das mulheres indígenas e de outras pessoas e grupos) dos relatos da história política brasileira e mundial deve ser compreendida, principalmente, como parte das estratégias de invisibilização e subordinação destes grupos. Ao mesmo tempo em que pretendem reordenar a história de acordo com o interesse dos homens e mesmo nos tempos pós-feminismo, das mulheres brancas. O que permite apontar o quanto esta invisibilização tem sido benéfica para aquelas correntes feministas

não comprometidas com a alteração substantiva do *status quo*. (WERNECK, 2008, p. 83).

Como já apresentado, a falta de discussão da temática racial dentro das análises feministas foi apontada por Lélia Gonzalez. Em seu percurso, a autora indica que os movimentos feministas falharam ao permanecerem com o ideário do mito da democracia racial e da ideologia do branqueamento (BARRETO, 2005). Apesar de o feminismo ter avançado ao colocar em cena as “bases materiais e simbólicas da opressão das mulheres” (GONZALEZ, 1988, p.13) e ao discutir o capitalismo patriarcal, não trouxe discussões fundamentais, por ter abdicado de comentar sobre a discriminação de caráter racial sofrida pelas mulheres. Para Gonzalez, esse esquecimento se dá pelo “racismo por omissão e cujas raízes (...) se encontram em uma visão de mundo eurocêntrica e neocolonialista da realidade.” (GONZALEZ, 1988, p. 13).

Barreto, ao analisar o pensamento de Gonzalez, indica que as conquistas do ponto de vista econômico, nas décadas de 1970 e 1980, alcançadas pelas mulheres brancas nem de longe chegaram às mulheres negras (BARRETO, 2005). Carneiro e Santos (1985) apud Barreto (2005) trazem uma importante reflexão sobre esse assunto:

[...] análise de alguns indicadores socioeconômicos, para oferecer às mulheres, em geral, um perfil semelhante quanto às desigualdades sofridas socialmente, visto que são evidentes as vantagens significativas percebidas especialmente pelas mulheres brancas quanto ao acesso à educação, à estrutura ocupacional e à obtenção de renda. Supõe-se, a partir daí, que elas tenham sido as principais beneficiárias da diversificação de posições ocupacionais ocorridas no país nas duas últimas décadas pelo incremento da divisão técnica do trabalho e o consequente expressivo aumento das PEA⁵ Feminina no período, em especial na década de 70. (CARNEIRO e SANTOS, 1985, p. 39 apud BARRETO, 2005, p. 52).

Segundo Araújo (2001), é possível verificar-se a existência de movimentos feministas que englobam e compreendem as especificidades das questões da saúde das mulheres negras, mas de forma ampla não há um debate mais aprofundado sobre o racismo.

A tríplice discriminação ser *negra, mulher e pobre* revela que as mulheres negras brasileiras, estão sujeitas a sofrerem violências por conta do sexismo, do racismo e dos preconceitos de classe social (WERNECK, 2001).

O sexismo produz desigualdades entre homens e mulheres, sendo estas últimas vítimas de inferiorização no imaginário social. O produto disso corresponde à inexpressiva presença de mulheres nas instâncias de poder, ao recebimento por elas de salários inferiores aos homens para a mesma função desempenhada e à condição de maiores vítimas da violência doméstica e sexual. Em nossa sociedade os valores também coadunam para

⁵ PEA - População Economicamente Ativa.

opressão e menor “liberdade de agenciamento da própria vida sexual.” (WERNECK, 2001, *online*). Por sua vez, o racismo se traduz na sociedade brasileira nos dados que tantas pesquisas já mostraram sobre a população negra: o menor acesso à riqueza, poucos anos de estudo, piores condições de moradia, baixo acesso aos serviços de saúde etc. A partir dessa reflexão, Werneck (2001) discorre sobre as mulheres negras:

[...] somos sem sombra de dúvida um dos principais segmentos excluídos da sociedade brasileira. Atingidas pela violência estrutural que se baseia no racismo e no sexismo, a maioria de nós vivencia condições extremas de pobreza, sem acesso a recursos básicos como educação, habitação, saúde e emprego. (WERNECK, 2001, p. 56).

Nesse sentido, considerando que outras questões influenciam de forma concomitante a discriminação imposta às mulheres negras, o conceito de interseccionalidade nos auxilia na compreensão da temática. Apesar de não nomear o conceito, considera-se que a autora Lélia Gonzalez desenvolveu em sua obra análises que colocavam em debate, de forma co-determinante e concomitante, os aspectos de raça, classe e gênero, ao discutir como o racismo é transversal à vida das mulheres negras no Brasil.

A autora Kimberlé Crenshaw, no bojo do feminismo negro norte-americano, apresenta o conceito da interseccionalidade ao buscar produzir uma estrutura de análise que possibilite a compreensão e a identificação das discriminações de raça e gênero.

Assim, Crenshaw (2004) desenvolve o conceito de interseccionalidade a partir das limitações das discussões de gênero que não consideraram a questão racial e aponta também, entraves na luta dos direitos humanos pelo fim do racismo ao não considerarem o debate das desigualdades de gênero. A autora argumenta que “a discriminação de gênero diz respeito às mulheres e a racial diz respeito à raça e à etnicidade. Assim como a discriminação de classe diz respeito apenas às pessoas pobres.” (Crenshaw, 2004, p. 10). A partir disso, ela defende que, muitas vezes, essas desigualdades não atingem grupos distintos, mas por sobreposições, como é o caso de mulheres negras e pobres.

Para a autora a interseccionalidade trata-se de uma conceituação metafórica:

A associação de sistemas múltiplos de subordinação tem sido descrita de vários modos: discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação. **A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos das opressões de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras.** Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p. 177 - grifo nosso).

Crenshaw tenta, assim, com a criação do termo tirar da invisibilidade as diversas opressões que tanto marcam os cotidianos de mulheres negras pelo mundo todo, como lembra Rodrigues (2013):

O conceito de interseccionalidade, como foi originalmente formulado, permite dar visibilidade às múltiplas formas de ser “mulher” sem cair no reducionismo de um princípio unificador comum mas sem, contudo, resvalar para um relativismo que desloca as relações de poder envolvidas nas diversas formas de opressão, transformando-as em mero objeto de disputa discursiva. (RODRIGUES, 2013, p. 6).

A partir desse conceito, Crenshaw o subdivide em duas categorias, a estrutural e a política. A interseccionalidade estrutural está relacionada à “posição das mulheres de cor na intersecção da raça e do gênero e as consequências sobre a experiência da violência conjugal e do estupro, e as formas de resposta a tais violências”, enquanto a política se refere às “políticas feministas e [...] antirracistas que têm como consequência a marginalização da questão da violência em relação às mulheres de cor.” (CRENSHAW, 1994 apud HIRATA, 2014, p. 62).

Crenshaw (2002) ainda aponta que, mesmo em contextos em que se sabe sobre as iniquidades e condições de vida, há uma invisibilidade nos aspectos de análise das mulheres em condição de marginalidade. No caso da trajetória de mulheres militantes que denunciavam a questão da violência obstétrica contra mulheres negras, pergunta-se se essa invisibilidade também se faz presente.

Dessa forma, o conceito de interseccionalidade é utilizado na luta das mulheres negras com o intuito de evitar as análises e interpretações reducionistas.

[...] o movimento feminista de mulheres negras potencializou a visibilização dos impactos do marcador racial na produção de subjetividade. Dessa forma, o conceito de interseccionalidade passou a produzir rachaduras nos discursos que focalizavam apenas uma vertente de diferenciação social, a classe. (SILVEIRA e NARDI, 2014, p. 16).

Em razão de este estudo considerar as interseccionalidades de raça, classe e gênero em suas análises, entende-se ser importante tecer alguns apontamentos sobre a questão de classe e saúde.

A sociologia e a epidemiologia crítica consideram a existência de desigualdades sociais na definição da saúde e da doença. Assim, estudos referentes a esta relação vêm sendo desenvolvidos há muito tempo, principalmente a partir do século XIX (FIGUEIREDO SANTOS, 2011). Esse marco teórico das pesquisas a respeito do desenvolvimento de desigualdades sócio-econômicas e o alcance desse processo na saúde e mortalidade, possível-

mente, correlacionam-se com a fase industrial do capitalismo, momento em que as condições das classes trabalhadoras sofreram com grandes precarizações (BARATA, 2009).

O desenvolvimento de tais estudos permitiu aos pesquisadores entenderem que a condição da classe social é um fator de extrema importância para compreenderem as situações de saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2011). Nesse sentido, Barata (2013) explica que o lugar de classe do sujeito dentro da organização social influenciará em diversas variáveis de sua vida material (acesso e posse de bens materiais). A autora defende que a classe social também determinará as formas de desenvolvimento das atividades cotidianas e as formas de vulnerabilidade produzidas, tendo, assim, reflexos nos determinantes de saúde e doença, de forma que, nessa seara, classe social impactará ainda como os sujeitos percebem seus problemas de saúde, em que momentos buscam “soluções” para eles e a qualidade da assistência a que terão acesso. A posição de classe é um dos condicionantes para o acesso a recursos produtivos e molda as experiências no trabalho e no consumo, gerando efeitos de segunda ordem sobre a saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2005).

Dentro dessa perspectiva, é importante comentar que a discussão sobre o conceito de classe social é de enorme complexidade e há uma diversidade de abordagens e correntes teóricas sobre o assunto, não havendo espaço e nem sendo o objetivo dessa pesquisa aprofundar tal temática. Por outro lado, serão comentadas brevemente algumas noções deste conceito, a fim de contribuir para a discussão da interseccionalidade no presente estudo.

Na América Latina a operacionalização do conceito de classe social para o uso em pesquisas na área da saúde segue a linha do pensamento marxista (BARATA, 2009; 2013). A tradição marxista compreende que os mecanismos de dominação e exploração econômica são considerados os principais determinantes da estrutura social resultante (BARATA, 2013), ou seja, a concepção de organização social de Marx fundamenta-se nas relações de produção. Nessa perspectiva, entende-se que em toda estrutura social há classes dominantes, que direta ou indiretamente controlam ou influenciam o Estado e uma classe dominada, que reproduz a estrutura social ordenada pela classe dominante e assim perpetua a exploração (NETTO e BRAZ, 2007).

No modo de produção capitalista evidencia-se a polarização entre trabalhadores e proprietários, ainda que existam as classes intermediárias, sendo essas também dominadas pelo grande capital. Marx as situa entre o proletariado: burguesia (alta, média ou baixa), que se apropria do valor produzido por outrem; a classe trabalhadora dos assalariados produtivos (mais-valia) ou improdutivos (atuam valorizando a mais valia); os desempregados; o lumpem-proletariado (mendigos, etc.), que vivem à margem do sistema produtivo; e a

classe média, situada entre os trabalhadores e os capitalistas, que se apropriam de parte da mais-valia e tem um grande poder de consumo (profissionais liberais, servidores públicos, etc.) (MONTAÑO, DURIGUETTO, 2010).

Dessa forma, na concepção marxista, classe social e divisão do trabalho estão intrinsecamente relacionadas, sendo a divisão do trabalho determinada pela posse da propriedade privada. Assim, a sociedade é diferenciada em classes sociais. Aqueles que detêm a posse dos meios de produção apropriam-se do trabalho daqueles que possuem apenas a sua força de trabalho e, assim, vendem-na para conseguir sobreviver (NETTO e BRAZ, 2007). Em suma, para Marx, o que define a classe social de um indivíduo, não é necessariamente o seu poder aquisitivo, mas a sua propriedade, seja ela a sua força de trabalho ou os meios de produção (MONTAÑO e DURIGUETTO, 2010).

O debate a respeito das formas como as desigualdades sociais influenciam a saúde na América Latina, vem sendo delineado à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Essa teoria investiga as formas particulares de constituição do sistema capitalista de produção e suas expressões nas diferentes sociedades, dando ênfase aos mecanismos de acumulação do capital e à distribuição de poder, prestígio e bens materiais deles decorrentes. Assim, a posição de classe e a reprodução social passam a ser vistas como dois dos principais determinantes do perfil da saúde e doença (BARATA, 2009).

Aqui, vale destacar o que Santos (2005) afirma sobre a temática. As desigualdades sociais não podem ser reduzidas às desigualdades de classe, embora tais desigualdades assumam um importante papel na determinação social de saúde. Ao considerar o fator econômico, ou seja, a posição ocupada pelos indivíduos no modo de produção, como único determinante no processo saúde e doença, desconsidera-se outras importantes formas de desigualdades anteriormente apresentadas, que têm como base raça e/ou gênero.

Assim, considera-se que a reprodução dos indivíduos em sociedade inclui muitos fatores, como os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas ou de participação social, a política, a cultura, a posição ocupada nos processos de trabalho, o gênero, a classe, a raça/cor (BARATA, 2009).

Nesse sentido, marca-se a discordância desta pesquisa de que trabalho/produção são as condições únicas e preponderantes para compreensão dos processos de saúde-doença. Defende-se, assim, a necessidade de se pensar modelos de análise que não invisibilizem e desconsiderem os impactos do racismo enquanto marca estrutural, interseccionando com as dinâmicas de classe, gênero e outras marcas de opressão. Nessa perspectiva, as discussões em saúde não podem se furtar da compreensão de que o racismo, considerados os seus as-

pectos históricos e dimensões contemporâneas, é estrutural. Por ser estrutural, produz dinâmicas que fazem com que pessoas negras estejam submetidas a condições vida precarizadas, de modo que a determinação do processo saúde-doença leva esse grupo a apresentar problemas de saúde, tais como hipertensão, diabetes, obesidade, etc.

Para Castro-Gómez (2007) o racismo trata-se de uma prática discursiva e se transforma em dispositivos biopolíticos, de forma que ele se constrói com base numa suposta superioridade étnica e moral de uma parte da população, a dominante, sobre as outras, as vulnerabilizadas. Ao se concretizar em diversas situações, o racismo se inscreve nos corpos, tanto daqueles que são vitimados e sofrem com ele, quanto dos que lhe dão expressão. Essa concretização se dá na constituição de posições e posturas, desde a indiferença, como na omissão de atendimento, até às agressões declaradas, físicas e verbais, como as que ocorrem na assistência ao parto, perpassando diferentes modos de desumanização pela palavra, imagem, atitudes, ações institucionais etc. Enquanto formação discursiva, o racismo se apresenta em diferentes contextos e situações, transitando por diferentes cadeias de poder, nas quais se vincula e se associa às tecnologias de controle, chegando algumas vezes a se enredar com tecnologias de aniquilamento. Ao conformar as “narrativas de racismo”, Castro-Gómez remete a um enredo similar à perspectiva interseccional:

[...] diríamos que hay muchas formas de racismo y que no todas ellas son conmensurables; a veces se cruzan formando entramados complejos (sobre todo cuando se cruzan con otro tipo de relaciones también diferentes entre sí como las de género, clase y sexualidad). (CASTRO-GOMEZ, 2007, p. 168)

Além de Gonzalez, outras autoras brasileiras trazem reflexões que caminham no sentido similar ao que é proposto pelo debate interseccional, entre as quais, Luiza Bairros.

Raça, gênero, classe social, orientação sexual reconfiguram-se mutuamente formando [...] um mosaico que só pode ser entendido em sua multidimensionalidade. [...]. Considero essa formulação particularmente importante não apenas pelo que ela nos ajuda a entender diferentes feminismos, mas pelo que ela permite pensar em termos dos movimentos negro e de mulheres negras no Brasil. Este seria fruto da necessidade de dar expressão a diferentes formas da experiência de ser negro (vivida através do gênero) e de ser mulher (vivida através da raça) o que torna supérfluas discussões a respeito de qual seria a prioridade do movimento de mulheres negras: luta contra o sexismo ou contra o racismo? - já que as duas dimensões não podem ser separadas. Do ponto de vista da reflexão e da ação políticas uma não existe sem a outra. (BAIRROS, 1995, p. 461 apud RODRIGUES, 2013, p. 7).

Anteriormente à discussão de Crenshaw, outras pensadoras, como Bell Hooks, Audre Lorde, Ângela Davis, Gonzalez e Sueli Carneiro, no interior do feminismo negro “tomaram a questão das mulheres a partir de diferentes eixos de opressão, principalmente o racismo, o sexismo e o classismo.” (LIMA, 2018, p. 78).

Werneck, ao pensar a interlocução entre o debate da interseccionalidade e a saúde das mulheres negras no SUS indica que

A interseccionalidade permite visibilizar as diferenças intra-grupo, inclusive entre aqueles vitimados pelo racismo, favorecendo a elaboração de ferramentas conceituais e metodológicas mais adequadas às diferentes singularidades existentes. Permite, ainda, maior consistência na compreensão dos modos de aproximação e realização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade na política pública. (WERNECK, 2016, p. 543).

Dito isto, compreende-se que a perspectiva interseccional é essencial para as análises sobre a condição de vida da população brasileira, tendo em vista que nosso país é intensamente marcado por opressões de gênero, raça e classe (RODRIGUES, 2013).

Assim, nesse trabalho são utilizadas as lentes da perspectiva interseccional (CRENSHAW, 2002), entendendo raça como categoria política, que é fruto de um processo histórico-social e que se materializa em corpos e processos de subjetivação (LIMA, 2018).

Ademais, tal como discute Gomes (2017), compreende-se os movimentos sociais como construtores de saberes, ainda que a ciência hegemônica tenda a renegá-los para um campo de descrédito. Como os conceitos de interseccionalidade e racismo institucional, ambos criados no interior do Movimento Negro norte-americano, e políticas públicas, como a PNSIPN, Estatuto da Igualdade Racial, a Política de Cotas etc., que foram construídas em decorrência da luta do Movimento Negro brasileiro, observam-se exemplos de como a prática de ativistas da luta antirracista produz conhecimentos de forma articulada e sistematizada.

Na leitura de Gomes (2017) o Movimento Negro, incluindo aqui a atuação do Movimento de mulheres negras:

[...] produz discursos, reordena enunciados, nomeia aspirações difusas ou as articula, possibilitando aos indivíduos que dele fazem parte reconhecerem-se nesses significados. Abre-se espaço para interpretações antagônicas, nomeação de conflitos, mudança no sentido das palavras e das práticas, instaurando novos significados e novas ações. (GOMES, 2017, p. 47).

Orientando-se nas reflexões de Gomes (2017), no âmbito da discussão sobre violência obstétrica contra mulheres negras, é interessante refletir no presente estudo sobre quais são, e que lugares ocupam, os saberes produzidos pela articulação das ativistas, tendo em vista o debate hegemônico sobre violência obstétrica. Outrossim, busca-se entender também como essas ativistas se articulam, quais narrativas produzem e como a pauta da violência obstétrica é compreendida e discutida.

2.4. SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Bailey et al. (2017) discutem o racismo estrutural e a saúde no cenário dos EUA, entendendo que essa temática tem sido pouco abordada nos estudos de saúde da população negra norte-americana, que têm produzido mais artigos sobre o racismo interpessoal.

Guardadas as especificidades de cada lugar, pode-se afirmar que os EUA, assim como o Brasil, têm uma longa história de passado escravagista com repercussões atuais no processo de saúde-doença da população afro-americana. Bailey et al. (2017) comentam as legislações norte-americanas que fizeram parte do cenário da discriminação racial, como a legislação do Apartheid (lei Jim Crow). Considerada o “novo Jim Crow”, a política de guerra às drogas e contra a criminalidade implementada nas décadas de 1970 e 1980 fortaleceu a estereotipação da população negra como “criminosa” e/ou “delinquente”, o que deixa marcas até a hoje. Atualmente, o encarceramento de homens negros, nos EUA, tem taxas maiores que a de homens brancos (BAILEY, et al., 2017).

A população negra norte-americana, em comparação à branca, tem os piores indicadores de saúde: menor expectativa de vida ao nascer, maior proporção de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza, maiores taxas de mortalidade infantil, maior taxa de mortalidade relacionada à diabetes etc. Além disso, Bailey et al. (2017) sustentam que o racismo estrutural reverbera no acesso da população afro-americana ao mercado de trabalho e nas condições de moradia. Há uma evidente segregação racial no território norte-americano, de forma que há bairros em que a população residente é majoritariamente negra. Esses locais têm precárias condições de vida, como a exposição a poluentes e toxinas, além de limitadas oportunidades de acesso ao sistema educacional e à saúde de qualidade.

O racismo científico também se fez presente nos EUA, que teve o desenvolvimento de instituições eugênicas e legislações baseadas nos princípios da eugenia. De acordo com Stucchi-Portocarrero (2018), por volta de 60.000 cidadãos foram submetidos à esterilização forçada nos EUA entre 1927 e 1964 por meio de medidas eugênicas.

Ressalta-se ainda o caso de Tuskegee, em que homens negros, sem consentimento, foram utilizados como cobaias em estudos sobre sífilis entre 1932 e 1972. A grande maioria deles estava com sífilis, mas não foi submetida ao tratamento, ainda que, no decorrer do estudo, fosse desenvolvida pela ciência a terapia para a doença (GOLDIM, 1999).

Há estudos nos EUA que indicam que profissionais de saúde apresentam relutância em prescrever a pacientes negros doses fortes de analgésicos (SABIN; GREENWALD, 2012); que médicos carregam a crença de que a população negra é mais resistente à dor

(HOFFMAN, et al., 2016); que pacientes relatam sofrerem discriminação racial nos serviços de saúde (RYAN, GEE, GRIFFITH, 2008; HAUSMANN et al., 2008).

As disparidades raciais são referidas também nos atendimentos de emergência, como descrito no estudo de Pezzin, Keyl e Green (2007), que identificou que os homens negros, ao chegarem ao serviço de saúde com queixa principal de dor no peito, têm menor probabilidade de receberem prescrição de exame de eletrocardiograma e radiografia de tórax, além de diferenças raciais observadas no monitoramento do ritmo cardíaco e saturação de oxigênio. Nos EUA há uma diversidade de estudos que investigam a questão de saúde da população afro-americana, assim, concordamos com o que menciona Dossey (2018, p. 5): *“In sum, the evidence is abundant that racial bias exists in medicine, and that it affects the quality of care that black patients obtain”*.

Em estudo realizado para investigar diferenças no cuidado a pacientes internados com isquemia crítica nos EUA entre 1998 e 2005, Hughes et al. (2014) constataram o que outras pesquisas já indicavam: que pacientes negros têm maior risco de sofrerem uma amputação dos membros inferiores quando comparados aos pacientes brancos. Mesmo com o aumento de outros tipos de intervenção endovascular nos EUA, o estudo mostrou que os negros são os mais submetidos a grandes amputações e têm menor chance de serem submetidos a intervenções de procedimentos de revascularização.

Grobman et al. (2018) identificaram em um estudo em clínicas dos EUA que mulheres negras apresentaram significativamente mais probabilidade de terem parto prematuro, hipertensão na gravidez e bebês com baixo peso ao nascerem, em comparação com as mulheres brancas.

Com relação às mulheres afro-americanas, Prather et al. (2018) discutem que o racismo nos EUA se revela como uma das principais influências para as iniquidades na saúde sexual e reprodutiva. Os períodos de escravidão, da legislação Jim Crow e mesmo os posteriores à conquista de direitos civis foram marcados por prejuízos à saúde das mulheres negras, evidenciando experiências históricas de violência sexual, de usos na condição de cobaias involuntárias de experimentos científicos e de privação de direitos em saúde.

O estigma, o preconceito e a discriminação estão correlacionados a aspectos estruturais das sociedades, de forma que é necessário investigá-los considerando questões sociais e históricas. Compreender quais são seus papéis e como atuam na sociedade possibilita um melhor entendimento sobre a exclusão social e a sua repercussão nas condições de saúde das populações estigmatizadas (PARKER, 2013), como é o caso da população negra.

Neste ponto é importante mencionar a crítica realizada por Borde (2014) à abordagem dos Determinantes Sociais em Saúde no debate de racismo e saúde, que acaba não discutindo a opressão e o sistema de relações sociais, de forma a despolitizar a questão das iniquidades sociais em saúde. A discussão sobre discriminação racial não pode deixar de incluir a discussão sobre o poder racializado e sobre a história colonial, a fim de que seja possível compreender melhor que a condição de subalternidade em que se encontram grupos raciais é resultado de padrões de dominação, marginalização e exploração sistemáticos.

[...] é necessário ir além do reconhecimento do preconceito racial e situar o racismo dentro de uma matriz de dominação mais ampla, reconhecendo o papel estratégico que veio assumindo na consolidação e expansão do regime de acumulação capitalista. O racismo que continua se expressando na cotidianidade, nos serviços de saúde e que subjaz os processos de determinação social da saúde, não deve ser limitado a atos isolados ou a uma aberração mental de indivíduos radicais e irracionais. Ao contrário, parece-nos necessário reconhecer o racismo como mecanismo sistemático que se insere numa ordem social racializada que procura se legitimar e reproduzir a partir da referência à “inferioridade” natural do “outro” – enquadrado em termos raciais, mas também em termos menos explícitos. (BORDE, 2014, p. 122 e 123).

No que diz respeito à realidade brasileira, faz-se necessário discutir e reconhecer que as relações raciais e o racismo são centrais no contexto social e, portanto, fazem parte dos processos de determinação social das iniquidades em saúde. Nesse sentido, as relações raciais brasileiras carregam consigo a produção e reprodução dos processos saúde-doença e estão ligadas aos processos de dominação e exploração da colonialidade do poder (BORDE, 2014).

Como já discutido anteriormente, a democracia racial permanece como crença no imaginário e nas relações sociais no Brasil, de maneira a possibilitar a naturalização da subalternidade da população negra e indígena. Para Borde (2014), a democracia racial é um mito que se exprime na persistência em refutar as diferenças decorrentes dos processos de exploração e marginalização. Apesar de relativamente tardia, a produção de estudos em saúde coletiva, qualitativos e epidemiológicos, sobre a saúde da população negra brasileira auxilia a desnudar e contestar o mito da democracia racial, contudo, essa produção acadêmica enfrenta muitas resistências (CUNHA, 2012).

2.5. SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

Neste tópico são apresentados dados de algumas pesquisas sobre a saúde da população negra brasileira, a fim de tecer um breve panorama sobre a discussão. De acordo com o IBGE, do total da população do país, mais da metade, 53,9%, declarou-se preta ou parda,

enquanto a parcela branca foi de 45,2% (IBGE, 2016). Ademais, pretos e pardos correspondem ao maior público atendido no SUS, equivalente a 67% (IPEA et al., 2011).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revelou que, entre pessoas de 18 anos ou mais de idade residentes em domicílios particulares, 60,1% de brancas indicaram não ter plano de saúde, enquanto a frequência desse quesito foi de 78,8% para negros. Ressalta-se ainda que “pretos ou pardos estavam 73,5% mais expostos a viverem em um domicílio com condições precárias do que brancos” (IBGE, 2016, p. 85). Com relação às informações de domicílios, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2005/2015 revelou que pessoas brancas têm com maior frequência acesso ao saneamento básico e à segurança alimentar em comparação com as negras (IBGE, 2016).

Análises de registros do IBGE confirmam que, em geral, a população branca apresenta maior média de anos de estudo e maior renda domiciliar em comparação aos pretos e pardos. Ao investigar dados de 2011 a 2016, observou-se que em 2016 “a desigualdade de renda entre brancos e não brancos atingiu o maior valor da série histórica, com uma vantagem de 90% para os primeiros” (CAMPOS; FRANÇA; FERES JÚNIOR, 2018, p. 8).

No Brasil, as doenças genéticas e/ou hereditárias mais prevalentes entre negros/as são a anemia falciforme, com frequências de 6% a 10% na população geral; a diabetes *mellitus*, com ocorrência de 9% a mais em homens negros em comparação aos brancos e de 50% a mais em mulheres negras em relação às brancas; a hipertensão arterial, apresentando maiores complicações entre negros e sendo a causa, de forma direta ou indireta, de 12% a 14% de todos os óbitos do país; e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (BRASIL, 2017a).

Ao analisar como se apresenta a distribuição dos casos de AIDS, vê-se que a maior taxa de detecção se concentra entre mulheres e homens negros, além de as gestantes infectadas com HIV serem em sua maioria negras. Entre 2004 e 2013 o número de mortes em decorrência da AIDS aumentou para negros (BRASIL, 2017b).

Em análise realizada com os dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos de 1995 a 2004, uma pesquisa de 2011 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) teve como base os transplantes de órgãos sólidos (coração, fígado, rins, pâncreas e pulmão) e revelou que, no Brasil, os homens brancos são a maioria dos transplantados.

[...] uma parte significativa, da mortalidade, no limite, talvez possa ser evitada pelos transplantes de órgãos. Para avaliar os transplantes utilizamos dados dos receptores, por sexo e por cor ou raça, mantendo a coerência com o perfil traçado ao longo do texto. O que encontramos foram disparidades acentuadas entre os perfis de receptores em todos os órgãos estudados. Especificamente, vimos que a grande maioria dos receptores são homens brancos. Contudo, ao contrastarmos

essa evidência com os perfis demográficos e epidemiológicos observamos que existe uma desigualdade no recebimento dos órgãos. (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011, p. 37).

Analisando os dados sobre a sífilis em gestantes, observa-se que essa doença atinge principalmente as mulheres negras, relacionando-se com suas condições de vida. A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*, podendo ser adquirida ou congênita. Esta última forma é um indicativo, do ponto de vista epidemiológico, da qualidade do pré-natal ofertado (LIMA, et al., 2013).

Lima et al. verificaram que em Belo Horizonte a chance de um bebê ser diagnosticado com sífilis congênita é 2,1 vezes maior em crianças nascidas de mães negras. Apesar de 48% das mulheres pesquisadas terem iniciado o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, 66% delas tiveram o tratamento para sífilis inadequado ou incompleto. O estudo menciona que os casos de sífilis congênita estão relacionados à baixa escolaridade (LIMA, et al., 2013). Em Sergipe há discussões similares às do estudo mineiro, que indicam que 78,24% dos casos notificados de sífilis congênita se referem a crianças negras (SERGIPE, 2016).

O Boletim Epidemiológico do MS, de 2017, apresentou uma série histórica dos casos de sífilis notificados entre 2005 e 2017. O documento indica que há um grande aumento dos casos de sífilis no país, o que em parte pode ser justificado pelo aumento da cobertura de testagem e pelas melhorias nos sistemas de vigilância. As fichas também mostram melhorias no preenchimento do quesito raça/cor ao longo dos anos. Os dados revelam que tanto a sífilis em gestantes, quanto a adquirida e a congênita se apresentam em maior proporção na população negra (BRASIL, 2017b).

Entendendo que a sífilis atinge principalmente a população negra, questiona-se por que a maioria das campanhas e dos manuais de prevenção e controle da sífilis no país não leva em conta essa característica. Crenshaw, por meio da perspectiva interseccional, ajudamos a enxergar essa falha das ações de saúde, quando indica que “certo grau de invisibilidade envolve questões relativas a mulheres marginalizadas, mesmo naquelas circunstâncias em que se tem certo conhecimento sobre seus problemas.” (CRENSHAW, 2002, p. 174).

Os dados de sífilis congênita revelam iniquidades raciais que podem levar a questionar a qualidade do pré-natal ofertado às mulheres negras. O estudo de Silva et al. (2007), realizado em Ribeirão Preto (SP), identificou que as cores de pele preta e parda correspondem a fatores de risco para a ausência da assistência pré-natal, independentemente dos dados de renda e escolaridade, concluindo que, para além da questão de econômica e educa-

cional, as desigualdades raciais precisam ser analisadas para se qualificar o atendimento às gestantes.

Pacheco et al. (2018) realizaram um estudo sobre a assistência às gestantes, levando em consideração o recorte racial, por meio da análise de dados de relatórios de uma maternidade pública da cidade de Joinville (RS). Verificaram disparidades raciais importantes: as mulheres negras prevaleceram entre as com menor escolaridade, com hipertensão crônica, que tinham mais de três filhos vivos (multiparidade) e com ocupação, concluindo que é relevante que as pesquisas em saúde “avaliem a raça/cor como um construto social, considerando o efeito da condição socioeconômica, o acesso ao serviço de saúde e a escolaridade da população negra na análise da variável enquanto risco para desfecho.” (PACHECO et al., 2018, p. 135).

Souto et al. (2017), em investigação baseada nas informações do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), identificaram que entre 2011 e 2015 a maioria, correspondente a 67,5%, de meninas de até 13 anos que tiveram filhos eram negras. A maior parte desses casos aconteceu na região Nordeste, com quase 40%.

No que diz respeito à violência, a pesquisa publicada no Atlas da Violência de 2017 mostra que os homens, jovens, negros e de baixa escolaridade são as principais vítimas de mortes violentas no país. A população negra corresponde à maioria (78,9%) dos 10% dos indivíduos com mais chances de serem vítimas de homicídios. Atualmente, de cada 100 pessoas assassinadas no Brasil, 71 são negras. Esse estudo menciona que os negros possuem chances 23,5% maiores de serem assassinados em relação a brasileiros de outras raças, já descontado o efeito da idade, escolaridade, do sexo, estado civil e bairro de residência. Já em relação às mulheres, enquanto a mortalidade das brancas, amarelas e indígenas caiu 7,4% entre 2005 e 2015, entre as mulheres negras o índice subiu 22% (CERQUEIRA et al., 2017).

O Dossiê Mulher 2017, produzido pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (ISP), com base nos dados da Polícia Civil, revelou que 54% das vítimas dos estupro registrados, no ano de 2016, eram mulheres negras. Este grupo também representou 60% das vítimas de tentativa de estupro. Com relação às vítimas de homicídio doloso, o documento cita que “assim como observamos entre os homens, as mulheres pardas e pretas representam a maior parcela das vítimas da violência letal (63,7%), sinalizando os efeitos da interseccionalidade de gênero e raça da violência letal sobre as mulheres negras.” (PINTO; MORAES; MANSO, 2017, p. 19). As análises do Dossiê Mulher 2018 continua-

ram a indicar a manutenção destas desigualdades com relação aos casos de 2017 (MORAES; MANSO, 2018).

O documento Balanço do Ligue 180 - Central de Atendimento a Mulher revelou que 58,86%, do total de atendimentos realizados no ano de 2015, foram relativos a violências sofridas por mulheres negras (BRASIL, 2016).

É necessário discutir os aspectos que envolvem tais violências, “como o contexto urbano, a violência sexual, a relação entre patriarcado e racismo, as explorações da imagem da mulher negra na mídia e os estereótipos inclusive dentro das instituições.” (MARCONDES, et al., 2013, p. 155).

No que diz respeito à saúde mental, o Movimento Negro questiona o campo, pois pouco se produz de pesquisas com dados de raça/cor. Silva (2004) evidencia que há uma dificuldade de analisar os dados referentes à distribuição de transtornos mentais na população negra por conta do pouco preenchimento do quesito raça/cor.

Em consulta ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Bahia et al. (2017) observaram que de todas as vítimas de lesão autoprovocada atendidas em serviços de urgência e emergência em 2014, 62,4% eram negras, enquanto 34,3% brancas. Na análise por sexo, permaneceu a prevalência de pessoas pretas ou pardas, tanto para homens e mulheres.

2.6. SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS

2.6.1 Alguns aspectos das políticas de saúde

No contexto brasileiro, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde a partir das primeiras décadas do século XX, período no qual essas políticas limitavam-se apenas às demandas relativas à gravidez e ao parto. Nas décadas de 1930, 1950 e 1970 os programas materno-infantis transpareciam uma visão reducionista da mulher, baseada apenas em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica (BRASIL, 2011a).

A partir daí, o movimento de mulheres começou a reivindicar sua condição de sujeitos de direito, com demandas para além dos momentos de gestação e do parto, requerendo ações que lhes proporcionassem melhorias em suas condições de saúde, em todos os ciclos de sua de vida (BRASIL, 2011a). Segundo Facchini e Ferreira (2016), foi a partir da declaração das Nações Unidas que considerou 1975 como “o Ano Internacional da Mulher” e de jornais brasileiros, como “Brasil Mulher” e “Nós Mulheres”, que o movimento

feminista brasileiro começou a se intensificar. No que diz respeito ao debate sobre violência, existia uma discussão, voltada principalmente para a violência entre parceiros íntimos, com o *slogan* “quem ama não mata”.

Os movimentos de mulheres e suas reivindicações levaram à elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo MS, em 1984. Esse Programa incluía 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, 1984).

O período de pré-redemocratização foi importante para intensificar a luta dos coletivos de mulheres e feministas, possibilitando a criação de espaços como os Conselhos dos Direitos das Mulheres desde 1983. A Constituição da República Federativa do Brasil trouxe em seu bojo o direito à igualdade de gênero graças à mobilização dos grupos feministas, revelando as conquistas nos espaços socioestatais, principalmente a partir dos anos 1990 (FACCHINI; FERREIRA, 2016).

Ao olhar para o passado, na década de 1990, observa-se que frente aos altíssimos índices de mortalidade materna, à precariedade profunda da assistência em saúde ofertada às mulheres, ao reconhecimento de direitos e crescimento das discussões do movimento feminista, existiu uma conjuntura favorável para que o debate sobre a humanização do parto fosse incorporado às políticas de saúde (DESLANDES, 2005).

Na década de 1990 também houve forte mobilização por parte do Movimento Negro e do Movimento de mulheres negras, como já abordado em tópico anterior. Contudo, neste ponto é importante marcar que em 1991 foi criada a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar a esterilização de populações pobres, presidida pela deputada Benedita da Silva. Essa questão era discutida desde os anos 1980, a partir da denúncia de que instituições internacionais, com o apoio do governo brasileiro, empreenderam programas, com aspectos eugenistas e de controle populacional, de esterilização em massa, atingindo principalmente mulheres negras e pobres (ARAÚJO, 2001; DAMASCO, 2009).

Depois de publicado o relatório da CPMI, favoreceu-se a aprovação da Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9263/1996), cujo texto evidencia a regulação do uso da esterilização e não permite ações de controle demográfico no Brasil (MARTINS, 2017).

Nos anos 2000 foi criada a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (Ministério da Justiça), durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, e a Secretaria Especial de

Políticas para Mulheres, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (FACCHINI; FERREIRA; 2016).

Os anos 2000 apresentam um ponto de inflexão importante, não apenas pela criação de órgãos de gestão, mas pela ampliação das formas de participação, com a convocação de conferências de políticas para as mulheres, que foram base para a elaboração de planos nacionais de políticas para as mulheres. É a partir da ação transversal da SPM em relação a outros ministérios e de sua articulação com o CNDM que se articula a Lei Maria da Penha (2006) e que são implantados sistemas de notificação de violência contra a mulher. (FACCHINI; FERREIRA, 2016, p. 4).

As mudanças possibilitaram uma alteração na visibilidade dos movimentos feministas, que se organizam pautando críticas à atuação institucional e com arranjos horizontalizados. Além disso, houve impulso de política de mobilização de diferenças, dando espaço para “reivindicações de lugares políticos específicos: as negras, as camponesas, as lésbicas, as indígenas e as jovens” (FACCHINI; FERREIRA, 2016, p. 5).

Em 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), reunindo um conjunto de normas e portarias na busca de garantir e assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do cuidado (BRASIL, 2000).

A fim de atender as reivindicações de diferentes movimentos sociais e de mulheres (CASTRO, SIMONETTI e ARAÚJO, 2015), que apontavam lacunas referentes à saúde da mulher, o MS, ao constatar principalmente que as práticas de saúde se deram de forma a priorizar a saúde reprodutiva, elaborou no ano de 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2011a).

Os objetivos gerais da PNAISM são:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2011a, p. 67).

Tais objetivos devem ser alcançados através da ampliação e qualificação da atenção clínico-ginecológica e de assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes; promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada; promoção da atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS em mulheres; inserção de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero; promoção da atenção à saúde das mulheres na terceira idade, **das mulheres negras, das trabalhadoras da cidade e do campo, das mulheres indígenas e**

das mulheres em situação de prisão; além do fortalecimento da participação e do controle social na definição e efetivação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres (BRASIL, 2011a).

Nota-se que o texto da política buscou incorporar as reivindicações dos movimentos feministas brasileiros e do movimento de mulheres negras. O modelo de atenção integral idealizado pela PNAISM direciona-se para uma ampla gama de necessidades da população feminina, que vão além das questões reprodutivas, e problematiza as desigualdades sociais como determinações no processo de produção das patologias, queixas e mal-estares das mulheres. A proposta constitui uma crítica ao modelo de assistência predominante no sistema de saúde, que reproduz os mecanismos de dominação das mulheres e contribui para a sua subordinação e falta de autonomia (CASTRO, SIMONETTI e ARAÚJO, 2015).

Em 2005 foi publicado o documento “Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção à Saúde das Mulheres Negras”, que destacava a importância da existência de questões raciais em todo planejamento de saúde da mulher e orientava sobre as especificidades da evolução de doenças no ciclo gravídico de mulheres negras (BRASIL, 2005a).

Nas estratégias de gestão da PNSIPN, publicada em 2009, menciona-se a “Qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios.” (BRASIL, 2013, p. 28).

Posteriormente foi criada a Rede Cegonha em 2011, como estratégia para a garantia do acesso universal, do acolhimento humanizado, da resolutividade e para a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011b). O Caderno HumanizaSUS volume 4, sobre parto e nascimento, menciona que as mulheres negras e pobres são mais vulneráveis a violência institucional (BRASIL, 2014).

2. 6. 2 Mortalidade materna

Mesmo com essas mudanças nos textos das políticas e o fomento ao debate no interior dos movimentos, e ainda que o Brasil tenha altas taxas de cobertura de assistência pré-natal e que, em 2010, a taxa de parto hospitalar chegara a 98%, prossegue elevada a razão da mortalidade materna (LEAL et al., 2014). Esses dados permitem refletir sobre a qualidade da assistência ofertada às gestantes e à violação dos direitos reprodutivos das mulheres, tendo em vista que a literatura indica que a maioria das mortes maternas possui causas

evitáveis, através de intervenções durante o pré-natal e peripartais cabíveis e adequadas (VOLOCHKO, 2010).

É preocupante a desigualdade revelada sobre o recorte de raça/cor em relação às gestantes ou parturientes que foram a óbito.

[...] os óbitos de mulheres negras correspondiam a mais de 60% das mulheres mortas durante a gravidez e o puerpério, sendo que as mulheres negras representavam quase 52% da população feminina brasileira. Os óbitos de mulheres brancas decorrentes de causas obstétricas eram da ordem de 34%, ao passo que elas correspondiam a 47,5% da população feminina brasileira. (BRASIL, 2015a, p. 30).

Os dados de morte materna no Brasil são alarmantes considerando-se que, em países desenvolvidos, a RMM oscila de seis a 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2011b).

Ainda que as taxas de morte materna tivessem uma redução nos últimos anos, o Brasil não conseguiu cumprir a meta assumida nos Objetivos do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU). A meta consistia em reduzir as taxas em três quartos, ou seja, 35 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2015a).

Werneck, em debate sobre essa temática na Câmara dos Deputados, defendeu ser necessária maior fiscalização para garantir a redução dessas altas taxas.

O SUS admite que a mortalidade materna é uma tragédia evitável. Então por que não se evita? No Rio de Janeiro, que tem boa cobertura do sistema de saúde, a cada 2 dias morre uma mulher por causa materna, sendo que a maioria dessas mortes são evitáveis? [...] É preciso fiscalizar, com a atuação do Congresso Nacional, do Ministério Público e da sociedade. (BRASIL, 2015b).

De acordo com Trajano et al. (2015), que analisaram os dados epidemiológicos do Estado do Rio de Janeiro, a razão de mortalidade materna (RMM) em 2000 foi de 76/100.000 nascidos vivos (NV) e de 74,3/100.000 NV em 2011, sendo a síndrome hipertensiva a principal causa de morte, seguida de hemorragia, aborto e infecção. Ao desagregar os dados por raça/cor, os pesquisadores constataram que o risco de morte materna em mulheres pretas é cinco vezes maior em comparação com as mulheres brancas. No período analisado a RMM teve uma diminuição muito discreta, permanecendo um gravíssimo problema de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro, em especial para a saúde das mulheres negras (TRAJANO, et al., 2015).

A taxa de mortalidade materna (TMM) verificada no Estado do Rio de Janeiro ao longo do período apresentou redução muito discreta, é ainda muito elevada e indica o comprometimento da qualidade da assistência obstétrica e das condições de saúde da população, impondo a adoção de ações conjuntas na esfera acadêmica, pela formação e capacitação profissional, e no âmbito governamental, pelo estabelecimento de políticas e provimento dos recursos necessários para a reversão desta dramática realidade. (TRAJANO, et al., 2015, *online*).

No caso da MRJ, os dados revelaram um aumento das taxas de mortalidade materna entre 2015 e 2017, sendo a maioria dos casos com ocorrência nas regiões norte e oeste da cidade. As principais causas dessas mortes são as complicações obstétricas indiretas, infecção, hemorragia, aborto e hipertensão (VILLELA, 2017).

Recentemente a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) se posicionou a respeito do aumento da taxa de morte materna e infantil no Brasil. Em 2017, a mortalidade materna no Brasil apresentou um ligeiro aumento. A associação demonstrou preocupação com os dados tendo em vista o contexto político, os cortes de investimentos sociais e os cerceamentos de direitos sociais, além de outros indicadores em saúde que indicam um cenário grave para a população brasileira, em especial para os grupos populacionais mais vulnerabilizados. Em entrevista à ABRASCO, a pesquisadora Leal lembrou que “A MM é maior em mulheres negras, as mais vulneráveis socialmente e essa é outra coisa inadmissível, que tenhamos discriminação expressa nos nossos indicadores de saúde.” (REIS, 2018, *online*).

A pesquisadora Sandra Vergueiro, ao analisar a conjuntura e os dados de morte materna indica que

Os resultados de uma gravidez e parto estão relacionados com as condições de vida das mulheres e com a qualidade da assistência obstétrica que juntas influenciam as chances de sobrevivência. No Brasil, estimativas mais recentes mostram estabilidade da Razão de Mortalidade Materna (RMM) em torno de 62/100.000 nascidos vivos para 2015. São mortes evitáveis que têm classe, raça/cor e idade. [...]. Ou seja, a morte materna evitável atinge de forma desigual as mulheres vulneráveis, expostas ao modelo de atenção médico-centrado, permeado por racismo institucional, e que está engatinhando em assumir as evidências científicas como estratégia de acolhimento e cuidado. (REIS, 2018, *online*).

2. 6. 3 Violência obstétrica

Facchini e Ferreira (2016) ressaltam que os discursos e repertórios feministas ganham de fato visibilidade a partir da popularização do uso da *internet*, quando os coletivos feministas e de mulheres começam a produzir e veicular conteúdos referentes às suas bandeiras de luta. Os espaços virtuais se tornam *locus* de discussões e compartilhamento de vivências, possibilitando a criação de novos contatos e fortalecimento de redes de mulheres. Nesse aspecto, Sena e Tesser (2017) destacam o ciberativismo de mulheres mães, que impulsionou intensamente as discussões a respeito da violência obstétrica. As autoras analisam, por exemplo, a criação do “Teste da Violência Obstétrica”, por ativistas da humanização do parto no Brasil, que sensibilizou a opinião pública para os casos de maus tratos e negligência na assistência ao parto.

Esse cenário possibilitou a discussão sobre a noção de violência obstétrica no Brasil, que ganhou força no início dos anos 2000, inspirada nos debates que aconteciam em outros países da América Latina, como Venezuela e Argentina. Destaca-se nessa discussão a importância do ciberativismo liderado por mulheres brancas e da classe média, ao revelarem e denunciarem os atos e práticas impróprias, truculentas e desrespeitosas por parte dos profissionais no momento do parto (ASSIS, 2018).

Em documento produzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) há o reconhecimento da existência de desrespeito e abuso dirigidos às mulheres em situação de parto, configurando prejuízos aos atendimentos e perpetuando a reprodução de discriminações. Ainda que haja esse reconhecimento, não há concordância sobre formas de dimensionar os problemas relacionados a tais atos que ferem o direito das mulheres de serem bem acolhidas nos serviços de saúde (OMS, 2014).

Tais desrespeitos correspondem à noção de violência obstétrica que, apesar de ser um termo ainda em discussão, neste trabalho é empregado de acordo com a definição utilizada na Venezuela, tipificada em lei, que se refere às situações de pré-natal, parto, pós-parto e abortamento:

Se entiende por violencia obstétrica 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. (VENEZUELA, 2007, p. 8).

A partir dessa noção, Barbosa, Fabbro e Machado (2017) afirmam que a violência obstétrica pode ser atribuída à violência de gênero, já que restringe os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A legislação da Argentina também trata do assunto e reconhece que as manifestações de violência obstétrica podem conter as violências do tipo física, sexual e psicológica (ARGENTINA, 2009).

Outra forma é compreender a violência obstétrica como uma violência institucional. Dias e Deslandes (2006), ao entrevistarem gestantes em maternidades e hospitais do MRJ, identificaram nas narrativas diversos modos de violências institucionais.

[...] a demora no atendimento, o abandono no leito, a proibição de um acompanhante e em especial a violência verbal são situações vivenciadas pelas mulheres. O fato de não ter sofrido nenhuma situação de violência faz com que, por comparação, o cuidado que recebeu seja definido como um bom atendimento. Foram diversas as falas das mulheres que afirmam que foram bem atendidas porque não foram maltratadas, indicando que esta situação pode ser rotineira para as usuárias dos serviços públicos. (DIAS; DESLANDES, 2006, p. 2650).

Ainda que o debate sobre violência obstétrica tenha se popularizado nos últimos anos, os estudos indicam que muitas mulheres não reconhecem alguns atos, como a episiotomia, a manobra de *Kristeller* e toques repetitivos, como violentos ou abusivos.

A violência na assistência obstétrica se encontra tão naturalizada nos serviços de saúde do país, que muitas mulheres são levadas a presumir que o excesso de intervenções e de medicalização durante o momento do parto é considerado como um atendimento típico, normal ou mesmo como sinônimo de qualidade. Tais ações favorecem a construção da cultura do medo do parto, em especial do parto normal; nega a mulher como um sujeito de autonomia e liberdade, que é capaz de desejar e sentir, e suprime a vivência da parturição. (LIMA, 2016, p. 20-21).

A pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2010, mostrou informações graves ao indicar que uma a cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência no momento do parto. As violências mais comuns, identificadas no estudo, são gritar com as gestantes, submetê-las a procedimentos invasivos desnecessários e sem consentimento, falta de anestesia, tratamentos vexatórios e negligências no atendimento (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013).

Na perspectiva de Assis (2018), é importante que o debate sobre a violência obstétrica reflita a respeito do RI, a fim de tornar mais explícito o contexto sócio-histórico de opressões às quais as mulheres negras são submetidas, principalmente durante o período gravídico puerperal. Ademais, essa perspectiva é relevante para ampliar e complexificar o debate sobre as relações de poder na assistência à saúde (ASSIS, 2018).

O estudo de Silva (2015) trata do caso Alyne Pimentel, cujo relato e desenrolar de punição ao Estado brasileiro são mencionados como exemplo de grave violência obstétrica por um dos coletivos que fizeram parte desta pesquisa, a Criola. A jovem Alyne Pimentel, negra, moradora da Baixada Fluminense, estava gestante de seis meses e veio a óbito, em 2002, após uma série de negligências dos serviços de saúde. O caso de Alyne, após anos de inércia dos órgãos do poder judiciário brasileiro e sem reparação para sua família, foi denunciado no Comitê pela Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW), instância na qual o Estado brasileiro foi condenado (CRIOLA, [s.d.]).

A respeito da condenação do Estado brasileiro na CEDAW, Assis menciona que

A decisão do Comitê CEDAW no caso Alyne Pimentel *versus* Brasil foi a primeira em âmbito internacional a tratar do tema da mortalidade materna como violação aos direitos humanos, considerando que Alyne Pimentel além de discriminação de gênero sofreu discriminação por sua condição racial e de classe. (ASSIS, 2017, p. 7).

Silva (2015) descreve a tramitação do processo no CEDAW e ressalta que a condenação indicou que Alyne foi vítima de tratamento discriminatório baseado não apenas no gênero, mas também no fato de ser negra e ter baixo nível socioeconômico.

Outro caso de morte materna denunciado pelos movimentos e que ganhou repercussão na mídia foi o de Rafaela Cristina de Souza dos Santos, adolescente negra de 15 anos, moradora de Zona Oeste do MRJ. O Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPERJ) atuaram na investigação deste óbito que ocorrera em 2015, após complicações durante o parto, quando a adolescente teve duas paradas cardíacas. Apesar de ter realizado as consultas de pré-natal dentro do previsto e recomendado pelos programas de saúde, Rafaela apresentou problemas de pressão arterial ao longo da gestação e não foi encaminhada para o acompanhamento de alto risco. A defensora que acompanhou o caso de Rafaela, Arlanza Rabelo, relata que “o racismo institucional expõe de maneira aguda mulheres negras a mortes escandalosamente reconhecidas como evitáveis e contra as quais pouco tem sido feito.” (LIMA, 2018, *online*).

Além disso, em 2015 a taxa de mortalidade para mulheres pretas da faixa etária de Rafaela “foi de 32 mortes a cada 100 mil internações para parto, a maior da série histórica. No caso das brancas, foram 9 mortes a cada 100 mil” (FERREIRA, 2018).

Sobre a morte materna, o terceiro Plano Operativo (2017-2019) da PNSIPN, menciona dentre as suas estratégias:

II - fortalecer e articular ações de enfrentamento das altas taxas de mortalidade materna de mulheres negras, visando reduzir as disparidades nos índices da mortalidade entre mulheres brancas e negras, tendo em vista o acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e ações de enfrentamento ao racismo institucional. (BRASIL, 2017d).

D’Oliveira, Dinis e Schraiber (2002) consideram que os casos de violência obstétrica têm relação com as taxas de morte materna. A ativista Lúcia Xavier, de Criola, acrescenta o entendimento de que a sociedade não vê com humanidade a maternidade de mulheres negras e pobres. A ativista compreende que tais mortes poderiam ser evitadas durante o pré-natal, mas esse processo é atravessado por diversos problemas, como negligências e falta de informação. Analisando a situação ao considerar o racismo e sexismo, Xavier menciona que

[...] sendo essa mulher negra alguém que tem uma representação negativa na sociedade, as pessoas vão tratá-las como tal. Então, não vão ouvir suas queixas, não vão dar resolubilidade em relação ao problema que ela apresenta. Em alguns casos vão castigá-las, deixando esperar, humilhando, ofendendo e negligenciando no atendimento. (XAVIER apud MARTINS, 2017, *online*).

Uma forma de desrespeito às gestantes se dá por meio do descumprimento da Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, que garantiu legalmente à gestante o direito de poder indicar um acompanhante para o período de antes, durante e depois do parto (BRASIL, 2005b). A lei não determina sanções para o seu descumprimento, o que pode levar a uma

justificativa do desrespeito desse direito baseada na “autonomia médica” ou na falta de privacidade das enfermarias. Dessa forma, o contexto da assistência ao parto brasileiro contribui para as baixas taxas de implementação da lei do acompanhante (DINIZ et al., 2014).

D’Orsi et al. (2014), ao analisarem os dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, indicam que a presença do acompanhante inibiu consideravelmente a ocorrência de violência física, verbal ou psicológica em mulheres que realizaram o trabalho de parto. Na referida pesquisa, foram associados às gestantes negras os menores níveis de respeito e privacidade, além da maior quantidade de relatos de violência no parto.

Com relação ao menor uso de anestesia local em mulheres negras, dado encontrado no estudo já comentado de Leal et al. (2005), em novo estudo, a partir do levantamento “Nascer no Brasil”, Leal et al. (2017) verificaram que tal grupo racial recebeu menos anestesia local quando a episiotomia foi realizada.

Leal et al. (2017) comentam o estudo de Hoffman et al. (2016), realizado nos EUA, a respeito do fato de os negros americanos terem sintomas de dores negligenciados nos tratamentos de saúde. Nessa investigação, verificou-se que médicos e estudantes de medicina acreditavam em diferenças entre negros e brancos, o que fazia com que os primeiros fossem tidos como mais resistentes à dor, uma crença que remonta ao período escravista, o que influencia as disparidades raciais com relação à avaliação e ao tratamento da dor (HOFFMAN, et al., 2016).

Sobre a atenção em saúde ofertada às gestantes e outros fatores relacionados ao pré-natal, comparando negras e brancas por meio de dados da “Pesquisa da Ouvidoria Ativa Rede Cegonha” em 2012, Theophilo, Rattner e Pereira (2018) observaram que as mulheres negras apresentaram menores condições socioeconômicas, maior presença entre as mães adolescentes, maior proporção de gravidez não planejada, maior frequência de uso da rede pública, além de corresponderem à menor proporção no número de consultas dentro do preconizado pela Rede Cegonha, e à proporção menor que recebeu informações sobre parto normal e local do parto.

Com relação à assistência ao parto, esses autores identificaram que as mulheres negras são as que mais tiveram parto normal, que enfrentaram mais entraves ao buscarem atendimento no primeiro serviço de saúde, que tiveram maior tempo de espera para receberem atendimento e que não dispuseram de acompanhante no momento do parto (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

Em estudo nas maternidades do Distrito Federal, ao investigar sobre racismo e sexismo, Ferreira (2015) verificou que as mulheres negras encontraram nos serviços de saúde obstáculos ao acesso de direitos e tratamentos discriminatórios que estão imbricados com a discriminação racial, a reprodução de desigualdades de gênero e com outros marcadores sociais. Por meio dos achados dessa pesquisa foi possível ainda discutir sobre as representações sociais inferiorizantes hegemônicas voltadas para os corpos e papéis das mulheres negras, como quando uma das entrevistadas relatou diálogos com profissionais:

Eu lembro dos comentários como “ah, você tem um quadril grande, vai parir fácil”. Isso é um pouco opressor, porque você fica pensando “putz, e se eu não parir fácil?”. “Ah, o bico do peito da mulher negra já é preparado pra amamentar”, “mas e se eu não conseguir amamentar?” (FERREIRA, 2015, p. 70).

No estudo sobre raça e violência obstétrica, Lima (2016) analisou dados da pesquisa Rede Cegonha do MS de mulheres atendidas no ano de 2013, sendo possível perceber que as mulheres negras e indígenas apresentaram piores dados socioeconômicos em relação às mulheres brancas, bem como foram a maioria que referiu violência no parto, como o toque vaginal repetitivo. Na leitura de Lima (2016) a violência obstétrica é uma intersecção entre a violência institucional e a violência de gênero.

[...] na medida em que é praticada nos e pelos serviços de saúde, por ação e omissão, e dirigida à mulher, afetando sua integridade física e emocional, acentuando a naturalização da sua subordinação na sociedade. Assim, compreende-se que a violência obstétrica não é consequência de um modelo biomédico, mecanicista e hegemônico, mas constitutivo dele. (LIMA, 2016, p. 19).

No ano de 2017, na cidade do Rio de Janeiro, 87,1% das mulheres brancas tiveram sete ou mais consultas de pré-natal, ao passo que esse mesmo dado corresponde a 76,8% entre negras. Com relação à totalidade de partos prematuros (menos de 37 semanas de gestação), 29,5% eram de mães brancas e 67,4% de mães negras (COSTA; MIRANDA, 2018).

Borges (2018), ao coletar relatos de mulheres negras sobre violência obstétrica, tratou da temática chamando-lhe de “racismo obstétrico”. Dentre as entrevistadas, um discurso exemplifica a forma pela qual os corpos de mulheres negras são estereotipados: “Quando eu disse que não iria aguentar de dor pois estava muito forte, tive que ouvir que por ser gorda e negra eu deveria aguentar qualquer coisa. A gente é alvo dessa ideia de que somos infalíveis e fortes.” (BORGES, 2018, *online*).

Na pesquisa de Oliveira (2018), foram entrevistadas mulheres negras no ciclo gravídico-puerperal atendidas em um hospital público de Feira de Santana na Bahia, sendo possível indicar que, ainda que elas percebessem e reclamassem de aspectos do atendimento em saúde, como o tratamento desrespeitoso, tiveram dificuldade de identificar o viés

implícito do racismo: “elas não percebem, em sua maioria, a questão racial como marcador de violências institucionais, por não entenderem a sua condição de mulher negra no ciclo.” (OLIVEIRA, 2018, p. 102). Como já discutido, o racismo no Brasil muitas vezes se apresenta de forma velada, corroborando para a dificuldade em identificá-lo ou notar conteúdos discriminatórios e/ou preconceituosos.

A violência obstétrica contra mulheres negras foi investigada na pesquisa de Lima (2018), sendo coletados relatos de nove mulheres de Recife (Pernambuco) que reivindicavam uma identidade negra positiva. Foi possível perceber discursos que indicam atos de violência obstétrica e de discriminação racial, além de comentários sobre a assistência médica tradicional e outras formas de cuidados, como os prestados em terreiros de religiões de matriz africana. Destaca-se o seguinte relato:

Ela disse: “a senhora vai ter que tirar seu cabelo! ” Perguntei por que eu tenho que tirar meu cabelo e ela disse que é porque “isso” faz mal pra criança. Mas como eu ia tirar meu cabelo?[...]. Ela insistiu: “não porque, veja só, as mães que tão internadas a maioria não tem um cabelo assim, e outra, faz mal para as crianças e as mães.” (LIMA, 2018, p. 79).

A partir do exposto até aqui, é possível refletir sobre as facetas do racismo pelas quais a população negra brasileira é vitimada atualmente, para além dos dados alarmantes do genocídio da juventude negra. Negros e negras convivem cotidianamente, em um processo construído historicamente, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (IBGE, 2016), são os preteridos nos transplante de órgãos (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011), têm condições de vida precárias, acessam menos o ensino, ocupam trabalhos de menor prestígio social (CAMPOS; FRANÇA; FERES JÚNIOR, 2018), são a maioria dentro a população carcerária (BORGES, 2018), convivem com a objetificação e inferiorização de seus corpos, dentre outros exemplos que revelam como são sistematicamente relegados à zona de não-ser (FANON, 2008). O genocídio negro opera de diversas maneiras, como destaca Almeida (2018) a partir da reflexão de Ana Luiza Flauzina (2008):

[...] os mecanismos de destruição das vidas negras se aperfeiçoam no contexto neoliberal, conferindo ao extermínio formas mais sofisticadas do que o encarceramento puro e simples. Para ela, “as imagens e os números que cercam as condições de vida da população negra estampam essa dinâmica.” (FLAUZINA, 2008, p. 115). A expulsão escolar, a pobreza endêmica, a **negligência com saúde da mulher negra** e a interdição da identidade negra seriam, juntamente com o sistema prisional, partes de uma engrenagem social de dor e morte. (FLAUZINA, 2008 apud ALMEIDA, 2018, p. 95).

Nesse sentido, ao considerarmos a categoria do extermínio importante no debate sobre a população negra no Brasil (SANTOS, 2018), refletimos sobre como a questão da

morte se faz presente nas dinâmicas instauradas pelo racismo estrutural e atravessadas pelas diversas facetas do genocídio do negro (ALMEIDA, 2018).

Levando em consideração a compreensão de Foucault (2005) sobre o racismo, na perspectiva da biopolítica, de que o Estado legitima os discursos de hierarquização das raças e opera o poder de *viver e em deixar morrer*, Mbembe (2018) conceitua a necropolítica, a fim de dar conta dos contextos de desumanização fundados pelo colonialismo. Para esse autor a necropolítica marca a permanente sobrevivência com a morte e convivência com o medo, dando conta de explicar experiências em que as práticas de extermínio e de terror vão se complexificando e se fazendo presentes cotidianamente. A necropolítica age controlando as vidas, sujeitando-as ao poder da morte e localizando-as no estado de exceção. Nessa situação, o poder opera efetivamente o *fazer morrer* (MBEMBE, 2018; ALMEIDA, 2018).

Ao fazer a leitura da necropolítica e do necropoder para o contexto brasileiro, Almeida (2018) afirma que

A descrição de pessoas que vivem “normalmente” sob a mira de um fuzil, que têm a casa invadida durante a noite, que têm que pular corpos para se locomoverem, que convivem com o desaparecimento inexplicável de amigos e/ou parentes é compatível com diversos lugares do mundo e atestam a universalização da necropolítica e do racismo de Estado, inclusive no Brasil. (ALMEIDA, p. 96).

Assim, nesta dissertação propõe-se usar este olhar para pensar o processo de determinação de saúde-doença das mulheres negras, especificamente no campo da obstetrícia. Portanto, refletindo sobre como as manifestações de violência obstétrica, das mais diversas, quer seja no pré-natal, parto, pós-parto e aborto, explícitas e implícitas, e considerando suas repercussões, as marcas de dor e sofrimento que produzem, constrói-se o questionamento sobre a utilidade da chave analítica de necropoder para o estudo da violência obstétrica contra mulheres negras.

3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1. TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada foi do tipo qualitativa, ancorada sob as lentes da interseccionalidade. Foram feitas entrevistas individuais, a partir do método da Entrevista Narrativa (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002), com mulheres negras ativistas de movimentos sociais que pautam a causa da violência obstétrica contra mulheres negras.

A pesquisa qualitativa é empregada aos estudos “da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.” (MINAYO, 2014, p. 57).

Fundamentada em tratamento compreensivo, a pesquisa qualitativa tem como núcleo as práticas e os saberes, observando-se a complexidade vivencial, que não são suscetíveis de serem quantificados. Nesse tipo de pesquisa, é necessário considerar afinidade e sintonia entre a pesquisadora e os sujeitos de pesquisa, bem como o contexto social das interações. Ainda que as conclusões possam não ser generalizáveis, são relevantes para que uma diversidade de outras formas de experiências de vidas sejam estudadas e percebidas (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1994, p. 21 e 21).

Nesse sentido, como a pesquisa trouxe as experiências de mulheres que empreendem uma agenda política por meio do ativismo que pauta a violência obstétrica com recorte racial, a abordagem qualitativa se revelou como pertinente aos objetivos e objeto delimitados.

Com relação ao desenvolvimento da pesquisa, é importante situar a perspectiva envolvida, no caso de uma produção acadêmica preocupada com a luta antirracista, tendo em vista que a pesquisadora enquanto atriz social revela-se como “fenômeno político, que, na pesquisa, o traduz sobretudo pelos interesses que mobilizam os confrontos e pelos interesses aos quais serve (...) pesquisa é sempre fenômeno político” (DEMO, 1992, p. 14). Assim, concorda-se que

Não existe nenhuma janela transparente de acesso à vida íntima de uma individualidade. Qualquer olhar sempre será filtrado pelas lentes da linguagem, do gênero, da classe social, da raça e da etnicidade. Não existem observações objetivas, apenas observações que se situam socialmente nos mundos do observador e do observado – e entre esses mundos. (DENZIN & LINCOLN, 2006, p.33).

Em concordância com Haraway (1995), entende-se que é necessário vincular os objetivos teóricos e políticos, bem como localizar de onde são produzidos os discursos. Além disso, a aproximação aos sujeitos de pesquisa não desconsiderou a noção de saberes localizados e esteve implicada na compreensão de diferentes conhecimentos, que, por sua vez, são atravessados por uma diversidade de relações de poder.

Saberes localizados requerem que o objeto do conhecimento seja visto como um ator e agente, não como uma tela, ou um terreno, ou um recurso, e, finalmente, nunca como um escravo que encerra a dialética apenas na sua agência e em sua autoridade de conhecimento 'objetivo'. (HARAWAY, 1995, p. 36)

A utilização das ferramentas metodológicas não objetivou somente perguntar e observar, mas traduzir os diferentes saberes existentes no cenário (MENDES, 2003). Os pesquisadores também ocupam um lugar de fala (RIBEIRO, 2017) e um ponto de vista situado, de modo que a interpretação e a tradução dos conhecimentos será sempre parcial (HARAWAY, 1995).

3.2. PERCURSO METODOLÓGICO

3.2.1 Cenário e Participantes da Pesquisa

Para a construção deste estudo foi realizada, em um primeiro momento, uma fase de pré-campo, em que se construiu o mapeamento e a caracterização de ativistas que pautam a violência contra mulheres negras no Estado do Rio de Janeiro.

O perfil das pessoas entrevistadas/interlocutoras foi de mulheres que têm uma militância negra (GOMES, 2017) e pautam na sua atuação a questão da VO. Os critérios de inclusão foram: mulheres desempenhavam um ativismo que incluía o recorte racial, isto é, que discutia a violência obstétrica contra mulheres negras, em qualquer município do Estado Rio de Janeiro. Assim, caso fossem identificadas mulheres que denunciasses a pauta da violência obstétrica sem incluir no debate as diferenças do atendimento ofertado às mulheres negras e brancas, elas não seriam entrevistadas durante a pesquisa.

Durante o pré-campo, frequentou-se eventos, palestras e debates que tivessem relação com a discussão sobre saúde das mulheres negras, espaços estes já acompanhados anteriormente, a fim de identificar possíveis interlocutoras. Como no MRJ atuam diversos coletivos negros e/ou que pautam a discussão racial, no período de março a outubro/2018 houve diversos os eventos em que a saúde das mulheres negras foi tema ou ponto de pauta de debates. Dentre estes, em muitos a temática da violência obstétrica foi abordada, seja de forma central ou apenas brevemente discutida.

A maioria dos eventos era gratuita e acontecia em espaços de acesso público, como universidades. Alguns deles estavam atrelados a campanhas de mobilizações amplas, como a campanha “21 dias de ativismo contra o racismo”, que acontece no MRJ há dois anos, ou o dia Nacional de Mobilização de Redução da Mortalidade Materna. Com relação a este último, foi realizada uma mesa redonda, em uma instituição de ensino, a respeito da mortalidade materna em mulheres negras, ocasião em que se pode identificar a primeira ativista.

Além disso, noutra etapa do pré-campo foi feita a busca em páginas de coletivos na internet, sendo possível encontrar alguns, mas que já haviam sido identificados por meio dos eventos ou pela indicação de informantes que também foram consultados. Dessa maneira, a busca na internet foi importante para ratificar a atuação das ativistas dentro da pauta a ser investigada em nossa pesquisa.

Em agosto de 2018 uma especialista e militante no assunto de humanização do parto e VO, com atuação nacional, foi consultada durante o pré-campo, contudo, não soube indicar ativistas com o recorte adotado neste projeto de pesquisa.

Ademais, ressalta-se que o *Facebook* foi uma ferramenta importante para o acesso à divulgação dos eventos sobre saúde das mulheres negras, além de emails, o que indicou que as redes sociais são utilizadas pelas ativistas como meio de difusão de conteúdo relacionados à militância.

Após a aprovação da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, iniciei os contatos com as ativistas para convidá-las a participar da pesquisa. Esse passo da pesquisa se deu sem me ausentar da participação em atividades das agendas dos movimentos, isto é, ao mesmo tempo em que eu conseguia agendar e realizar as entrevistas, continuei a acompanhar atividades que tocavam na questão da violência obstétrica contra mulheres negras. Assim, na condição de pesquisadora frequentei diferentes espaços no MRJ: rodas de gestantes, reuniões, palestras, audiências públicas, congressos etc.

A cada interlocutora, ao ser convidada, todas por contato telefônico, era explicado o motivo pelo qual o seu nome fora selecionado para participar da pesquisa. No percurso da realização das entrevistas, para além dos nomes já selecionados no pré-campo, surgiram indicações de novas ativistas para serem entrevistadas. Contudo, devido à restrição de tempo para a realização do trabalho de campo, não foi possível inserir novas entrevistadas. Houve uma ativista selecionada no pré-campo que não foi possível entrevistar por conta da incompatibilidade de horários no tempo previsto de realização do campo.

Entre abril e junho de 2019 realizei sete entrevistas narrativas individuais. Todas as entrevistas foram realizadas no MRJ, em locais variados, de acordo com a agenda de cada

interlocutora. Na negociação de horários, datas e locais, busquei estar bastante disponível, inclusive para remarcações, tendo em vista a longa agenda de trabalho desenvolvida pelas interlocutoras. Muitas delas trabalham em mais de um local e estão envolvidas em diversos projetos de forma simultânea.

3. 2. 2 Procedimentos

Para a construção do projeto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica a respeito das teorias dos movimentos sociais, do Movimento de Mulheres Negras e de saúde das mulheres negras. A revisão foi importante no sentido de possibilitar a compreensão sobre como as temáticas relacionadas ao estudo são tratadas.

Para proceder à coleta de dados, as ativistas identificadas por meio de eventos e palestras, bem como aquelas indicadas pelos informantes-chaves foram convidadas a participar da pesquisa por e-mail ou telefone, em contato direto e individual. O local de realização da apresentação da pesquisa foi combinado com cada convidada, conforme a disponibilidade e preferência de cada ativista, de forma que fossem respeitados e garantidos a privacidade e o sigilo, evitando quaisquer constrangimentos.

Foi solicitada a autorização de cada participante para que as entrevistas fossem gravadas com o auxílio de aparelho digital de gravação.

As entrevistas foram individuais, em profundidade e seguiram o método da Entrevista Narrativa (JOVCHELOVITCH; BAUER; 2002).

Segundo Wittizorecki (2006), a narrativa está envolvida na enunciação de fato, feitos, acontecimentos, fenômenos, experiências, sentimentos.

Vale dizer que os textos científicos também se constituem, de forma elaborada, coesa e parametrizada, em narrativas: narram descobertas, compreensões, interpretações, recomendações. Portanto, narrar é dimensão fundamental de comunicação humana e de atribuição de significado ao mundo. (WITTIZORECKI, et al., 2006, p. 10).

Ao ouvir os relatos, as implicações pessoais, familiares, relacionais, comunitárias e sociais envolvidas no conteúdo relatado foram observadas (MENDES, 2003), considerando a possibilidade de que as enunciações podem corresponder a maneiras de resistência às concepções e valores dominantes (JEAN TALBOT et al., apud MENDES, 2003), sendo esse aspecto importante pelo fato de que ativistas foram entrevistadas.

A entrevista do tipo narrativa é utilizada como método pesquisa qualitativa, já que os dados coletados não são numéricos, mas sim subjetividades que são transformadas em narrativas. Para Jovchelovitch e Bauer (2002) o modo de entrevista pergunta-resposta é

limitador como método de pesquisa, pelo fato de conduzir a conversa, ao contrário da proposta da entrevista narrativa na qual o interlocutor tem liberdade para se expressar e verbalizar os fatos e experiências da maneira que desejar.

As fases elencadas por Jovchelovitch e Bauer (2002) fornecem orientações sobre como o pesquisador pode proceder e se portar durante o processo da entrevista. Os autores indicam, de forma resumida, seis passos: Preparação, início, narração central, fase de questionamento, fase conclusiva e protocolo de memórias (JOVCHELOVITCH; BAUER; 2002).

Anteriormente à entrevista em si, o pesquisador deve se preparar, ao explorar o campo, para criar proximidade e vinculação, e formular as questões. Durante a entrevista em si, as questões imanentes devem ser o foco da nossa atenção, observando as formas de linguagem usadas pelo entrevistado e as perguntas a serem realizadas, no tempo pertinente (JOVCHELOVITCH; BAUER; 2002).

O início da entrevista deve partir das questões envolvidas nos objetivos da pesquisa, sendo explicado brevemente ao interlocutor que ele poderá verbalizar sem interrupções, sendo as perguntas realizadas somente posteriormente. As propostas de temas indutores das entrevistas desta pesquisa foram, conforme o roteiro semi-estruturado elaborado: Como teve início a sua trajetória enquanto ativista? O que você entende por violência obstétrica? Quando o seu ativismo começou a incluir a pauta com relação à violência obstétrica contra mulheres negras?

Na fase da narração central, o pesquisador mantém uma escuta ativa e está atento à indicação de finalização da narrativa, momento em que deve questionar ao interlocutor se há mais algo que ele gostaria de acrescentar ou contar (JOVCHELOVITCH; BAUER; 2002).

Concluída a fase da narração central, inicia-se a fase do questionamento, a fim de completar lacunas da história contada, referindo-se a conteúdos e fatos já mencionados, e utilizar a linguagem do entrevistado. Nesse momento deve-se evitar dar opiniões e discutir contradições, com intuito de evitar um ambiente de investigação (JOVCHELOVITCH; BAUER; 2002).

Jovchelovitch e Bauer (2002) explicam que a fase conclusiva se refere ao momento final da entrevista, quando o gravador já está desligado:

[...] muitas vezes acontecem discussões interessantes na forma de comentários informais. Falar em uma situação descontraída, depois do “show”, muitas vezes traz muita luz sobre informações mais formais dadas durante a narração. Esta informação contextual se mostra, em muitos casos, muito importante para a inter-

pretação dos dados, e pode ser crucial para interpretação contextual das narrativas do informante. (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002, p. 100).

Assim, aconselha-se realizar anotações logo após a finalização da entrevista, com o objetivo de registrar as falas, impressões e observações da fase conclusiva (JOVCHELOVITCH; BAUER; 2002). Portanto, o diário de campo foi utilizado como ferramenta de registro do andamento da pesquisa, das observações e impressões, desde o contato prévio com as participantes, até as anotações de eventos que porventura eu participasse etc.

O diário de campo, é compreendido como parte operante na realização de uma pesquisa, dado que “com ele e nele a pesquisa começa a ter certa fluidez, à medida que o pesquisador dialoga com esse diário, construindo relatos, dúvidas, impressões que produzem o que nominamos de pesquisa. Esse companheirismo rompe com o binarismo sujeito-objeto.” (Medrado, Spink e Mélllo, 2014: p. 278). Nesse sentido, o diário de campo se revelou um instrumento potencializador deste estudo.

3. 2. 3 Caminhos da Pesquisa

Como já mencionado, no curso desta pesquisa foi possível acompanhar um leque de atividades, eventos, reuniões, audiências, ou seja, uma extensa gama de ações que circundavam o universo da militância relacionada à saúde das mulheres negras no Estado do Rio de Janeiro. O trabalho de campo, assim, envolveu a minha participação em espaços principalmente organizados por sujeitos do Movimento de Mulheres Negras.

Além dos espaços já mencionados, entendo que a construção dessa pesquisa também foi atravessada pelos saberes compartilhados em disciplinas acompanhadas em programas de pós-graduação da cidade do Rio de Janeiro, como algumas ofertadas pelo Programa de Pós-graduação de Relações Étnico-Raciais do Cefet/RJ e o Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Museu Nacional. Ainda que em tais espaços a temática sobre violência obstétrica em mulheres não fosse diretamente abordada, os conhecimentos construídos neles foram de suma importância para o estudo do racismo no percurso dessa pesquisa.

Além desses espaços formais de ensino, as reflexões que subsidiaram a elaboração dessa pesquisa também trazem as vivências experimentadas junto ao grupo que faço parte, o Grupo de Psicologia Imárable, formado por psicólogos negros.

A priori, buscou-se investigar a construção da agenda política relacionada à violência obstétrica em mulheres negras no Estado do Rio de Janeiro como um todo, mas, por

algumas limitações, talvez até mesmo pela minha vivência estar mais restrita à capital do Estado, não foi possível frequentar e entrevistar ativistas para além da cidade do Rio de Janeiro.

Durante o mês de março de 2019 foi iniciado o contato com as ativistas, a fim de agendar uma data para a realização das entrevistas. Em alguns momentos, frente à intensa agenda de atividades delas, foi necessário realizar vários reagendamentos para conseguir um horário. Essa característica foi quase que generalizada, o que indica a extensa e diversidade de compromissos assumidos por elas, em cursos, congressos, palestras, viagens, reuniões etc.

Ainda que com objetivos definidos, já estabelecido um número “x” de entrevistas a realizar, a minha entrada no campo não se deu de modo previamente delimitado, formatado e intensamente controlado, mas sim e forma que eu pudesse elaborar “um espaço no qual encontros, conversas e ideias inesperados e fortuitos podem emergir.” (BÄHRE, 2018, p. 103). Nesse processo, a minha participação nos espaços foi se tornando mais sólida, como nas reuniões do Comitê de Saúde da População Negra da Secretária de Saúde do Rio de Janeiro, possibilitando, inclusive, a oportunidade de acompanhar uma reunião do comitê junto a altos cargos da gestão em saúde do município e presenciar a dificuldade de compreensão, por parte dos gestores, em perceber as singularidades do campo da saúde da população negra.

O pré-campo, o campo e as entrevistas narrativas me possibilitaram, a partir das trajetórias de sete ativistas, inseridas em diferentes searas de militância, que por vezes se encontram e se inter cruzam na pluralidade de ações construídas, analisar os elementos discursivos em torno da questão da violência obstétrica contra mulheres negras e compreender como, a partir da diversidade de noções, o movimento de mulheres negras na cidade do Rio de Janeiro debate essa categoria. Foi possível, assim, me utilizar dos elementos metodológicos para compreender a complexa e ampla agenda política relacionada à questão da violência obstétrica a partir das ações desenvolvidas por ativistas negras no MRJ.

Em determinados espaços, eu já possuía um maior trânsito e, conseqüentemente, meu contato com as entrevistadas foi mais tranquilo. A maioria das interlocutoras não colocou empecilho para estabelecer diálogo comigo, com exceção de uma ativista que, diante do contato inicial por telefone, chegou a questionar se a entrevista com ela seria interessante para minha pesquisa, tendo em vista que ela fazia várias críticas aos usos da categoria “violência obstétrica”, já indicando um dos resultados que encontraria nas entrevistas, qual seja; a problematização em torno do uso dessa categoria..

Com as ativistas com as quais eu já tinha maior convivência, notei que as entrevistas puderam ser mais profundas e que nelas surgiram conteúdos extremamente ricos e potentes sobre as suas trajetórias pessoais, trazendo à tona conteúdos que para mim não eram esperados, como a relação com vivências espirituais e como isso se relaciona à sua trajetória de militância.

No que diz respeito às ativistas com as quais eu não tinha maior proximidade, a realização da entrevista possibilitou a abertura de outros diálogos e convites para atividades organizadas por elas, o que foi extremamente rico para o campo. Notei que as ativistas enxergaram com bons olhos e foram bastante colaborativas logo após me ouvirem e entenderem os objetivos dessa pesquisa, de forma a demonstrarem incentivo para que outros pesquisadores possam estar no ambiente acadêmico discutindo sobre a saúde de mulheres negras.

3.3. TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os áudios das entrevistas foram transcritos, de forma a não alterar o conteúdo expresso, respeitando as pausas das interlocutoras. Os dados coletados, sejam oriundos das narrativas das entrevistas ou do diário de campo, foram analisados por meio da técnica da Análise de Conteúdo, de Bardin (2011), que se refere a um grupo de técnicas de investigação de comunicações, por meio do qual se pretende detalhar o conteúdo das enunciações (BARDIN, 2011).

Bardin (2011) descreve a Análise de Conteúdo em diálogo com diversos campos do saber, como a Comunicação, Linguística, Semiótica, Antropologia etc. Trata-se de um método bastante utilizado, pelo fato de ser útil para diversos tipos de comunicações e discursos. A autora propõe a subdivisão em três fases, particulares e interdependentes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Esse tipo de análise não se propõe a ser rígida, limitada e exata, mas a possibilitar nuances entre o pólo da cientificidade e da riqueza da subjetividade. Após a pré-análise, que consiste em uma leitura flutuante, procedeu-se a constituição do *corpus* do material, momento em que explorei o conteúdo. Em seguida realizei o tratamento, observando as unidades de registro e de contexto. Nesta fase, busquei interpretar os conteúdos por temas, o que “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido.” (BARDIN, 2011. p. 135).

Como discute Mendes (2003), a análise de dados qualitativos deve ser realizada com atenção para não desperdiçar opções interpretativas frente a uma possível rigidez dos métodos analíticos. Trata-se de um processo lento e coordenado, que leva em conta que a observação da diversidade e da pluralidade dos dados não deve desviar

[...] à sua reconstrução, na verdade, à sua tradução, numa linguagem teórica que lhes dê coerência e um contexto interpretativo. Parece claro que não se pode deixar de atribuir competências específicas aos actores (SIC) retratados e que não se pode ignorar a pragmática das suas opções e atitudes. Mas, o tecer e o alinhar das diferentes perspectivas, dos diferentes discursos, cabe ao analista, que deve atender ao que faz quando interpreta, de forma a potenciar espaços de liberdade e não a construir cangas analíticas redutoras de uma realidade que é sempre complexa, transbordante e propiciadora de outras versões. (MENDES, 2003, p. 20).

Nessa perspectiva, após sucessivas leituras do material transcrito, estando atenta aos objetivos e às principais temáticas que foram evocadas nas entrevistas, criei nove categorias, descritas na seção “Resultados” desta dissertação: “Trajetória”, “Conceito de Violência Obstétrica”, “Violência Obstétrica em Mulheres Negras”, “Estratégias”, “Enfrentamentos”, “Relação com outros movimentos”, “Relato de Violência Obstétrica”, “Morte Materna” e “Saúde da População Negra”. Nesse processo, foram destacados os trechos indicando as categorias que eram identificadas.

De posse desse material, orientada no contexto trazido pelos objetivos do trabalho e no referencial teórico da pesquisa, foi possível chegar a núcleos de sentido do material coletado, que serão apresentados em profundidade na construção dos capítulos da discussão dos resultados: Trajetórias e Estratégias de Militância – práticas situadas; Sentidos da Violência Obstétrica; Enfrentamentos – da afetação às ações no cotidiano; Silenciamento e morte como elementos disruptivos.

As sete entrevistas transcritas foram reunidas em um único documento, como forma de facilitar a análise e reflexão sobre o conteúdo do material. Por se tratar de um único documento, após a compilação, ele foi intitulado de “Transcrição”. Por esta razão, no decorrer deste trabalho os trechos de citações diretas das entrevistas são feitos na forma de “Transcrição”, seguidos pelo número da entrevista, além da página da qual eles foram retirados.

3.4. QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP/Fiocruz), de acordo com o preconizado na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos. Foi aprovado com o número de parecer: 3.209.643.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, as participantes foram convidadas de forma individual e de maneira voluntária, sendo esclarecidas sobre os objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa. As identidades das participantes foram preservadas, respeitando o anonimato, para tanto os seus nomes foram ocultados e, em seus lugares, utilizados nomes de grandes militantes do Movimento Negro no Brasil: Lélia⁶ (Entrevistada 1), Neusa⁷ (Entrevistada 2), Fátima⁸ (Entrevistada 3), Teresa⁹ (Entrevistada 4), Beatriz¹⁰ (Entrevistada 5), Ruth¹¹ (Entrevistada 6) e Dandara¹² (Entrevistada 7).

O local de realização das entrevistas preservou o sigilo e a privacidade. A escrita da pesquisa esteve atenta a não revelar detalhes que facilitem a identificação das interlocutoras, a fim de preservar o sigilo. As entrevistas somente foram realizadas após a coleta de autorização formalizada por meio da assinatura do TCLE.

⁶ Lélia em homenagem a ativista do Movimento Negro brasileiro Lélia Gonzalez.

⁷ Em homenagem à psicanalista Neusa Santos Souza;

⁸ Em homenagem à médica Fátima Oliveira.

⁹ Em homenagem à rainha e liderança quilombola Teresa de Benguela.

¹⁰ Em homenagem à historiadora Beatriz Nascimento.

¹¹ Em homenagem à atriz Ruth de Souza.

¹² Em homenagem à liderança quilombola Dandara de Palmares.

4. RESULTADOS

Tendo como eixo norteador os objetivos desta pesquisa, após o tratamento e análise de dados, foram eleitas nove categorias: “Trajetórias pessoais e profissionais”, “Conceito de Violência Obstétrica”, “Violência Obstétrica em Mulheres Negras”, “Estratégias”, “Enfrentamentos”, “Relação com outros movimentos”, “Relato de Violência Obstétrica”, “Morte Materna” e “Saúde da População Negra”.

Abaixo apresento o que constitui cada categoria. Como o material da transcrição das sete entrevistas ficou bastante extenso, optei por apresentar apenas alguns exemplos de fragmento de cada categoria.

1. *Trajetórias pessoais e profissionais* – As entrevistadas revelaram diferentes percursos traçados sobre suas trajetórias de ativismo dos movimentos nos quais militam. De uma forma geral, observou-se que as trajetórias perpassam por reflexões de acontecimentos da vida pessoal, além de vários terem repercussão no fazer profissional. Algumas das ativistas trouxeram memórias desde a infância, quando já localizavam experiências racializadas, facilitando com que identificassem reflexos das hierarquias raciais na sociedade. As ativistas com percurso profissional no campo da saúde destacaram como seus olhares situados enquanto mulheres negras auxiliaram para que enxergassem o RI no cotidiano dos serviços de saúde. As diversas experiências, principalmente em locais que atendem gestantes, as fizeram refletir sobre o cuidado obstétrico ofertado às mulheres negras e as diferenças de tratamento e violências que atingem esse grupo populacional. Essa categoria permitiu localizar como a militância acaba por transversalizar as diversas searas nas vivências das mulheres entrevistadas, além de revelar como as diferentes entradas na militância possibilitaram ressignificar experiências nas quais o racismo apareceu como marca principal;

“Eu acho que a gente, mulher negra, entender o que é ser negra, descobriu, criou uma consciência, você já começa a tentar brigar por espaços, né, então dentro do serviço de obstetrícia, eu já atuo pelo menos há sete anos em hospitais. Então, assim, dentro dos hospitais, o tempo inteiro eu tava tentando pautar, de alguma forma, a questão da mulher negra, assim, de reconhecer o racismo estrutural, de olhar as diferenças de tratamento, perceber que de alguma forma eu tinha que entrar ali, ou para defender a mulher, ou mesmo para me defender, sem entender que estava passando por uma situação de racismo. Então, a militância, na verdade, ela já existia, mas eu acho que ganha uma visibilidade maior depois do coletivo.” (Beatriz).

2. *Conceito de Violência Obstétrica* – Instigadas a falarem a respeito de suas concepções sobre “violência obstétrica”, as formas como compreendem esse conceito, as entrevistadas narraram experiências de mulheres negras, considerando as particularidades desse grupo populacional. Assim, essa categoria reúne as narrativas que desvelam os sentidos que as ativistas possuem em relação a ela. Ainda que as mulheres entrevistadas sejam todas militantes com atuação que perpassa o Movimento de Mulheres Negras e o Movimento Negro, não houve um discurso único sobre essa temática, o que indica a pluralidade de pensamentos e estratégias dessas ativistas. Durante as entrevistas percebeu-se que são vários os sentidos dados à categoria “violência obstétrica” pelas interlocutoras, de modo que os discursos variaram na forma que enxergam como o sexismo e o racismo impactam na produção desta violência na experiência de parto e pré-natal das mulheres negras. Há ativistas que são taxativas ao afirmarem que as mulheres negras correspondem ao grupo que mais sofre de violência obstétrica. Outras vêem que as mulheres negras estão em condição de maior vulnerabilidade para serem vítimas de violência obstétrica. Enquanto há as que constroem a narrativa de que as mulheres negras sofrem de racismo e de violência obstétrica, como forma de dar ênfase para o impacto do racismo nesse processo, algo que, segundo relatam, é invisibilizado e negligenciado pelo movimento hegemônico que cunhou a pauta da violência obstétrica;

“Há uma relação intrínseca, no caso das mulheres negras, entre violência obstétrica e racismo estrutural e institucional. É uma questão que é explícita, né? Mas, então, olhando todas as mulheres em potencial sofrem violência obstétrica, sim, ok, só que as mulheres negras sofrem de violência obstétrica e racismo, entendeu? Então, você pode afirmar que todas as mulheres em potencial sofrem de violência obstétrica, mas as mulheres negras sofrem e racismo. [...] as mulheres negras sofrem violência obstétrica e racismo.” (Dandara);

“[...] acho esse campo muito vigoroso, porque ele é aceito pela maioria como uma coisa importante. A violência obstétrica está ali mesmo, ela não é uma falsa questão, mas ela não explica tudo não, entendeu?” (Teresa).

3. *Violência Obstétrica em Mulheres Negras* – As entrevistadas abordaram em maior profundidade como identificam que as mulheres negras experienciam as situações de violência obstétrica. Observou-se que elas trouxeram exemplos de situações vivenciadas nos cotidianos dos serviços, além de se utilizarem de conceitos cunhados por intelectuais negros para fundamentarem suas reflexões, principalmente aqueles consagrados no campo de saúde da população negra,

tais como “racismo institucional”, “racismo estrutural”, “interseccionalidade”, “iniquidade racial”, “genocídio da população negra”. A ênfase dada pelas ativistas no processo de produção da violência obstétrica em mulheres negras dá-se na articulação com o pensamento do racismo estrutural, de que antes mesmo do pré-natal e do parto, há diversos fatores, relacionados com as condições de vida vulnerabilizadas da população negra no Brasil, resultado de um longo processo de desumanização e subjugação que persiste na contemporaneidade, as mulheres negras sofrem com o racismo impactando na determinação social do processo saúde-doença.

“Uma mulher branca passando por isso, você já começa ‘não pera aí, não. Isso não deve acontecer’. Agora uma mulher negra, uma mulher negra que já tem filhos e aí vai... uma mulher negra pobre. As pessoas ouvem cada vez menos, né. E aí eu acho que a gente falar sobre isso, fala e repetir isso mesmo de fato ajuda a também a reduzir. As pessoas têm que olhar para isso também. Não é um problema individual, é um problema social. Mas aí acontece que as pessoas olham ‘a criança nasceu bem, tá ótimo’, não olha para dor daquela mulher negra, pobre, é só mais uma dor dela, é só mais uma. Qual diferença vai fazer?” (Lélia).

4. *Estratégias* – As interlocutoras compartilharam suas formas de ativismo político em torno da pauta da violência obstétrica contra mulheres negras, isto é, estratégias de ativismo que perpassam o seu enfrentamento.. Essa categoria, portanto, evidencia as formas organizativas elaboradas pelas mulheres entrevistadas, sendo possível observar que a depender da história e das vivências de cada interlocutora, há a construção diferenciada de estratégias no campo de ativismo. Nesse sentido, percebeu -se que essa categoria guarda forte relação com a categoria *Trajetórias* e, assim, escolheu-se aprofundar as discussões no mesmo capítulo, isto é, na seção de capítulo 5.1 “Trajetórias e Estratégias de Militância - práticas situadas”. As estratégias mencionadas pelas interlocutoras tem visadas na assistência à saúde, na educação em saúde, na gestão em saúde pública, nos espaços do legislativo, na proposição de projetos de leis, na ampla divulgação de casos de morte materna entre mulheres negras, dentre outras.

“[...] ela montou um GT pra discutir essa questão, dentro do gabinete dela, e era muito potente. Foi curto porque ela foi morta, foi executada. Mas foi muito potente, porque íamos nós, representando o comitê e a maternidade, e a atenção primária, tudo para essas reuniões, e ali a gente decidia, pactuava, reorganizava e repensava. Então era um lugar muito potente para discutir, era capitaneado pelo gabinete dela, mas que tinha essa coisa. E ela trazia, tinha a defensoria. Então, tinha todas as instâncias que de alguma forma pudesse pressionar ou seduzir, ou sei lá o quê, a gestão, né?” (Fátima).

5. *Enfrentamentos* – As entrevistadas verbalizaram registros de enfrentamentos desenhados em seus cotidianos, por vezes impensados, ou não articulados de forma coletiva. Ao comentarem sobre esses enfrentamentos, elas indicaram como os seus incômodos, diante das identificações de como o racismo se apresentava em suas vivências, as impulsionaram para o campo militância. Assim, essa categoria apresenta narrativas de afetações que produziram potências de luta ativista.

“Uma mulher branca passando por isso, você já começa ‘não pera aí, não. Isso não deve acontecer’. Agora uma mulher negra, uma mulher negra que já tem filhos e aí vai... uma mulher negra pobre. As pessoas ouvem cada vez menos, né. E aí eu acho que a gente falar sobre isso, fala e repetir isso mesmo de fato ajuda a também a reduzir. As pessoas têm que olhar para isso também. Não é um problema individual, é um problema social. Mas aí acontece que as pessoas olham ‘a criança nasceu bem, tá ótimo’, não olha para dor daquela mulher negra, pobre, é só mais uma dor dela, é só mais uma. Qual diferença vai fazer?” (Lélia).

6. *Relação com outros movimentos* – Durante a realização da pesquisa, ao comentarem, principalmente, sobre as noções do conceito de violência obstétrica, as ativistas entrevistadas problematizaram as narrativas hegemônicas levantadas por outros movimentos sociais em torno do debate sobre as violências no processo do pré-natal e parto. Assim, esta categoria traz trechos nos quais os discursos revelam tensões e/ ou disputas com outros movimentos sociais. Observou-se o enfoque que as ativistas dão ao silenciamento da pauta do racismo em outros movimentos, como o movimento feminista hegemônico e o movimento de humanização pelo parto. Algumas ativistas, ainda que reconhecessem as dificuldades de tentar incluir o debate racial no interior desses movimentos, ressaltaram a necessidade de insistir na visibilização do debate sobre o racismo, por entenderem ser essa uma estratégia de construção de possíveis alianças;

“Eu morava em Bangu e as mulheres estavam lá discutindo todos aqueles temas, etc. e tal, mas assim, cara, isso não dialoga em nada com as pretas lá do meu bairro, entendeu? Quando as mulheres vêm falar de saúde para mim, quando elas vêm falar de direitos, elas querem saber como é que elas fazem para ligar as trompas. Elas não estão nem aí pra essa pauta do aborto, porque elas sabem que isso não é realidade delas, a realidade delas é morrer de *cytotec*. E então eu já tinha, de certa forma, eu acho que eu me afastei dessa pauta por achar que movimento feminista naquele momento não conseguia absorver, muito por conta da questão das interseccionalidades.” (Dandara).

7. *Relato de Violência Obstétrica* – As ativistas mencionaram episódios e/ou situações de casos reais de violência obstétrica, tanto aqueles vivenciados por elas, quanto os que eram mencionados como forma de exemplificar como a violência

obstétrica atinge as mulheres negras. As entrevistadas não apenas narraram os casos, mas também realizaram reflexões e problematizações. Algumas delas compartilharam situações que aconteceram em suas próprias experiências como gestantes, além de muitos relatos apresentarem situações que as interlocutoras viveram nos cotidianos profissionais;

“E eu tava na UTI e comecei a ouvir alguém gritando: ‘Ah, enfermeira! enfermeira! Enfermeira!’. E eu fiquei pensando: ‘Não é possível que não tenha ninguém ouvindo essa mulher, não é possível’.

Eu acabei de fazer o que eu tinha que acabar de fazer na UTI, atravessei o corredor todo, e entrei no ante-parto. Fui lá falar com a mulher: ‘O quê que tá acontecendo? Ninguém veio aqui falar com você?’. ‘Não, eu tô chamando muito’. ‘Eu sei que você tá chamando’. Aí eu conversei com ela, acalmei ela. Conversamos e ela se acalmou” (Fátima).

8. *Morte Materna* – As militantes se referiram aos processos de violência obstétrica relacionando-os com as altas taxas de morte materna entre mulheres negras. Para além da discussão estritamente estatística, as ativistas destacaram como as condições de vida da população negra se relacionam não somente com os processos de violência obstétrica, mas também como influenciam na produção de morte materna. Algumas identificaram que essa produção faz parte de um processo maior, referindo-se ao genocídio da população negra, cujo debate se trata de uma pauta já antiga do Movimento Negro, como a discutida por Nascimento no livro “O Genocídio do Negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado.” (NASCIMENTO, 2016).

“[...] ela faz o pré-natal, ela entra nas unidades, ela faz todos os procedimentos, e em todos os momentos ela é negligenciada, por ser uma mulher negra, sem condições socioeconômicas, está sozinha. Todos esses padrões hoje já são analisados para a morte materna, mas eles não são incluídos na solução da morte materna. Então, por exemplo, jovens, adolescentes que não estão acompanhadas, ou que não são casadas, o nível de relacionamento do serviço de saúde com elas é horrível. E isso fala de um padrão de comportamento sobre raça, sobre gênero, muito maior do que procedimento obstétrico. É lógico que no procedimento obstétrico, se soma, aí se você olhar o caso Rafaela, você vai ver que os procedimentos obstétricos aceleraram a morte dela. Uma menina de 14, 15 anos que morre com três costelas quebradas, com um parto horrível. Por quê? [...]. Muitas coisas foram negligenciadas em relação à situação dela, mas em compensação quando você vai olhar o dia, o momento do parto, né, de entrar nas três unidades, de ter sido atendida de modo negligente nelas todas. E no último, no último momento, ainda ter práticas bastante violentas na obstetrícia mostra o efeito do racismo, até onde o racismo vai nesse processo. Só a violência obstétrica não explicaria essa situação.” (Teresa).

9. *Saúde da População Negra* – As entrevistas apresentaram discursos relacionados ao debate sobre racismo e saúde de forma ampla e não apenas no que diz

respeito ao debate específico da assistência obstétrica, possibilitando entender a violência obstétrica como um evento que faz parte de um processo complexo de opressões. Além disso, principalmente nas entrevistas de militantes que tiveram participação importante na construção da PNSIPN, nesta categoria foram destacados trechos com aspecto de historicidade, nos quais os discursos abordaram informações sobre a formação do campo de saúde da população negra.

“[...] é uma história longa, que juntaram militantes, enfim, ativistas, com esse perfil de trabalhar com órgãos internacionais e tem uma inserção pra dentro também. E nesse recorte era basicamente de fortalecer a questão da equidade em saúde. Eu lembro que a partir desse trabalho, a FUNASA e a PNUD articularam e financiou um livro [...] foi na época da construção da política e a gente eventualmente tinha que, com interlocução com vários departamentos lá de dentro do Ministério, pra falar com as pessoas, para que elas pudessem entender qual a proposta da política, porque que aquela ação era importante, porque reconhecer o recorte racial era crucial para o desenvolvimento de qualquer política e também se o Brasil quisesse atingir as metas do milênio, ele não conseguiria atingir se não tivesse o recorte racial dentro das políticas de saúde. A gente foi levando essa discussão em vários departamentos de lá, do Ministério da Saúde.” (Ruth).

Os resultados do presente estudo revelaram que a inserção das ativistas negras que pautam a violência obstétrica na cidade do Rio de Janeiro é bastante diversa, havendo, ao mesmo tempo, similaridades e diversidade nos discursos apresentados em torno da pauta. Notou-se que como característica central nas narrativas há a tentativa de dar visibilidade ao racismo da sociedade brasileira, entendido pelas ativistas não apenas do ponto de vista interpessoal, mas também do ponto de vista estrutural e institucional. Desse modo, discutir as trajetórias das narrativas das interlocutoras leva a um caminho por conceitos importantes desenvolvidos por intelectuais negros, reconhecendo, assim, a potência de produção de conhecimento do Movimento Negro (GOMES, 2017).

Os discursos das militantes entrevistadas indicam que a atuação política delas vai além de levantar as discussões já trazidas por outros movimentos que têm a pauta da violência obstétrica como central, de forma que as interlocutoras produzem uma leitura racializada sobre o fenômeno. Os resultados indicam que o interior dos seus discursos apresenta o processo da violência obstétrica em mulheres negras como resultado de uma predominância de assistência à saúde obstétrica que não tem um olhar para as particularidades dos corpos negros.

A análise dos relatos das ativistas entrevistadas e dos relatos reunidos durante a observação de campo motivou a criação das nove categorias já apresentadas.

Focalizadas na trama dos objetivos desta pesquisa, tomando como referência o quadro teórico deste trabalho, as categorias são analisadas ao longo dos capítulos da dis-

cussão. Para tanto, foram reunidas em núcleos de sentido do material coletado no campo, de forma que as discussões apresentadas na seção de capítulo **“Trajetórias e Estratégias de Militância – práticas situadas”** tiveram como base as categorias *Trajetória, Estratégias, Relação com outros movimentos, Relato de Violência Obstétrica, Morte Materna e Saúde da População Negra*. Já a seção de capítulo **“Sentidos da Violência Obstétrica”** fundamentou-se nas reflexões das categorias *Conceito de Violência Obstétrica, Violência Obstétrica em Mulheres Negras, Relato de Violência Obstétrica e Saúde da População Negra*. Enquanto na seção de capítulo **“Silenciamento e morte como elementos disruptivos”** baseou-se nas categorias *Morte Materna, Relato de Violência Obstétrica e Estratégias*. Por fim, a seção de capítulo **“Enfrentamentos – da afetação às ações no cotidiano”** apresenta os debates que tiveram por base as categorias *Trajetória, Estratégias, Enfrentamentos e Relato de Violência Obstétrica*.

5. DISCUSSÃO

5.1 TRAJETÓRIAS E ESTRATÉGIAS DE MILITÂNCIA - PRÁTICAS SITUADAS

Como forma expositiva, foi elaborado um quadro resumido das características das ativistas entrevistadas. Nota-se a presença preponderante de profissionais com atuação na saúde, bem como daquelas com ensino superior na área das ciências humanas e da saúde.

Quadro 1 – Características das ativistas

Nome	Idade	Raça	Escolaridade	Área Profissional	Filhos	Moradia
Lélia	Entre 25 e 40 anos	Negra	Ensino Superior incompleto	Saúde (Legislativo)	Sim	Rio de Janeiro
Neusa	Entre 41 e 60 anos	Preta	Pós-Graduação	Ciências Humanas / Educação	Sim	Rio de Janeiro
Fátima	Entre 41 e 60 anos	Preta	Ensino Superior Completo	Saúde (Gestão)	Sim	Rio de Janeiro
Teresa	Entre 41 e 60 anos	Preta	Ensino Superior Completo	Ciências Humanas	Não	Rio de Janeiro
Beatriz	Entre 25 e 40 anos	Preta	Pós-Graduação	Saúde (Assistência)	Não	Rio de Janeiro
Ruth	Entre 41 e 60 anos	Preta	Pós-Graduação	Ciências Humanas (Gestão)	Sim	Rio de Janeiro
Dandara	Entre 25 e 40 anos	Negra	Pós-Graduação	Saúde (Assistência e Legislativo)	Sim	Rio de Janeiro

Fonte: GADELHA, 2020.

A seguir serão apresentadas as narrativas de trajetória de cada interlocutora, incluindo seus relatos sobre a inserção e a aproximação com a militância, bem como as estratégias que desempenham relacionadas à pauta da violência obstétrica contra mulheres negras. Para facilitar a discussão dessas narrativas e por compreender que o corpo de estratégias desenvolvido por cada ativista conecta-se com suas perspectivas pessoais, reflexões e trajetórias, considere ser pertinente apresentá-las na mesma seção.

Optei por apresentar inicialmente os percursos de quatro ativistas com vivência há mais tempo no Movimento Negro e no Movimento de Mulheres Negras, pelo fato de seus relatos terem feito menção a momentos e a aspectos históricos de resistências negras no Brasil e da construção do campo da saúde da população negra.

As demais militantes entrevistadas fazem parte de uma geração mais jovem e possuem um ativismo também voltado para as pautas do parto domiciliar, parto humanizado e movimento de doulas. Considerando esse aspecto geracional, tendo reflexo na atuação militante das ativistas, tais narrativas são discutidas na sequência do primeiro grupo de mulheres.

O material coletado revelou-se complexo e perpassou por diversos debates e temas. Contudo, frente ao exíguo tempo de duração dessa pesquisa e aos objetivos a que ela se propõe, não foi possível abordar todas as temáticas trazidas nas entrevistas.

5. 1. 1 Ruth: a luta pela formação do campo de saúde da população negra

“E a gente fez um esforço, que dali foi o germe, o primeiro germe do que se transformou, 20 e poucos anos mais tarde, da política nacional de atenção integral a saúde da população negra, que vigora hoje. Embora não tenha sido implementada, mas existe uma política né, que o germe dessa política tá lá nos anos 90, e eu fiz parte dessa trajetória e também continuei minha militância.” (Transcrição - Entrevista 6, p. 98).

Ruth é uma mulher de 60 anos que se autodeclara como preta. Formada em um curso de ciências humanas, acumulou uma longa experiência junto às instâncias de gestão em saúde pública. Previamente à sua entrada no serviço público, ela já traçara um percurso na militância do Movimento Negro e no Movimento de Mulheres Negras.

Servidora pública, hoje já aposentada, Ruth prontamente atendeu ao meu convite para participar da pesquisa, disponibilizando, para a realização da entrevista, o seu consultório de atendimentos, onde trabalha ainda como autônoma.

De forma tranquila, em pouco mais de uma hora, discorreu sobre a sua contribuição junto ao Movimento de Mulheres Negras. Nesse percurso, ela participou de momentos históricos da formação do campo de saúde da população negra no Brasil ao desempenhar o papel de representante de movimentos sociais, como na Conferência de Durban.

A Conferência de Durban (África do Sul), a “III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância”, é considerada um marco para os movimentos sociais tensionarem o Estado brasileiro, favorecendo as pautas de implementação de políticas reparatórias e de equidade racial. Realizada em 2001, a referida Conferência evidenciou a forte articulação de ativistas do Movimento

de Mulheres Negras e teve repercussão internacional. Ainda que atravessado por intensas disputas políticas, o texto aprovado em Durban ratificou a iminente necessidade de os Estados implementarem políticas públicas voltadas para as populações marginalizadas, como forma de eliminar as desvantagens sociais enfrentadas pelos grupos racializados (CARNEIRO, 2002).

Conforme discutido por Ferreira (2016), que no curso de sua pesquisa abordou o percurso histórico e a mobilização política para a promulgação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), alguns sujeitos de destaque na construção da PNSIPN também comentaram sobre a relevância da participação brasileira em Durban. A autora menciona que a partir da Conferência e da mobilização da militância negra houve um impulso à institucionalização de políticas públicas que refletissem as questões étnico-raciais.

Tanto a preparação para a referida Conferência quanto os seus desdobramentos evidenciaram a intensificação do diálogo de diversas organizações negras com o Estado (RODRIGUES, 2012). Em sua pesquisa, Rodrigues (2012), analisando a construção de identidade no interior do Movimento de Mulheres Negras no Brasil, entende que as construções propositivas de reivindicações e as interlocuções com agentes governamentais tornaram-se ações políticas importantes a partir de Durban. Esse aspecto é entendido como uma alteração na mobilização política do Movimento de Mulheres Negras à época. Sobre a participação brasileira, o autor destaca que

A delegação brasileira foi a maior entre todas as delegações presentes em Durban, contando aproximadamente seiscentos integrantes; o segundo cargo na hierarquia da Conferência Mundial contra o Racismo, o de Relatora Geral, ficou a cargo de uma mulher negra brasileira, e a consolidação do termo afro-descendente de forma consensual para definição dos descendentes de africanos negros escravizados fora da África, bem como a proposição de políticas reparatórias para os afro-descendentes foram conseguidos graças ao protagonismo de militantes brasileiros. (RODRIGUES, 2012, p. 195).

Quando questionada sobre qual movimento social faz parte, Ruth respondeu identificar-se como parte do Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro. Neste último, localizou sua participação como “autônoma”, sem estar diretamente vinculada a um coletivo e/ou organização negra, mas menciona fazer parte da “Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos”. Esse aspecto, de pessoas serem identificadas e se identificarem como parte da militância negra mesmo não atuando diretamente em um coletivo negro específico foi relatado de forma similar por outras interlocutoras desta pesquisa. Tal característica é também mencionada por Rodrigues (2006), que estudou sobre o Movimento de Mulheres Negras no Brasil e compreendeu que

[...] há também a participação de mulheres negras em grupos/entidades do movimento feminista, do sindicalismo, em organismos internacionais de regulação, em partidos políticos, em órgãos governamentais ligados à proposição e implementação de políticas públicas de gênero e raça e em centros universitários de pesquisa. Muitas dessas mulheres se consideram e são consideradas militantes do Movimento de Mulheres Negras brasileiro e dentro desses espaços exteriores ao movimento propriamente dito buscam pensar políticas que articulem gênero e raça, falando e agindo em nome do Movimento. (RODRIGUES, 2006, p. 33).

Sobre a sua entrada na militância, Ruth contou que se deu ainda nos anos 1970 e que as questões raciais lhe despertavam a atenção desde criança. Vinda de uma família de “classe média negra”, como ela nomeou, era a única criança negra na escola particular onde estudou. O tema da iniquidade racial chamou a atenção de Ruth não somente no ambiente escolar, ela mobilizava-se ao reparar a baixa inserção de negros em diversos outros espaços que a sua posição de classe lhe possibilitava frequentar. Nesse processo, foi compreendendo as expressões do racismo, não somente do ponto de vista interpessoal, mas também institucional e estrutural.

Durante a graduação, ainda sob intensa perseguição do estado ditatorial aos movimentos sociais, era a única aluna negra de seu curso. Nesse período Ruth localizou seu ingresso no Movimento Negro, quando realizou atividades de base em comunidades. Pelo fato de escrever seu trabalho de conclusão do curso sobre a busca de identidade do adolescente negro, sua então orientadora indicou que ela procurasse conversar com Neusa Santos Souza, que atualmente é um importante nome da intelectualidade negra e impulsiona diversas reflexões sobre a saúde mental da população negra (PENNA, 2019).

A partir desse contato, tornaram-se amigas e Neusa a apresentou ao MNU. Nesse momento, Ruth começou a frequentar reuniões do MNU e a participar de atividades do movimento, como um núcleo que era coordenado por Lélia Gonzalez. A respeito de Gonzalez, Ruth ressaltou a sua importância para a militância negra ao introduzir discussões de gênero:

“Foi ela efetivamente que começou aqui no Rio de Janeiro, quiçá no Brasil, o movimento de mulheres negras. Porque antes disso era o movimento negro de um modo geral e das reflexões dela, das discussões dela puxou a compreensão. E a questão da mulher ficava invisibilizada, subordinada a questão do negro, para a gente as duas visadas eram importantes, ainda não tinha esse conceito de interseccionalidade nessa época, mas era isso, que a partir de Lélia, foi ela quem criou o primeiro grupo aqui no Rio. Como é que eu cheguei? Cheguei pela mão de Neusa.” (Transcrição - Entrevista 6, p. 98 e 99).

Seu percurso lhe possibilitou participar de vários momentos importantes no crescimento do Movimento Negro no Brasil, principalmente daqueles que foram significativos e estratégicos para a formação do campo da saúde da população negra. Como exemplo de períodos, Ruth reportou-se à construção do Grupo de Trabalho no governo do presidente

Fernando Henrique Cardoso, no qual o Movimento Negro conseguiu apresentar à gestão federal importantes pautas, como as que dizem respeito às altas taxas de mortalidade da população brasileira. Essa articulação foi estratégica para, anos mais tarde, em 2009, ser publicada a portaria da PNSIPN. As ativistas Teresa e Fátima, cujas trajetórias serão apresentadas posteriormente, também recuperaram, durante suas entrevistas, aspectos da historicidade da formação do campo de Saúde da População Negra.

Como já mencionado, Ruth participou de momentos nacionais e internacionais de articulação da militância negra, como a construção da Declaração de Itapecerica da Serra, escrita durante a realização do Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras em 1993 (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012). A interlocutora mencionou também a realização das Conferências do Cairo e de Beijing, destacando a importante atuação das organizações de mulheres negras Geledés e Criola.

Voltando-se para suas vivências nos anos 2000, Ruth citou as articulações que o Movimento de Mulheres Negras continuou a construir com organismos internacionais, como a parceria com o PNUD e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que possibilitaram, por exemplo, a publicação do livro “Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade” (BRASIL, 2005c). Conforme mencionado pela entrevistada, as parcerias com essas instituições e outras foram de suma importância para a produção de dados que revelavam as desigualdades raciais no Brasil, possibilitando a construção da PNSIPN (WERNECK, 2007), o que se desenhou como uma estratégia da militância negra.

A respeito dos esforços dos militantes para a construção e implementação da PNSIPN, Ruth comentou sobre as estratégias edificadas por dentro de espaços da gestão do MS:

“E aí fazendo parte dessa articulação que foi muito legal porque foi na época da construção da política e a gente eventualmente tinha que, com interlocução com vários departamentos lá de dentro do ministério, para falar com as pessoas, para que elas pudessem entender qual a proposta da política, porque que aquela ação era importante, porque reconhecer o recorte racial era crucial para o desenvolvimento de qualquer política e também se o Brasil quisesse atingir as metas do milênio, ele não conseguiria atingir se não tivesse o recorte racial dentro das políticas de saúde. A gente foi levando essa discussão em vários departamentos de lá, do Ministério da Saúde”. (Transcrição - Entrevista 6, p. 98 e 99).

Com relação à temática da violência obstétrica, a entrevistada explicou que o seu ativismo engloba de forma indireta a pauta. Ao investigar os óbitos maternos, tema ao qual foi bastante envolvida enquanto trabalhava na gestão em saúde pública, observou que a

questão da violência obstétrica surgia atrelada a outras categorias, como imprudência, negligência etc.

Durante a entrevista, a ativista recordou da sua experiência em ambulatórios de hospitais de média complexidade, onde identificava a presença de discursos moralizantes e de atitudes sádicas voltadas aos corpos de mulheres negras.

A entrevista com Ruth possibilitou-me compreender sobre as dificuldades de se trabalhar a desmistificação dos olhares sobre os corpos de mulheres negras não só com os profissionais no âmbito da assistência em saúde, mas também com os responsáveis pela gestão. Encobertos pelo mito da democracia racial, herança da colonialidade do poder e do saber (QUIJANO, 2005), entende-se que os espaços de gestão podem apresentar fortes barreiras institucionais para a temática da saúde da população negra e, conseqüentemente, das mulheres negras.

Ruth verbalizou compreender que a objetificação e a sexualização dos corpos das mulheres negras fazem parte do contexto de objeções impostas às bandeiras de luta do Movimento de Mulheres Negras. A objetificação dos corpos de mulheres negras também foi identificada nos estudos de Ferreira (2015) e Borges (2018).

Identifiquei expressões do RI quando Ruth comentou sobre a longa disputa para a inclusão do debate sobre o quesito raça/cor junto às instâncias da gestão em saúde:

“Às vezes tinha, mas não era feito nada com esse dado, então absolutamente nada e se via que a maior parte dos óbitos eram de mulheres negras que ficavam lá invisibilizadas não só aqui no estado do Rio, mas no Brasil como um todo, no Ministério ninguém trabalhava essa questão de desagregação, de fazer o recorte racial. Aí eu sinalizando isso, foi um trabalho de formiguinha, eu sinalizando da importância.” (Transcrição - Entrevista 6, p. 101).

Ruth também citou objeções e resistências ao tema encontradas na seara acadêmica, evidenciando as tensões existentes no campo da Saúde Coletiva para a discussão sobre racismo e saúde. Sobre a implementação do quesito raça/cor, ela deu exemplos das críticas que ouviu, como quando participou de um importante congresso do campo da Saúde Coletiva e apresentou um trabalho a respeito da saúde da população negra: “invenção de americano”; “no Brasil não tem nada disso”.

A interlocutora entende que o aumento da produção de dados desagregados por raça/cor é um avanço conquistado pelo movimento, visto que na atualidade pode-se afirmar e comprovar a alta taxa de razão de morte materna entre mulheres negras no contexto brasileiro.

Outras estratégias empreendidas por Ruth, junto ao Movimento de Mulheres Negras, são: recomendações em documentos da gestão sobre a necessidade de se considerar

as especificidades dos corpos de mulheres negras e suas condições de vida e saúde (questão da hipertensão); capacitações com as equipes de saúde; realização de seminários; qualificação de protocolos de atendimento de hipertensão; inserção da temática racial nos comitês de prevenção de morte materna.

Assim, entre avanços e dificuldades, intensificadas pelo atual contexto político, conforme relatado por Ruth, vê-se que o Movimento Negro e o Movimento de Mulheres Negras constroem uma agenda que tensiona o Estado, por dentro das estruturas estatais principalmente, para a implementação de políticas públicas que considerem as particularidades da população negra, em especial das mulheres negras. No caso de Ruth, a categoria violência obstétrica tangencia a sua agenda política de forma imbricada com o tema da morte materna, do sexismo e do racismo.

5. 1. 2 Teresa: a atuação política de Criola

“No nosso caso, a estratégia é o enfrentamento ao racismo institucional, erradicação do racismo, e isso o que tá na política, é daí que a gente parte [...]”
(Transcrição - Entrevista 4, p. 69).

O encontro com Teresa foi realizado na sede da ONG Criola, localizada no centro do Rio de Janeiro. Quando a convidei para a pesquisa, por telefone, pelo fato de fazer algumas problematizações sobre o debate da violência obstétrica, Teresa questionou se eu gostaria de ouvi-la sobre o assunto, ao que respondi que sim, tendo em vista que o meu interesse se voltava para compreender como a categoria é discutida entre as ativistas negras.

Por conta de sua longa história de ativismo no campo da saúde das mulheres negras, eu já havia ouvido a fala de Teresa em outras ocasiões, em diferentes espaços: reuniões, debates, audiências etc. Ainda que eu já a conhecesse de outros espaços, não tínhamos proximidade, o que acredito ter favorecido para o diálogo permanecer mais focado nas ações de Criola, do ponto de vista institucional. Por outro lado, isso não impediu que Teresa contasse sobre a sua história de vida e o seu percurso na militância.

Formada em Serviço Social, Teresa tem 60 anos. Com uma fala ao mesmo tempo firme e serena, ela contou que sua trajetória política iniciou em campo partidário e que no Movimento Negro começou a sua militância. Atuou em um grupo na Cidade de Deus, no qual trabalhava questões ligadas aos direitos humanos, e, em seguida, permaneceu durante muitos anos no Instituto de Pesquisa de Cultura Negra (IPCN). Durante um longo período manteve-se desenvolvendo atividades com crianças e adolescentes.

Teresa participou, com outras militantes, da fundação de Criola em 1992. Nesse percurso, ela deu continuidade ao trabalho junto a crianças e adolescentes, principalmente aquelas em situações de acolhimento institucional. Na década de 1990, também quando o Movimento de Mulheres Negras intensificou a pauta de discussões sobre a saúde com o entrelaçamento do racismo e do sexismo, Teresa voltou-se para o campo da saúde, mobilizando discussões que perpassam diversas temáticas como controle social, a epidemia de HIV/AIDS, câncer de mama e morte materna.

Ainda que tenha grande contribuição para o campo de saúde da população negra de forma geral, a ativista identifica que tem atuado, nos últimos anos, no campo das mulheres negras principalmente. Nesse sentido, Teresa relatou que Criola foi a primeira organização a construir um campo de saúde da mulher negra. Como ela definiu, Criola é uma organização “híbrida”, ao mesmo tempo em que desperta e organiza processos age como uma ONG.

De acordo com Gohn (2013), na década de 1990 há uma diversificação nos perfis de organização da sociedade civil. Tomando como exemplo a classificação construída pela autora, pode-se identificar que Criola é uma “ONG militante”, com características herdadas da “cultura participativa, identitária e autônoma dos anos 70/80.” (GOHN, 2013, p. 244).

Na esfera nacional, a instituição é referência na agenda política de enfrentamento ao racismo, machismo e lgbtfobia. O surgimento da ONG dá-se no contexto do intenso debate, mobilizado por ativistas negras, sobre a esterilização em massa de mulheres negras na década de 1990. Esse processo, que desvela a permanência de ideologias eugênicas na produção de saúde, fez parte da sedimentação do debate sobre direitos sexuais e reprodutivos no Brasil (ARAÚJO, 2001; DAMASCO, 2009). A respeito desse momento, apresento a seguinte fala de Teresa:

“Criola nasce justamente na intersecção de um processo político de esterilização em massa de mulheres negras. Nós ajudamos a construir uma CPI sobre isso, construímos argumentos e debatemos com as mulheres o que tava acontecendo com elas, e o que significava essa esterilização. Na verdade, no Brasil, nunca teve uma política controlista oficial, mas o país, como o Estado deixava funcionar diferentes ações e tinha um discurso controlista, pensando no crescimento populacional. Então, só que isso tudo se almagamava também com as ideias eugênicas de que haviam grupos que não podiam seguir no nível de reprodução humana, que causaria danos para o país. E, nesse sentido, essas teorias sobre população, elas invadem as experiências de saúde, se oferece às mulheres negras essa perspectiva, que é até hoje, assim, passou do segundo filho ou já teve o primeiro, todo mundo quer que essa mulher se esterilize. E essa experiência de esterilização em massa, sobretudo no Nordeste, desenhou, não só ela, agora com o Zika vírus, desenhou uma esteira de experiências, de controle da natalidade, cujo alvo era as mulheres negras.” (Transcrição - Entrevista 4, p. 58).

Por meio da fala da interlocutora, tal como observado no relato de Ruth, foi possível identificar as estratégias de articulação do Movimento Negro e do Movimento de Mulheres Negras que culminaram, após um longo debate nas instâncias governamentais, na aprovação da PNSIPN. Os encontros entre os ativistas possibilitaram a produção de conhecimento que foi veiculado em materiais produzidos pelos movimentos, em um processo simultâneo de tensionamento com espaços de controle social:

“[...] ao longo do tempo, muitos pesquisadores, muitos estudiosos negros foram construindo esse processo e nós também. Então, a gente lança um pequeno caderninho chamado "Saúde da mulher negra" e, ao longo do tempo, nós fomos nos juntando com esses grupos, lógico, animado sempre por alguém. E aí construímos diretrizes de uma política de saúde da população negra, daí tomamos os espaços políticos de articulação, de Conferência e tudo mais, até poder estruturar uma área. Construímos comitê, estruturamos áreas, tomamos o Conselho Nacional, depois estruturamos, o Conselho Nacional aprova uma política, a gente tem o posicionamento do ministro dizendo que o SUS é racista.” (Transcrição - Entrevista 4, p. 59 e 60).

Vê-se nesse trecho a estratégia de ação política em espaços de controle social, o que perpassou a construção da PNSIPN. Identifica-se, assim, mais uma atuação militante por dentro das instâncias estatais.

Durante a entrevista, a militante explica a estratégia de utilização do termo RI no contexto brasileiro. O conceito, criado no interior do movimento norte-americano *Black Panther*, auxiliou a militância a revelar como o racismo, para além do caráter interpessoal, edifica as estruturas da sociedade: “Então o racismo institucional mostra isso, que não é uma experiência única e individual, entre mim e você, mas ela está encostada em todas as instituições, na sua cultura, no seu modo, inclusive, de ganhar dinheiro.” (Transcrição - Entrevista 4, p. 60).

Sobre a pauta da violência obstétrica, pontua que esse termo não foi sedimentado pelo Movimento de Mulheres Negras e realiza algumas problematizações sobre a forma como a categoria é utilizada. Na leitura de Teresa, a discussão hegemônica sobre a violência obstétrica não é suficiente para explicar os processos de opressões e de violações que fazem parte das experiências de violência, negligência e desumanização vivenciadas por mulheres negras. Essa temática se dará de forma mais aprofundada na seção “Sentidos da Violência Obstétrica”.

Teresa relatou que o debate sobre a violência obstétrica apresenta-se em sua militância por dentro dos casos de morte materna, como nas discussões sobre os óbitos de Alyne Pimentel e Rafaela Santos. Como estratégia de discussão sobre o racismo estrutural e a necessidade de pensar formas de qualificar o cuidado obstétrico às mulheres negras, Criola realiza campanhas que buscam dar visibilidade a essas mortes. A ação política tam-

bém se dá por meio do apoio às famílias das mulheres, inclusive no processo de judicialização dos casos de óbito materno. Nesse contexto, contam com instituições parceiras, como a DPERJ, além de outros aspectos de mobilização política como os apresentados no trecho abaixo:

“[...] a gente acompanha os casos, vê se eles podem ser judicializados, a gente faz campanha de internet para as mulheres sobre os direitos sexuais e reprodutivos, estamos tentando agora mudar o nosso processo de comunicação e incluir também o conceito de Justiça Reprodutiva, para ver se a gente melhora, não só qualidade de informação, mas também todo o processo político em torno desse tema. É, pautando isso em oficinas de debates, em discussões, entendeu? E é isso. Acompanhando o debate sobre aborto, é isso que a gente tem feito. Fizemos um conjunto de cards em 2017, fizemos agora do aborto, no ano passado, e esse ano a gente vai retomar também com alguns *cards* para o *whatsapp*.” (Transcrição - Entrevista 4, p. 68).

No trecho acima se observa a preocupação com aspectos da produção de conteúdo e sua divulgação em meios digitais. Durante o campo pude participar de uma oficina organizada por Criola que contou com a colaboração de ativistas de outros estados e abordou as formas de produção de conteúdo, além de ter debatido o conceito de justiça reprodutiva. Este conceito, popularizado por mulheres afro-americanas, articula-se com o debate sobre interseccionalidade e amplia as discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos. Nesse debate, torna-se indispensável incluir o tema da equidade, que significa que as mulheres devam ter garantidos os direitos de terem ou não filhos, de terem controle sobre as formas de nascimento e de criarem seus filhos em ambientes de afirmação e apoio. Assim é definido o conceito justiça reprodutiva pela autora Loretta Ross, uma das pesquisadoras da atualidade que estuda o tema:

The Reproductive Justice framework analyzes how the ability of any woman to determine her own reproductive destiny is linked directly to the conditions in her community—and these conditions are not just a matter of individual choice and access. Reproductive Justice addresses the social reality of inequality, specifically, the inequality of opportunities that we have to control our reproductive destiny. Moving beyond a demand for privacy and respect for individual decision making to include the social supports necessary for our individual decisions to be optimally realized, this framework also includes obligations from our government for protecting women’s human rights. Our options for making choices have to be safe, affordable and accessible, three minimal cornerstones of government support for all individual life decisions. (ROSS, 2017, p. 4).

Diante do exposto, vê-se que a militância de Teresa caminha por fora e por dentro das instâncias governamentais. Como parte de uma “ONG militante” (GOHN, 2013), realiza tensionamentos junto ao Estado, mobiliza e fomenta debates, participa da construção de protocolos de cuidado, da qualificação das políticas públicas etc. Criola, como pontuado por Teresa, atua ainda na formação de lideranças e no controle social. Trata-se, portanto,

de um leque de ações políticas bastante diversificadas, conforme se vê em uma cartilha produzida pela ONG:

[...] Criola une as ações de mobilização política em rede, treinamentos e disseminação de informações qualificadas sobre os direitos das mulheres e das comunidades negras, em especial na garantia e promoção de direitos com ênfase nas áreas de saúde e de violência contra a mulher. (SILVA; XAVIER, 2010, p. 6).

A pauta da violência obstétrica, como já dito, caminha ao lado da discussão sobre morte materna, tema de extrema relevância no ativismo de Teresa. A ONG Criola atua também dando visibilidade aos casos de morte materna, como o de Alyne Pimentel e Rafaela Santos, que foram a óbito em contexto de negligência na atenção obstétrica, temática que será discutida em seções adiante.

Observo no percurso de ativismo não apenas de Teresa, mas também de Neusa, Fátima e Ruth, os esforços para dar visibilidade aos óbitos maternos de mulheres negras. Nesse processo, percebe-se como a morte e o silenciamento em torno desses óbitos produzem ações disruptivas dentro do Movimento de Mulheres Negras, que serão discutidos na seção *Silenciamento e morte como elementos disruptivos*.

Nota-se que a trajetória de militância de Teresa, possivelmente por partir da perspectiva do RI, envolve diversas temáticas, de forma similar ao que se identifica na trajetória de Neusa, a ativista que será apresentada em seguida.

5. 1. 3 Neusa: a militância enquanto motor de vida

“Quando você cria um grupo, quando a gente está entre mulheres, isso vira um acolhimento, de você poder ter forças pra seguir adiante. Cada vez que eu vou um encontro, a uma reunião de mulheres negras, isso é um conforto, é bom, é reconfortante você saber que tem mais gente. Te dá um novo ânimo de você continuar. Eu acho que são essas estratégias: a gente tá junto e poder falar disso.”
(Transcrição - Entrevista 2, p. 26 e 27).

Apesar da dificuldade de encontrar um horário disponível na atribulada agenda de Neusa, o diálogo com ela foi produtivo. Desde a nossa conversa por telefone, ela verbalizou que gostaria de participar da pesquisa, pois a temática da violência obstétrica era de seu interesse. Ouvir sua história de vida, os seus relatos de quando sofreu violência obstétrica, em diferentes situações, permitiu-me compreender o porquê de essa temática ser de tanta relevância para a interlocutora.

Ademais, durante o pré-campo, ao pedir indicações de ativistas que discutiam a categoria violência obstétrica, o nome de Neusa foi sugerido diversas vezes. Uma das informantes chegou a relatar que ela costumava realizar oficinas de discussão da temática junto às integrantes do Fórum de Mulheres Negras.

O Fórum Estadual de Mulheres Negras – RJ (FEMN-RJ) foi criado em 1988, a partir da mobilização para os preparativos para o I Encontro Nacional de Mulheres Negras, que aconteceu na cidade Valença (RJ). Com o intuito de fortalecer institucionalmente as mulheres negras de diversos segmentos da sociedade, o FEMN-RJ tem o compromisso de dar visibilidade às conquistas coletivas, além de pensar estratégias que visem o combate à discriminação racial e ao racismo.

Filiada a partido político, a entrevistada também participa de outros coletivos, como o Instituto Búzios, o Comitê de Saúde da População Negra do município do Rio de Janeiro e o Fórum Permanente de Diálogo de Mulheres Negras na ALERJ, e integra a organização da campanha “21 Dias de Ativismo Contra o Racismo”.

Servidora pública federal em uma instituição de ensino, Neusa está à frente de diversas articulações dentro do órgão no qual trabalha, principalmente nas discussões de ações afirmativas. Sobre essa ampla frente de atividades, o comentário de Neusa remete ao conceito de racismo estrutural (ALMEIDA, 2018), pois amplia o olhar para aspectos estruturais e marcadores de opressão, articulado ao debate da saúde das mulheres negras:

“Porque tudo isso influencia na questão de mulheres, o fato de ser mulher negra influencia nas questões, e influencia na questão de saúde, e a questão ecológica né, ecossocialista, ela influencia, a saúde influencia nisso. Né, quer dizer a questão da ecologia, a questão do ambiente influenciam a saúde e quem mais sofre dessas questões são as mulheres, e são negros, mais ainda de mulheres negras. Então são coisas que parecem muito soltas, muito diversas, mas na verdade elas tratam do mesmo ser, que são as mulheres negras dentro desses espaços, né. [...] Como é que a gente vai pensar todos esses aspectos? Ou a violência, ou o assédio moral, ou se é racial, se é de gênero? Eu acho que são, na verdade, em vez de ser várias coisas, são os olhares diversos e transversais sobre o mesmo sujeito.” (Transcrição - Entrevista 2, p. 18).

Quando questionada sobre o início de seu percurso na militância, a interlocutora fez referência a um momento importante articulado por pelo Movimento Negro no final da década de 1980, a Marcha Contra a Farsa da Abolição, no centro da cidade do Rio de Janeiro. Sobre as afetações envolvidas ao participar desse ato, Neusa mencionou que se sentiu emocionada e reconfortada por encontrar outras pessoas que refletiam de forma similar a ela sobre as condições de vida do povo negro. A Marcha Contra a Farsa da Abolição

“[...] reuniu mais de cinco mil pessoas no centro da cidade, cujo objetivo era explicitar uma posição crítica acerca das comemorações do centenário da abolição da escravidão. Utilizando carros de som, faixas e, fundamentalmente, os pulmões, os militantes pretendiam ir da Candelária até o monumento de Zumbi dos Palmares, na Praça Onze. Não conseguiram. Foram impedidos pelo Exército, em frente ao Comando Militar do Leste, mais especificamente, um pouco antes do Panteão de Caxias. Mais de 600 soldados armaram barricadas e ostentaram armas pesadas, impedindo a passagem da Marcha. (...) O poder simbólico do con-

texto foi muito significativo para o país e para todos os atores envolvidos na redemocratização, após o encerramento do regime militar.’ (ABREU, 2014, p. 1).

Após sua saída do movimento sindical, que se deu, segundo o seu relato, pelo fato de a organização não contemplar a identidade racial dos trabalhadores – questão vista como essencial para a interlocutora – ela trilhou um percurso de militância junto ao Movimento Negro e ao Movimento de Mulheres Negras.

Durante a entrevista, a fala de Neusa perpassou por diversos assuntos: questões trabalhistas, de gênero, saúde pública e mental, e educação. Percebe-se que a sua vida na militância e trajetória pessoal são questões extremamente imbricadas: “Militância é algo que move minha vida, né, então eu acho que eu sou uma militante porque todas as coisas que eu luto e acredito eu tento fazer isso na minha vida.” (Transcrição - Entrevista 2, p. 16).

Ao comentar sobre a pauta da violência obstétrica, a entrevistada fez menção às experiências nas quais vivenciou a violência em contextos obstétricos. Por várias vezes, Neusa comentou o quanto aquelas vivências lhe marcaram e trouxeram sofrimento, gerando reflexões sobre como as mulheres negras são enxergadas nos serviços de saúde – como o mito das “mulheres negras serem fortes e resistentes à dor” – ao mesmo tempo que, ao não serem enxergadas enquanto sujeito da zona do Ser (FANON, 2008), tendo, portanto, sua humanidade negada e seu direito à fala expropriado. Nesse sentido, Neusa trouxe à cena, provavelmente atravessada por sua formação em Psicologia e pelas suas vivências, a preocupação com saúde mental das mulheres que sofrem com processos de violência obstétrica:

“[...] também com uma violência de não ter cuidado, e as violências que deixam marcas, que fazem dor, que fazem grandes cicatrizes. São dores que viram mais um número dentro da estatística da saúde e elas viram algo que não é só sobre a saúde clínica, viram grandes marcas nas suas subjetividades. Elas têm marcas importantes que podem contribuir do lidar com a maternidade, do lidar com a criança, do lidar na relação do casal. Então essas são questões que são muito importantes pra mim.” (Transcrição - Entrevista 2, p. 19).

Sobre seu parto, durante a entrevista, ela trouxe um conteúdo religioso que lhe colocou em movimento para se preparar para o momento de nascimento do filho, quando uma importante líder do candomblé, a Mãe Beata de Iemanjá, revelou, ao jogar búzios, que enfrentaria um parto difícil: “[...] a mãe Beata falou: ‘não, olha, vai ser complicado, a gente vai fazer um trabalho aqui, mas ao fim ao cabo, ele vai tá bem’.” (Transcrição - Entrevista 2, p. 25).

Ela trouxe também sua narrativa de parto, que envolveu negligência do plano de saúde e peregrinação por maternidades. Após um percurso difícil pelos equipamentos de saúde, foi submetida a uma cesárea.

Neusa tornou-se, assim, intensamente mobilizada por suas experiências de violências perpetradas em contextos obstétricos, quando ainda a categoria “violência obstétrica” não estava em uso e não fazia parte das narrativas de movimentos sociais. Também mobilizada pelos dados de morte materna entre mulheres negras, confrontando-se com o temor de que poderia “virar estatística”, similarmente ao medo enfrentado pela interlocutora Lélia, cuja trajetória é abordada em seção posterior, Neusa inicia atividades de rodas de conversas junto ao FEMN-RJ. Ela entende que dar visibilidade à temática é uma das primeiras estratégias que devem ser acionadas:

“Eu acho que a primeira estratégia, de qualquer uma que a gente ache importante, é falar dela. **Sempre introduzi-la em todos os lugares.** Então, qualquer questão que você ache importante, colocar ela em todos os lugares, porque ela está quando você fala de sexualidade com uma jovem, quando você fala dos direitos da população, de como é a saúde da população negra. Então, introduzir isso dentro, pra mim é estratégico. Introduzir isso da discussão para as mulheres do movimento negro, introduzir essa discussão dentro de escolas de saúde, poder falar isso na discussão de saúde como um todo, de falar isso nas escolas de medicina, da enfermagem, poder falar disso é importante.” (Transcrição - Entrevista 2, p. 25 e 26 - grifo nosso).

Por compreender que a produção de violência obstétrica em mulheres negras está ligada a concepções estereotipadas sobre esses corpos, a ativista verbalizou que uma de suas estratégias foi trazer a temática da saúde das mulheres negras para dentro dos percursos formativos de profissionais de saúde. Neusa contou que, por vezes, é convidada a lecionar aulas em cursos de graduação da saúde e já organizou cursos sobre a temática do campo da saúde da população negra. Tal estratégia é elaborada de forma situada, já que ela está inserida numa instituição de ensino.

Nesse ponto, é importante lembrar que a PNSIPN postula como uma de suas diretrizes gerais a “inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde” (BRASIL, 2013, p, 18). Assim, vê-se que a trajetória de ativismo de Neusa está em consonância com o que defende a PNSIPN, bem como tem como estratégia dar visibilidade a esta política.

Além disso, baseada em sua experiência dentro do Comitê de Saúde da População Negra do MRJ, no qual pude presenciar várias discussões sobre a alta taxa de morte materna entre mulheres negras, Neusa questionou quais as medidas a serem tomadas após a produção dos dados por meio da variável raça/cor, pauta que foi e é bastante tocada pelo Movimento Negro e Movimento de Mulheres Negras junto à saúde (CUNHA, 2012) e também está inclusa no texto da PNSIPN (BRASIL, 2013). Ela questionou sobre quais medidas têm

sido pensadas no âmbito das gestões da saúde diante das altas taxas de morte materna entre mulheres negras, crítica também realizada pelas militantes Fátima e Teresa.

Por meio do relato de Neusa, ficou evidente, mais uma vez, a identificação que as ativistas fazem da invisibilidade que atravessa a pauta da violência obstétrica contra mulheres negras, uma dor que parece ser não considerada, seja pelos profissionais, pela gestão ou pela sociedade brasileira.

Como estratégia de luta, considerando a sua história de vida, levando em consideração os lugares por onde transita e a máxima “sempre introduzi-la [a discussão] em todos os lugares”, a interlocutora foi ressignificando suas experiências, compreendendo como a violência obstétrica atinge de formas diferentes as mulheres negras. Nessa trajetória, Neusa construiu e continua a elaborar estratégias para tirar a pauta da invisibilidade e para tensionar os gestores da saúde a implantarem medidas que visem a qualificação do cuidado obstétrico de mulheres negras.

No relato seguinte, nas vivências de Fátima, pode-se ver esse movimento de tirar a invisibilidade da temática por dentro das instâncias da gestão em saúde.

5. 1. 4 Fátima: os desafios e as potências negras por dentro da gestão em saúde

“E quando a gente trabalhava a questão das mulheres negras havia muito da fantasia da mulher negra, da mulher e do homem negro forte, resistente à dor, que dura mais, que tem mais resistência, né, que adoece menos. E da mulher negra, era isso, invariavelmente. “Tá gritando por que? Tá gritando por que? É forte, uma negona, tá gritando por quê?”. Isso os mais calmos né, isso os mais calmos. “Ah, essa mulher tá gritando muito.””
(Transcrição - Entrevista 3, p. 45).

Com a minha inserção, durante o pré-campo e o campo, no Comitê de Saúde da População Negra do MRJ, avalio a que entrevista realizada com Fátima transcorreu de modo mais íntimo, no qual a interlocutora trouxe em sua narrativa diversas vivências enquanto profissional de saúde em maternidades e junto à gestão em saúde pública. Talvez por conta dessa maior proximidade, a entrevista foi bem além do tempo previsto, chegando a durar quase duas horas.

Ao se localizar dentro da militância, uma característica foi pontuada por Fátima: ela não se identificou como parte de uma instituição, coletivo ou grupo em específico, ainda que se veja como parte do Movimento de Mulheres Negras, tendo relações bastante próximas com Criola e FEMN-RJ. Esse aspecto também foi observado no relato da interlocutora Beatriz e, de forma similar, no de Ruth.

Fátima contou que a sua aproximação com a temática da saúde das mulheres negras esteve intensamente relacionada com o seu processo de “tornar-se negra” (SOUZA, 1990). Durante a entrevista recordou suas experiências como acompanhante de sua mãe nas emergências hospitalares, rememorou o período quando era aluna de curso de graduação da área da saúde e outras vivências nas quais percebera as marcas do racismo e do sexismo, bem como o silenciamento da sociedade com o tema:

“Agora porque que eu quis discutir saúde da mulher negra? Talvez porque eu seja uma mulher negra e sou de uma família de mulheres negras, e via as dificuldades dessas mulheres e a minha própria dificuldade para acessar a saúde, achava tudo muito injusto, desde muito pequenininha, eu sempre achei muito injusto né, nessa coisa do racismo né, já tinha passado por muitas situações de racismo na escola, na faculdade, na minha vida. E porque eu via que isso não era olhado.” (Transcrição - Entrevista 3, p. 32).

Como teve a oportunidade de trabalhar em maternidades, portanto, junto à atenção obstétrica, o olhar de Fátima para as questões da qualidade do cuidado ofertado às mulheres negras identificou expressões de racismo nas condutas inadequadas dos profissionais, ou ainda de negligência, como quando as condutas necessárias, previstas em protocolos de saúde, não eram tomadas pelos trabalhadores.

As marcas do racismo não perpassavam somente as gestantes negras que eram atendidas nas maternidades onde Fátima atuou, mas também em sua própria vivência enquanto estudante, como pode ser observado no seu relato na entrevista de que era uma das poucas alunas negras no seu curso de graduação.

A ativista contou que durante as aulas práticas da graduação as professoras exigiam que ela retirasse as tranças que usava no cabelo. Percebendo que enquanto ela precisava alterar a sua estética, diante da exigência das professoras, suas colegas brancas não precisavam alterar em nada a forma de usar o cabelo, por mais comprido que ele fosse, como mencionado no trecho abaixo:

“E aí não tinha negociação, porque ou eu tirava a trança ou eu era prejudicada de alguma forma. Esse era o poder de [...], esse era o tipo de relação de que se tinha, né? Então a questão da cor e do racismo, ela tava sempre atravessando a minha trajetória pessoal, dentro da faculdade e esse olhar já tava para as questões e relações profissionais, né, porque ali já tava preparando para atuar.” (Transcrição - Entrevista 3, p. 36).

A estética dos cabelos de pessoas negras, historicamente, foi considerada socialmente como símbolo de desordem, primitividade e inferioridade, sendo, inclusive, usado como marca de servidão no período da escravização. Desvalorizados socialmente, os cabelos afros tornaram-se, em processos de resistência, instrumento de consciência política nos movimentos negros pelo mundo (KILOMBA, 2019). No relato de Fátima vê-se o conteúdo

racista perpetuado pela prática das professoras que não a permitiam usar o cabelo com estética negra nos cenários de estágios.

Ainda sobre suas observações durante a faculdade, Fátima rememorou situações de violência obstétrica que presenciou nos estágios nos hospitais, como a apresentada no trecho abaixo, que revela graves condutas das profissionais de saúde com mulheres com vivências de aborto:

“[...] ocasião na sala de procedimentos de curetagem, né, a porta dava pro corredor. Então quem passava no corredor ouvia o que tava se passando dentro da sala. Então, às vezes eu ouvia as mulheres gritando e os professores, os médicos falando assim: "Ah, você não tirou? Agora você vai sentir a dor! Você vai sentir a dor". Então eles faziam procedimentos de curetagem sem anestesia para punir as mulheres.” (Transcrição - Entrevista 3, p. 35).

Discursos como estes, verbalizados pelos profissionais de saúde, parecem ser comuns de serem ouvidos por gestantes no cenário brasileiro, como apontou a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, na qual 15% das mulheres entrevistadas referiram ter escutado, durante o trabalho de parto, algum tipo de fala humilhante como “não chora que no ano que vem você está aqui de novo” e 14% referiu ter ouvido frases como “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe, por que está chorando agora.” (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013).

Após a graduação, ao passar por vários centros obstétricos, Fátima continuou a se indignar com as iniquidades em saúde presenciadas no seu exercício profissional. Nessa vivência nos equipamentos de saúde, ainda que reconhecesse o árduo esforço de determinada equipe em evitar as mortes maternas, percebeu que quando estas aconteciam a maioria recaía sobre os corpos de mulheres negras.

Após trabalhar na assistência obstétrica, Fátima teve a oportunidade de atuar em instâncias da gestão em saúde. Assim, nesses novos lugares de atuação, ela buscou trazer a temática de saúde das mulheres negras para dentro dos cursos ofertados pela gestão. Constatou que, antes mesmo de a PNSIPN ser publicada, já incluía tal discussão para as capacitações com profissionais que desenvolviam práticas de trabalho no campo de saúde da mulher.

Ao relembrar as experiências dos cursos de capacitação, Fátima mencionou um comentário feito por uma colega médica que remete à maneira como se dá a produção do corpo das mulheres negras por meio dos discursos hegemônicos na formação em saúde, ainda fincada em valores e concepções coloniais-escravocratas (LIMA, 2019), conforme ilustrado no trecho abaixo:

“E eu lembro que no centro de treinamento, a gente tinha um momento que a gente reservava para estudar, né. Porque a gente precisava estudar, pois a gente tava treinando, então o tempo inteiro a gente tinha que tá se atualizando, estudando, estudando. E eu lembro da Maria, era uma ginecologista amiga nossa que integrava essa equipe do centro de treinamento, ela descreveu uma aula de ginecologia que ela teve: "Quando eu fui ter a minha aula de episiotomia, o professor ensinou o tipo de corte, o que evitar". Porque esse corte que vem direto aqui, né, que pode lacerar inclusive até o ânus, é sempre preferencialmente lateralizando”. E falou assim: "A gente dá uma anestesia ali, uma local, mas para as mulheres negras não precisa, porque elas são mais fortes". E essa questão fica. Fica porque no centro de treinamento, quando a gente tava com os profissionais saúde, a imagem da mulher negra como a que suportava dor, ela era quase que unânime na cabeça dos profissionais. E aí a gente tinha que desconstruir isso.” (Transcrição - Entrevista 3, p. 44 e 45).

Esse trecho também revela, mais uma vez, uma das estratégias desempenhadas por Fátima com vistas a enfrentar, dentro dos seus lócus de atuação profissional, a violência obstétrica contra mulheres negras, quando ela buscou desconstruir visões estereotipadas sobre os corpos das mulheres negras por meio das capacitações.

Ao trazer esse assunto, a interlocutora também comentou sobre a pesquisa “Nascer no Brasil”, que trouxe dados que auxiliaram a comprovar questões apontadas há bastante tempo pelo Movimento de Mulheres Negras, como o mito das mulheres negras serem mais resistentes à dor (LEAL, 2017). O destaque dado à pesquisa Nascer no Brasil foi mencionado por três ativistas entrevistadas nesse estudo: Ruth, Beatriz e Dandara.

Quando narrava os motivos que a levaram para o percurso como militante, a interlocutora contou sobre vivências de âmbito espiritual, quando recebeu um “chamado”, por meio de amigos, para ir até um centro de umbanda. Tal “chamado” se apresentou de forma mais forte em um momento em que Fátima estava muito adoecida, quando desempenhava uma função importante junto à gestão em saúde. Por conta do cargo, ela tinha uma alta carga de trabalho. Diante do seu adoecimento, estava na iminência de pedir para sair do cargo, quando contou sua experiência com uma entidade da umbanda:

“A pessoa que me convidou pro centro falou: "Olha a entidade tal que falar com você, pediu pra você ir. Você vai?". Eu falei: "Eu vou", e fui. E aí essa entidade me disse que eu não podia sair, que eu ainda tinha que cumprir minha missão, que eu não tinha cumprido o que eu tinha pra cumprir. Eu falei: "Mas eu não aguento mais, eu quero sair, tenho livre arbítrio. Eu quero sair". "Mas você precisa continuar". E eu afirmava, afirmava, até que ele me contou o porquê que eu tinha que continuar. E eu me convenci, e aí eu falei: "Então vocês precisam me ajudar, pra que eu possa continuar. Sozinha eu não aguento". E ele falou: "Não se preocupe, nós vamos estar com você. Nós já estamos com você, só que você não consegue tá aberta pra ver isso. E você vai ficar lá enquanto for importante pra você, for necessário, o tempo que for necessário pra você cumprir o que cê tem que cumprir. Porque você já veio várias vezes e você não conseguiu cumprir. A gente até entende porque que você não conseguiu cumprir, porque você não tinha poder de resolver. Então por isso que a gente, agora, entendeu que você precisava ter algum cargo, então por isso que esse cargo foi oferecido pra você e você tá le até agora. Para que você tenha um mínimo de autonomia, para conseguir fazer o que você tem que fazer. Mas daqui a pouco acaba, aí você, a gente

vai te avisar quando você já tiver, o seu tempo [...] O tempo de vocês não é o nosso tempo, não posso dizer pra você que vai acabar daqui a um mês, dois meses, porque são tempos diferentes, mas tá perto de você cumprir o que você tem que cumprir. Aí você vai poder fazer o que você quiser". **Então, por isso eu não sei muito bem se eu é que me aproximei do tema, ou que o tema se aproximou de mim, entendeu? Quando eu vi, eu estava até a raiz do cabelo envolvida com essa questão.**" (Transcrição - Entrevista 3, p. 34 – grifo nosso).

Por meio do trecho acima, observa-se que Fátima significa sua permanência nos espaços de gestão como algo que remete às suas vivências espirituais em uma religião de matriz afro-brasileira, como é o caso da umbanda. No contexto da diáspora africana, a religião é compreendida como uma importante referência de identidade para as populações negras. Historicamente, os africanos, ao chegarem em território americano, eram obrigados a seguirem a religião do senhor, num processo em que os escravizados que tentavam manter os hábitos religiosos de origem africana sofriam perseguições na sociedade colonial (ADESKY, 2005).

Na atualidade, apesar da inferiorização negativa e sistemática na sociedade brasileira, as religiões de origem africana sobrevivem, mantendo algumas características e apresentando aspectos do sincretismo. Os terreiros de umbanda e candomblé mantêm-se no registro de geradores de sociabilidade e de comunidade (ADESKY, 2005).

Enquanto membro da gestão, Fátima participava de reuniões, oficinas, debates, audiências e outros eventos, e buscava dar visibilidade para a discussão da saúde das mulheres negras. Durante a entrevista, contou sobre as cobranças feitas por organizações do Movimento de Mulheres Negras do Rio de Janeiro na ocasião de uma audiência pública. O evento ocorreu no final da década de 1990, quando ainda as publicações sobre os dados de morte materna com as variáveis raça/cor eram raras, embora já houvesse cobrança e pressão por parte das ativistas negras, conforme Fátima revelou nesse diálogo que teve com uma figura da gestão da saúde da mulher:

"[...] ela chegou muito, muito assim: "Poxa, a gente faz, faz, faz, faz e ainda apanha". Porque Criola sentou o pau né. Porque as mulheres negras, desde sempre, eram as que mais morriam e Criola cobrava uma ação mais efetiva, né. E foi quando começou a ser discutido, então. Na ocasião, por exemplo, os relatórios de mortalidade materna no município do Rio de Janeiro não vinham apontando quem mais morria na cidade. Então indicava "as mulheres morriam", então Criola cobrava, isso era uma das cobranças de Criola. Isso era década de 90, isso era 97, 98, 99, por aí." (Transcrição - Entrevista 3, p. 37).

Na realização de eventos, a militante entrevistada buscava pensar formas de trazer a população para debater junto à gestão e aos profissionais, como forma de potencializar os debates e minimizar o caráter academicista. Ao recordar da construção de um evento sobre atenção obstétrica, em que foi criado um fórum de discussão com os movimentos sociais,

trouxe uma fala impactante feita por uma mulher do interior do Rio de Janeiro, que revela as faces de uma assistência que desumaniza mulheres negras:

“Desse relato eu não me esqueço. Relatando de uma maternidade, não era no rio não, era fora do rio, era no interior do Rio. Não sei que lugar, por vieram mulheres de outros lugares, da Baixada: “É, eu estava parindo e eu comecei sentir uma vontade enorme de fazer cocô. E eu não sabia se era vontade de parir ou se era vontade de fazer cocô”. E na hora da descida, é isso mesmo, né? Porque se você tiver com o intestino cheio, vai junto. “E eu acabei fazendo cocô. E eu fiquei com muita vergonha, principalmente porque a médica, ela gritava, ela me chamava de porca, e chamava de tudo quanto era nome. De negra porca, de negra isso, de negra aquilo. Ela falou ‘agora pra você aprender, seu filho vai nascer aí, ó’. E deixou a criança nascer no cocô.” (Transcrição - Entrevista 3, p. 43).

Esse triste relato é mais um exemplo da presença dos esquemas coloniais nas práticas em saúde, evidenciando que, além de as mulheres negras serem alvo das desigualdades de raça e de gênero, elas também sofrem com a animalização de seus corpos, num processo onde sequer são compreendidas enquanto humanas (LIMA, 2019).

Durante boa parte da entrevista ela trouxe casos de negligências e atos que evidenciam a violência obstétrica: mulheres deixadas sozinhas nos leitos, xingamentos, violências físicas durante os partos, dentre outros. Fátima comentou como se afetava ao presenciar as condutas inadequadas dos profissionais e como isso a colocou em movimento, buscando mudar a postura deles e, acima de tudo, proporcionar àquelas mulheres racializadas uma assistência de melhor qualidade, inclusive em situações em que havia o risco de morte iminente. No que diz respeito às afetações nas trajetórias das ativistas e como vão se transformando em potências de ativismo, irei discorrer mais sobre o assunto na seção “Enfrentamentos e Lutas – das afetações que produzem ações”.

Em seguida, apresento a trajetória de Lélia, ativista mais jovem e que tem uma militância voltada ao campo do universo do parto humanizado.

5. 1. 5 Lélia: da doulagem aos espaços do legislativo

‘[...] a violência obstétrica é parte de um processo, mas o que tá na ponta quando uma mulher passa por sucessivas violências, a ponta da ponta da ponta, o final da linha é a morte.’ (Transcrição – Entrevista 1, p. 9)

Pude ter o primeiro contato com Lélia durante um evento, no segundo semestre de 2018, promovido pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPERJ), em que foi discutida a questão da violência obstétrica a partir do óbito materno da jovem negra Rafaela Santos. Neste evento estiveram presentes diversas ativistas do Movimento de Mulheres Negras do Rio de Janeiro que, juntas a atores das gestões em saúde e pesquisadoras, auxiliaram trabalhadoras da DPERJ, por meio de um grupo de trabalho, a compreender

quais vulnerabilidades atravessaram a experiência de atendimento em saúde de Rafaela, isto é, que estiveram envolvidas no desfecho de seu óbito.

Ao dialogar a primeira vez com Lélia sobre a realização desta pesquisa, ela levantou uma questão que eu iria encontrar no curso da pesquisa; se eu gostaria de entrevistar somente mulheres negras. Ao responder que não necessariamente era esse o recorte da pesquisa, ela respondeu que todas as mulheres que conhece que estão envolvidas na militância que aborda a violência obstétrica contra mulheres negras são negras.

Mesmo que se reconheça que há uma crescente produção de acadêmicos brancos refletindo de forma crítica sobre a branquitude, por meio da realização desta pesquisa foi possível observar que, de fato, a discussão sobre a temática é hegemonicamente pautada por mulheres negras. Aliada a essa discussão, durante várias entrevistas, as ativistas relataram suas dificuldades ao tentarem discutir com mulheres brancas sobre o racismo e as invisibilizações em espaços constituídos por maioria de pessoas brancas. Essa é uma antiga questão enfrentada pelas mulheres no Movimento de Mulheres Negra, ao que González (1988) nomeou de racismo por omissão.

Quando convidei a interlocutora para realizar a entrevista, após a aprovação da pesquisa no CEP, era 2019 e a essa época ela havia assumido a coordenação do gabinete de uma das deputadas estaduais negras eleitas para a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ). Assim, nosso encontro foi agendado no gabinete, portanto, nos espaços da ALERJ. A porta do gabinete possuía uma placa que se tornou um símbolo de memória da história de luta de Marielle Franco¹³, vereadora carioca executada em 2018 presumidamente por razões políticas.

Lélia havia trabalhado como assessora parlamentar de Marielle pelo fato de ter realizado um percurso de militância anterior relacionado à saúde da mulher, especificamente de mulheres negras. Relatou que seu percurso na militância vem desde o ensino médio, no movimento estudantil. Durante a graduação, em uma universidade pública do Rio de Janeiro, teve uma gravidez não planejada que a colocou em uma encruzilhada: seguir ou não adiante com a gestação. Diante do medo de “*entrar para estatística*” de óbito materno, ou seja, já de posse da informação de que “as mulheres negras são as que mais morrem [...]”

¹³ Mulher, negra, nascida na favela da Maré, a vereadora carioca Marielle Franco foi executada em 14 de março de 2018. O gabinete da vereadora construiu uma “mandata coletiva” que teve importante papel em ações que agruparam diversos sujeitos em diferentes momentos para discutir sobre a violência obstétrica contra mulheres negras, como uma audiência sobre a temática na ALERJ em 2018 e a construção de um GT sobre violência contra mulher. As ações da “mandata coletiva” estavam preocupadas em propor iniciativas que visassem à qualificação do cuidado em saúde ao ciclo gravídico-puerperal.

são as mulheres pobres que mais morrem, morrem no aborto inseguro [...]” (Transcrição - Entrevista 1, p. 2), ela decide não interromper a gravidez.

Nesse processo, ela foi lendo e aprendendo sobre o universo da gestação e ao se deparar com a informação de que o seu plano de saúde somente garantia cobertura para o parto cesáreo, fez um desabafo por meio da rede social “*Facebook*”, pois gostaria de ter seu bebê em parto normal. Por meio dessa postagem ela teve os primeiros acessos à opção do parto humanizado e à possibilidade de realizar o pré-natal e o parto na Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF), na rede pública. Sobre o atendimento neste equipamento de saúde, único no MRJ, ela comentou:

“[...] é um pré-natal muito bem elaborado né, tem oficinas, uma série de trabalhos mais específicos. [...] primeiro você assiste uma apresentação, adorei a apresentação, tava segura daquilo, né, tem toda aquela explicação que não atende médio, só baixo risco, a gente faz uma avaliação [...] Paralelo a isso, que é um pré-natal de muito empoderamento, paralelo a isso comecei a pesquisar.” (Transcrição - Entrevista 1, p. 3).

Durante a entrevista, ela narrou sobre o relato de parto violento compartilhado por sua mãe, que ficou horas na cena de parto sozinha, sem auxílio de profissional algum, além de ter sido objeto de intervenções violentas, como a episiotomia e manobra de *Kristeller*. Atravessada pelo medo de sofrer violência obstétrica, tal como sua mãe havia sido vítima, a escolha de Lélia de buscar outra via de parto, que não fosse a cesárea, a conduziu a um universo antes desconhecido: o parto humanizado.

A partir do pré-natal junto à CPDCF e das pesquisas que realizou sobre o universo do parto humanizado, teve acesso à figura da doula, chegando a se questionar: “como é que eu me dizia feminista, por exemplo, sem conhecer o que é que era o parto humanizado?” (Transcrição - Entrevista 1, p. 3). Com relação a essa questão, na pesquisa de Lima (2019), sobre as tensões relacionadas nas definições sobre a violência obstétrica, há a discussão de que o movimento pela humanização do parto inclui tanto um ativismo realizado por mães que nem sempre se posicionam enquanto feministas, além do fato de que os movimentos feministas nem sempre dão foco para pautas relacionadas à maternidade.

Diante de sua condição social e do fato de seu companheiro à época, pai da criança, estar desempregado, ela não teve condições financeiras de pagar os serviços de uma doula. Relatou que conseguiu contornar a ausência dessa profissional com a tomada de conhecimento no pré-natal realizado na CPDCF e nas leituras que realizou por conta própria.

Em sua fala, Lélia argumenta que o fato de mulheres negras frequentarem a Casa de Parto possibilita que elas tenham acesso a um tipo de serviço mais comumente ofertado a sujeitos da zona do Ser (FANON, 2008), como ilustrado no trecho abaixo:

“E o atendimento da casa de Parto é um atendimento padrão, enfim, né, primeiro mundo. Padrão zona sul, carioca, hospital de ponta, entendeu? Enfim, não é um hospital mas é atendimento de ponta né, a forma que trata você, é isso né, é outra [...] é diferente, o padrão, o parâmetro é completamente diferente.” (Transcrição - Entrevista 1, p. 5).

No decorrer da entrevistada foi possível compreender que sua experiência enquanto gestante negra, com acesso a um pré-natal de “primeiro mundo”, embora não tivesse condições de pagar uma doula, esteve intimamente relacionada à sua entrada em um ativismo inserido no universo da doulagem, do parto humanizado e do tema da violência obstétrica.

Ao questionar quais mulheres tinham acesso mais facilitado à concepção do parto humanizado, ela buscou um curso de formação de doula para poder ofertar os serviços às mulheres que não possuíam condições de custear uma doula no parto. Essa estratégia, voltada ao universo do parto humanizado, é similar à empreendida por outra ativista que participou da pesquisa, Beatriz.

Com base na sua vivência pessoal, como mulher-negra-gestante, que teve a oportunidade de realizar um curso de doula, Lélia buscou articular ações que contribuíssem para que mais mulheres racializadas, como ela, acessassem informações que costumam ficar no desconhecimento em um pré-natal convencional, centrado na figura do médico.

“Eu fiz o curso pra tentar atender essas mulheres porque entendendo que elas não tinham muito dinheiro então, pensei: vou pensar num jeito, no meio do caminho eu vou pensar num jeito da gente conseguir ajudar elas. Aí eu fiz o curso, né, de doulas e educadora perinatal [...] terminei o curso e em maio abri um grupo de apoio, de doulas e educadoras perinatal. [...] E aí a gente inaugurou um grupo na baixada, parto com respeito Nova Iguaçu, baixada. O grupo durou muito pouco tempo, porque a gente não conseguiu manter uma regularidade, mas entendendo que, enfim, as mulheres da baixada fluminense são as que mais sofrem, a gente tentou fazer essa reflexão. A gente formou um grupo de doulas na baixada. Tipo, formou mesmo, formou doulas na baixada.” (Transcrição - Entrevista 1, p. 7).

Lélia explicou também que sua iniciativa de iniciar um serviço voltado para mulheres de classes mais baixas se deu ao perceber que a maioria das doulas atendia mulheres de classes mais altas da sociedade. Entendendo não ser possível se referir à categoria mulher de forma universal e que, sendo assim, nem todas as mulheres poderiam ter o “parto dos sonhos”, ela tentou contribuir para que outras mais pudessem ter “um parto respeitoso, que o direito dela(s) e do bebê fossem respeitados.” (Transcrição, Entrevista 1 - p. 9). Ao comentar sobre esse percurso ela menciona os lugares onde atendia, locais estes que, em geral, a maioria das doulas não acessam:

“[...] ia pra São Gonçalo, no mesmo dia ia pra baixada, aí no mesmo dia ia... Entendeu. E aí ficava circulando no Rio de Janeiro e eu não gostava de lugar fácil, eu gostava de lugar difícil (risos). Qual a graça se você atender alguém que mora do seu lado? Você quer atender alguém que mora em São Gonçalo, para atender uma mulher que precisa, então também né, eu precisava, mas ela também precisa, então, se ajudar.” (Transcrição - Entrevista 1, p. 7).

Quando teve a oportunidade de desenvolver uma pesquisa junto a um instituto voltado para moradores de favelas, Lélia quis produzir um conteúdo que refletisse sobre a violência obstétrica. Frente à dificuldade de produção de dados epidemiológicos sobre o assunto, a ativista realiza um estudo com os dados públicos sobre morte materna, encontrando as altas taxas de razão de morte materna entre mulheres negras. Logo após a realização desta pesquisa, ela foi convidada para integrar a assessoria da então vereadora Marielle Franco. Diante da grande quantidade de compromissos nessa função junto ao legislativo, Lélia precisou interromper os atendimentos como doula.

Já como assessora parlamentar, Lélia continua a discutir a temática da saúde das mulheres negras, auxiliando na construção de uma audiência pública sobre a mortalidade materna No MRJ. A partir da realização desta audiência, é formado um Grupo de Trabalho com diversas pesquisadoras, ativistas e gestoras, no qual as entrevistadas Fátima e Ruth também participaram.

“[...] e a gente faz uma audiência pública sobre mortalidade materna a partir dela, a gente elaborar um grupo trabalho que é um grupo bom e elabora, aí, penso: por que não Casa de Parto dentro município do Rio de Janeiro? Por que só tem uma? Enfim, né, o que é que seria ideal? E aí a gente elabora um projeto de lei para ter casas de partos no município do Rio de Janeiro, cinco casas parto, uma por ano nos próximos cinco anos de acordo com o IDH né. Do mais baixo para o mais alto de cada zona né. E aí é isso assim, no primeiro momento a gente consegue trabalhar assim. A gente faz né, visitas em maternidades, na casa de parto é uma. [...] a gente foi na Maria Amélia, [...] a gente vai no Mariana Crioula, enfim, a gente visita algumas maternidades até a elaboração disso. Na verdade o projeto de lei não é só a Casa de Parto, é centros de parto normal, o que é mais adequado na verdade que a gente consegue reduzir custo do Estado.” (Transcrição - Entrevista 1, p. 10).

Mesmo nos conhecendo pouco, Lélia foi aberta e colaborativa com a conversa. Chegou a se desculpar por falar rápido demais e se adiantou, ao afirmar que seria trabalhoso realizar a transcrição, e, ao finalizar o áudio disse: “me desculpa você do futuro”. Desligado o gravador, relatou que imaginava das dificuldades de encarar fazer uma pesquisa acadêmica que discutia racismo e saúde. Essa temática surgiu mais vezes na entrevista de Beatriz, na sequência.

A realização da entrevista de Lélia foi importante para melhor compreender como a categoria “violência obstétrica” compôs e compõe as narrativas discursivas da agenda política de parlamentares, principalmente de mulheres negras. Além disso, foi possível identificar que as ativistas identificadas no pré-campo, ainda que inseridas em diferentes searas (gestão em saúde, assistência em saúde, doulagem, ONG’s, academia etc.), e com corpus de ativismos em diferentes locais, encontram-se em determinados momentos, conhecem-se entre si e buscam colaborar umas com as outras na construção das agendas.

5. 1. 6 Beatriz: a construção de um coletivo de parto domiciliar para mulheres negras e periféricas

“[...] já comecei a me inquietar porque eu percebia que o público que tava atendendo era um público que não fazia parte da minha vida fora do trabalho. Pensando nos meus pares, se fosse pensar na minha irmã, na minha mãe, na minha prima, nas minhas vizinhas, seriam pessoas que nunca teriam acesso aquele tipo de assistência (...). E ali, eu comecei realmente um embate e comecei a me questionar: "E se eu tivesse grávida hoje, eu teria condições de pagar um parto domiciliar?".”

(Transcrição - Entrevista 5, p. 85-86).

Beatriz é mulher, preta, não possui filhos, contudo, já acumula alguns anos de experiência como enfermeira obstétrica. Para a realização da entrevista, nosso encontro foi realizado em uma universidade pública, onde ela cursa mestrado. A indicação de seu nome surgiu, inicialmente, um pouco antes de eu iniciar o curso de mestrado. Uma amiga havia realizado uma formação de doula e contou-me sobre uma enfermeira *que discute racismo e saúde*.

Ao longo da realização do pré-campo e do campo, ouvi o nome de Beatriz outras vezes como sugestão para participar da pesquisa, em função do trabalho de parto domiciliar que ela desenvolve com mulheres negras e periféricas.

Quando questionada se faz parte de algum movimento social, ela comentou que mesmo não estando vinculada a um grupo e/ou coletivo em específico, entende-se como parte do Movimento Negro, acrescentando que entende que este está se expandindo na atualidade. Apesar da militância que ela atribui como “quase que individual”, compreende que suas atividades se inserem em uma coletividade, por estarem conectadas a pautas de outras ativistas, já que abordam a saúde das mulheres negras.

Ao responder sobre o início da sua trajetória no ativismo, Beatriz fez um relato que se assemelha um pouco ao de Fátima, ao situar que esse processo está associado ao seu movimento de se entender como uma mulher negra, percebendo as marcas do racismo e do sexismo.

Esse processo do “tornar-se negra” (SOUZA, 1990) perpassou por diversos momentos de sofrimento. Simultaneamente, Beatriz foi tendo acesso às leituras sobre o campo da saúde da população negra. De posse do arcabouço de conhecimento produzido no campo, ela começou a enxergar os vieses do RI em seu ambiente de trabalho e pensar formas de enfrentar a violência obstétrica:

“[...] dentro dos hospitais, o tempo inteiro eu tava tentando pautar, de alguma forma, a questão da mulher negra, assim, de reconhecer o racismo estrutural, de olhar as diferenças de tratamento, perceber que de alguma forma eu tinha que en-

trar ali, ou para defender a mulher, ou mesmo para me defender, sem entender que estava passando por uma situação de racismo. Então, a militância, na verdade, ela já existia.” (Transcrição - Entrevista 5, p. 73).

Sobre sua formação acadêmica, falou da ausência de discussão sobre parto respeitoso na graduação e das dificuldades para pautar a discussão sobre racismo e saúde nas especializações que cursou.

Por outro lado, compreende que recentes pesquisas, que trabalham com dados desagregados por raça/cor, auxiliam no embasamento de determinadas pautas de militância negra. Beatriz, tal como outras ativistas entrevistadas, mencionou a Pesquisa Nascer no Brasil e acrescentou que a produção desse estudo teve maior repercussão no espaço acadêmico:

“[...] na verdade, o que acontece, quando surge a pesquisa Nascer no Brasil, acho que isso é, a gente tem uma voz com mais poder, que ali tem uma estatística de um estudo muito grande que tá comprovando o que a gente tava falando, o que eu tava falando lá em 2009.” (Transcrição - Entrevista 5, p. 75).

Quando realizou uma pesquisa na conclusão da residência em obstetrícia, quis discutir sobre a saúde das mulheres negras, apesar das barreiras que encontrara para a produção do estudo. Ela registrou que nesse momento já percebia as diferenças de cuidado obstétrico ofertado às mulheres negras, mas que era difícil fazer, então, um debate sobre o assunto e trouxe o tema do mito da democracia racial:

“[...] depois da pesquisa “Nascer no Brasil”, as pessoas ficaram mais dispostas a ouvir, ou mais sem argumentos contra o que a gente tava falando, né? E aí, eu acho que mais ou menos 2015, 2016, é quando eu começo a falar mais sobre isso e as pessoas ouvem mais, assim. Mas a militância, assim, começa lá né, em 2009, quando ninguém tava afim de discutir isso. E tá num lugar confortável né? Tava muito confortável até então, não ter que discutir racismo. [...]. É aquela história do crime perfeito no Brasil. Ninguém quer ser racista, ninguém quer falar que onde trabalha tem racismo, porque a gente tá dentro de uma democracia racial, então. Que bom, a gente tá aqui, não precisa fazer nada, não precisa se mobilizar porque racismo nem existe. Então, enquanto isso, é isso, a gente tem 62% de mulheres negras morrendo e 32% de mulheres brancas. Então, vamo deixar isso quieto, porque não tá incomodando ninguém, né? Não tá incomodando a quem tem poder, de alguma forma. E aí, eu acho que a pesquisa do Brasil é esse ponto de corte, o ponto que não dá mais para botar um pano por cima e as pessoas vão ter que falar sobre esse assunto.” (Transcrição - Entrevista 5, p. 75).

A partir dessa fala, pode-se compreender que os dados obtidos por meio da pesquisa Nascer no Brasil auxiliaram a embasar as pautas do Movimento de Mulheres Negras. A discussão dos dados desagregados por raça/cor indica a existência de iniquidades raciais no contexto obstétrico, permitindo-se, assim, desvelar o mito da democracia racial no contexto da saúde.

Retornando à sua experiência como enfermeira obstétrica, Beatriz contou que trabalhou em diversas maternidades do Rio de Janeiro. Em sua prática nos serviços obstétri-

cos percebeu as diferenças de tratamento dispensadas às mulheres negras e às brancas, sendo possível notar os estereótipos atribuídos a elas de acordo com a cor de pele; enquanto as mulheres brancas eram vistas como mais frágeis, as negras eram consideradas como as mais fortes.

Ela rememorou alguns casos que evidenciam a violência obstétrica: “um caso de uma menina que eu lembro, assim, sendo suturada e ela falando: ‘Mas não pegou a analgesia. Não, não, ainda tá doendo ainda!’. E a pessoa: ‘Não, é assim mesmo’. Mas que a gente sabe que não é.” (Transcrição - Entrevista 5, p. 79).

Com relação às diferenças do cuidado ofertado entre as maternidades, Beatriz observou que no hospital em que os profissionais eram mais velhos e não havia capacitações voltadas para o tema da humanização, as disparidades de tratamento ofertado entre mulheres brancas e negras eram bastante visíveis. Notava que, quando os profissionais iam atender mulheres brancas, os procedimentos a serem realizados eram explicados, havia essa preocupação de conversar com a paciente e informar, ainda que minimamente, sobre as intervenções no parto. Já com a maioria das mulheres negras, os profissionais chegavam aos leitos sem dialogar com as parturientes, sequer as cumprimentavam, apenas realizavam as intervenções e se retiravam da cena do parto.

Beatriz foi compreendendo, por meio da sua prática, a presença do mito, na mentalidade dos profissionais de saúde, de que as mulheres negras são mais resistentes à dor. Mesmo quando ela e outra colega de profissão solicitavam que a mulher recebesse analgesia, ouvia dos profissionais frases como “*Ah não, essa daí aguenta*. E na maioria das vezes quem aguentava era a mulher negra ou parda, ou com um que, você percebia, um nível de escolaridade mais baixo, pela maneira de falar, adolescentes. Então, essas eram as que menos recebiam.” (Transcrição - Entrevista 5, p. 80).

Com relação à analgesia, Beatriz percebeu que os corpos de mulheres negras eram atravessados por discursos racistas não só por terem negado o direito de receberem anestesia, mas também por serem lidos enquanto “corpos-intervenção”, isto é, como “objeto subalterno de estudos e objetivações.” (PACHECO, 2016, p. 159).

A respeito desse último aspecto, durante uma atividade que participei no campo, em um encontro de doulas, ouvi o relato de uma mulher negra sobre sua experiência de parto em uma maternidade. Logo após o nascimento de seu bebê, que ocorrera de forma relativamente rápida e sem maiores intervenções dos profissionais, o médico, ao perceber que não havia realizado episiotomia nela, optou por realizar o corte mesmo após o parto da criança. Na cena, estavam outros estudantes médicos e o seu corpo, naquele contexto, ser-

viu de objeto de uso para os estudantes aprenderem como realizar o corte cirúrgico da episiotomia.

Historicamente, os corpos de mulheres negras foram objeto de intervenções da medicina. O movimento negro norte-americano, por exemplo, denuncia como as marcas do regime escravocrata estiveram imbricadas na construção do campo da obstetrícia, tomando como principal referência os experimentos realizados pelo médico John Marion Sims. Conhecido na medicina moderna com o “pai da ginecologia”, Sims fez diversos experimentos utilizando jovens escravizadas como cobaias, sem fazer uso de analgesia, fundamentando-se na falsa crença de que a população africana é mais resistente à dor (GOÉS, 2018).

Ao comentar sobre este médico, a pesquisadora Góes relembra outras situações em que corpos negros foram utilizados como cobaias em experimentos, com o caso de Tuskegee (GOLDIM, 1999) e do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana, na Bahia, que na década de 1980 realizava experimentos de métodos contraceptivos em mulheres negras e pobres, além de campanhas publicitárias de caráter eugênico: “Entre os seus materiais de divulgação, tinham *outdoors* com fotos de crianças e mulheres negras com os seguintes dizeres ‘Defeito de fabricação’.” (GÓES, 2018, s.n).

Além das condutas que evidenciam as práticas atravessadas pelo racismo, Beatriz também presenciava outras violências nas cenas de parto, como agressões físicas e xingamentos. Ela relatou a dificuldade de lidar com um ambiente de trabalho tão permeado de tensões e violências.

Após a graduação, a entrevistada também acumulou experiências atendendo com uma equipe de parto domiciliar, cenário identificado por Beatriz como um “mundo à parte do parto hospitalar”. Ela permaneceu trabalhando junto a essa equipe por volta de três anos, mas, à medida que estudava mais sobre as iniquidades raciais em saúde, ia identificando que os seus serviços domiciliares se voltavam para as mulheres de classes mais altas e, conseqüentemente, para as brancas.

“[...] ao mesmo tempo que eu tava atendendo parto domiciliar, eu tava nesse processo de militância, de pós, e já comecei a me inquietar porque eu percebia que o público que tava atendendo era um público que não fazia parte da minha vida fora do trabalho. Pensando nos meus pares, se fosse pensar na minha irmã, na minha mãe, na minha prima, nas minhas vizinhas, seriam pessoas que nunca teriam acesso aquele tipo de assistência. E depois que eu saí, fui trabalhar com outra enfermeira, onde eu já tinha um diálogo maior sobre essas questões, sobre essas diferenças, eram mulheres muito militantes, que tavam em várias frentes feministas, que viviam em passeatas, e tudo mais, e num determinado momento eu comecei a questionar: “Então, por que a gente não atende determinadas áreas?”. E aí a gente se depara com esse preconceito, essa discriminação velada, que é isso: “Ah, eu não atendo Bento Ribeiro porque é longe, eu não quero ficar muito tempo no trânsito. É uma escolha, eu quero ter qualidade de vida” Mas ela atende no Recreio? Então, qual é a lógica disso? É realmente a distância ou tem outras

questões? E ali, eu comecei realmente um embate e comecei a me questionar: "E se eu tivesse grávida hoje, eu teria condições de pagar um parto domiciliar?". Não, eu não teria. É isso, bem simples. Enfim, foi se tornando mesmo insustentável para mim estar ali, dentro de tudo que tava vivenciando, de mudança interna mesmo, de enxergar, cada vez com mais sensibilidade, o quê que o racismo tava fazendo comigo e com outras mulheres. E passado um tempo, depois de muitas discussões, eu decidi que eu ia tentar fazer um atendimento que era um atendimento de maneira diferente, voltado para essa população que não tem acesso." (Transcrição - Entrevista 5, p. 85 e 86).

Percebe-se no trecho acima como a continuidade de Beatriz na equipe de parto domiciliar se tornou insustentável diante de um processo em que ela refletiu sobre a elitização do serviço que prestava, e das resistências de suas colegas de trabalho para que flexibilizassem acordos que possibilitassem o atendimento a mulheres de classes sociais mais baixas.

As reflexões sobre como o racismo também atravessava a sua vivência no parto domiciliar, por não permitir, naquele momento, que ela atendesse mulheres negras, impulsionou-a a desenvolver um trabalho novo. Saindo do perfil hegemônico de mulheres atendidas pelas equipes de parto domiciliar, Beatriz inicia a sua própria equipe, voltando a prestar seus serviços para mulheres negras e periféricas e negociando os valores de contratação.

Na antiga equipe ela havia atendido pouquíssimas mulheres negras, já na atual o seu trabalho tem chegado a regiões menos elitizadas e atendido mulheres negras. Beatriz comenta que compreende que há uma necessidade muito mais complexa e ampla de reestruturação das bases da sociedade e do sistema de saúde, mas que sua experiência de trabalho está inserida em um contexto maior, em que outros sujeitos têm pensado estratégias voltadas para mulheres racializadas e de classes sociais mais baixas.

Nesse processo, Beatriz mencionou a existência de cursos de doulas com bolsas para mulheres negras e a construção de parcerias com outros profissionais autônomos que oferecem vagas sociais. À medida que o seu trabalho foi ficando mais conhecido, foi sendo possível articular a prestação de serviços especializados para as mulheres atendidas, como a laserterapia.

O contato com Beatriz possibilitou acessar uma leitura crítica e antirracista sobre os discursos dominantes no contexto do parto humanizado e domiciliar. A sua experiência de inovar no público-alvo da equipe de parto domiciliar inverte a lógica da colonialidade de quem é compreendido como humano e de quem pode acessar uma atenção que respeita e cuida, respeitando as singularidades, as gestantes e suas famílias, ao enxergar as mulheres

negras e periféricas enquanto detentoras de direitos. A seguir, apresentarei a trajetória de Dandara, que também reinterpreta as concepções predominantes no universo do parto humanizado.

5. 1. 7 Dandara: a tomada de consciência de privilégios e a virada para a leitura interseccional no ativismo

“Então, para mim foi uma situação, um choque né, ter noção do meu privilégio. Pari muito bem, pari com uma equipe particular, num hospital da Rede privada mais conhecido aqui do Rio de Janeiro. Então, assim, um casal que não é um casal do ponto de vista romântico de pessoas negras, que tiveram seu filho negro nas melhores condições. E ter consciência disso foi assustador, assustador do ponto de vista, assim, de como isso me deixou consciente de que eu tinha que fazer alguma coisa.” (Transcrição - Entrevista 7, p. 112).

Dandara, assim como outras ativistas, tem a agenda com muitas atividades. No momento de realização da pesquisa, ela estava envolvida com a organização de diversos projetos: curso de formação de doulas, evento de doulas de caráter nacional etc. Por conta disso, tentamos realizar a entrevista uma primeira vez, no final de abril de 2019, mas na ocasião estava acontecendo também uma ação da formação de doulas, sendo necessário reagendá-la para o início de junho.

Nesse período, acompanhei um dia de discussão de um evento nacional de doulas, momento interessante para conseguir compreender melhor sobre o universo da doulagem, bem como as características peculiares do movimento organizado de doulas no Rio de Janeiro.

Posteriormente, em um café no centro do Rio de Janeiro, encontrei Dandara para a realização da entrevista. De fala forte e contundente, ela compartilhou a sua história de vida, o envolvimento com a militância e as suas afetações nesse percurso.

Dandara é doula, se autodeclara negra e possui filhos. Relatou que sua trajetória na militância caminhou por dois lugares: o Movimento Negro e o Movimento Feminista, este último mais voltado a pensar o ciclo gravídico-puerperal e os direitos reprodutivos.

Acredita que sua formação anterior em uma igreja protestante facilitou a entrada na militância, de maneira que ainda na escola ela começou a participar de grêmios estudantis.

Dandara, portanto, inicia seu percurso na militância no movimento estudantil, mas contou que o fato de ficar grávida marcou profundamente a sua virada para se dedicar a esta via do ativismo:

“[...] estar grávida me deu um sentido de que tinha que fazer alguma coisa, porque agora eu tinha outra pessoa e o mundo tinha que ser melhor para a outra pessoa. Então, a gestação certa forma me impeliu à militância. Eu digo isso para ele

até hoje, quando ele reclama. Ah, mas eu só faço isso tudo porque o mundo me deu você.” (Transcrição - Entrevista 7, p. 110).

Quando questionada sobre em que momento sua militância começa a incluir a pauta da violência obstétrica contra mulheres negras, ela traz conteúdos que exemplificam as críticas realizadas por intelectuais negras, como Gonzalez (1988) e Carneiro (2003), ao comentar que as discussões pautadas pelo feminismo não incluíam as condições de vida de mulheres negras e pobres:

“Eu morava em Bangu e as mulheres estavam lá discutindo todos aqueles temas, etc. e tal, mas assim, cara, isso não dialoga em nada com as pretas lá do meu bairro, entendeu? Quando as mulheres vêm falar de saúde para mim, quando elas vêm falar de direitos, elas querem saber como é que elas fazem para ligar as trompas. Elas não estão nem aí pra essa pauta do aborto, porque elas sabem que isso não é realidade delas, a realidade delas é morrer de cytotec. E então eu já tinha, de certa forma, eu acho que eu me afastei dessa pauta por achar que movimento feminista naquele momento não conseguia absorver, muito por conta da questão das interseccionalidades.” (Transcrição - Entrevista 7, p. 110).

Após esses incômodos junto ao movimento feminista, Dandara contou que se aproximou das pautas mobilizadas por mulheres ao participar de uma ação voltada para jovens negras. Contudo, não se tratava do feminismo hegemônico, era uma ação mobilizada por feministas do Movimento de Mulheres Negras, do FEMN-RJ, quando, segundo o relato de Dandara, a palavra interseccionalidade ainda “não estava na moda”.

Atuando em outras frentes de ativismo, Dandara recordou que, diante de uma nova gravidez, a sua militância começou a incluir discussões relacionadas ao pré-natal e parto. Foi nesse momento que ela iniciou as reflexões sobre a violência obstétrica, similar ao que ocorrera com as entrevistadas Neusa e Lélia.

Diferentemente de Lélia, Dandara já tinha ouvido falar sobre o trabalho desenvolvido pelas doulas. Ela relatou que o seu desejo em contratar uma doula para o parto se deu na tentativa de viabilizar a realização de um parto normal e de não sofrer violências no processo. Sobre essas reflexões ela contou, indicando a imbricação entre as histórias de vida e a entrada na militância:

“[...] acho que isso acontece com a maioria das mulheres, que chegam no movimento, no ativismo do parto. Elas querem só parir, e aí elas acabam descobrindo que não é bem assim, esse negócio de parir não é bem assim, não é tão simples, né. Parir com dignidade, de forma bacana, não é tão simples, porque você vai ao médico... São descobertas que são difíceis e que acabam deslocando as mulheres para um ativismo por essa descoberta. Da minha geração de mulheres que frequentaram o mesmo grupo de gestantes, tem várias outras doulas, várias outras pessoas que se tornaram doulas e militantes por causa das descobertas que iam fazendo aos poucos de que o mundo e esse universo não era nada favorável àquilo que a gente, assim, tava buscando.” (Transcrição - Entrevista 7, p. 111).

Por outro lado, a vivência de Dandara é marcada por diversos atravessamentos, como o fato de ser negra e de ter morado em regiões marginalizadas do Rio de Janeiro. A

partir desse lugar, que a difere em diversos aspectos, de classe e de raça, da maioria das mulheres que acessam o trabalho das doulas e buscam o parto humanizado, Dandara começou a considerar os diversos privilégios a que teve acesso durante a gestação do segundo filho.

Ela fez referência a uma “tomada de consciência de privilégios”, explicando que no momento da gestação tinha acesso a um plano de saúde privado, o que possibilitou que o seu parto fosse realizado em uma maternidade frequentada por classes mais altas do Rio de Janeiro e, conseqüentemente, de maioria branca. De forma diferente da maioria das mulheres que conhecia, Dandara teve a possibilidade de escolher o médico por quem ela iria ser assistida no momento do parto.

Assim, ao identificar suas gestações como “marcos de luta”, Dandara começa a incluir pautas relacionadas ao parto humanizado. Relatou que à época, estava sendo inaugurada uma maternidade na cidade do Rio de Janeiro que se tornou um “feixe de esperança” para que fosse ofertado um cuidado de maior qualidade às mulheres atendidas no SUS.

A interlocutora se utilizou das redes sociais para compartilhar o seu relato sobre a experiência do parto. Identificou que nesse momento ainda não havia uma organicidade do movimento em torno do tema da violência obstétrica, mas ela, mobilizada por suas vivências, sentia a necessidade de usar todos os meios possíveis para enfrentar as violências no parto.

Sena e Tesser (2017) destacam o uso das redes sociais como ferramenta de visibilidade das pautas do ciberativismo de mães. No caso da violência obstétrica, o uso da *internet* foi fundamental para a popularização da temática no cenário brasileiro, tendo destaque o “Teste da violência obstétrica” e o documentário “Violência obstétrica – a voz das brasileiras”. Os autores comentam da potencialidade dos usos da internet para desvelar violências naturalizadas pela maioria das pessoas, contudo, pontuam a necessidade de se aprofundar o conhecimento da “realidade da assistência ao parto.” (SENA, TESSER, 2017, p. 217).

A partir das reflexões de Sena e Tesser (2017) e das considerações de Dandara, bem como das que foram feitas pelas demais ativistas participantes do estudo, compreendo ser indispensável conhecer as realidades da assistência ao parto no Brasil, levando em conta que a categoria mulher não é universal e há uma gama de marcadores sociais, como raça, classe, gênero e geração, que atravessam não somente o momento do parto, mas também o pré-natal e o pós-parto.

Observo que o esforço na militância de Dandara refere-se a uma leitura interseccional sobre a violência obstétrica. A partir desse outro lugar, ela identificou que a temática do parto humanizado se mantém limitada às classes mais altas da sociedade, mas que, recentemente, essa pauta tem chegado às mulheres negras.

Com relação à elitização do movimento em torno da categoria violência obstétrica, a interlocutora problematizou como a categoria mulher é tomada de forma generalista e marcou a importância dos lugares de fala (RIBEIRO, 2017) das mulheres negras: “mas quem sofreu que tipo de violência? E aí eu acho que parte das mulheres negras disserem isso [...]” (Transcrição - Entrevista 7, p. 114).

Dandara faz parte de um grupo organizado de doulas que luta por políticas públicas que garantam um parto digno para as mulheres. A ativista relatou sobre o esforço constante que o grupo realiza para desconstruir mitos em torno da figura das doulas como, por exemplo, explicar para a sociedade que “*doula não faz parto*” e que “*doula não faz ausculta*”, falas que visam levar à compreensão de que as doulas não tomam os papéis desempenhados por outros profissionais na cena do parto.

O contexto que levou a formação do grupo foi marcado pela proibição da entrada de doulas em uma maternidade do Rio de Janeiro. Mobilizadas com a situação que afetaria principalmente mulheres negras e pobres, o grupo de doulas que atendia na maternidade, de forma voluntária e gratuita, reuniu-se e buscou garantir a continuidade da prestação de serviços no SUS. Nesse processo, por conta desse recorte, o perfil das doulas que compõem o grupo corresponde a muitas negras, “ainda que não seja a realidade das doulas como um todo.” (Transcrição - Entrevista 7, p. 115).

No relato de Dandara, foi possível identificar diversas marcas da leitura interseccional que realiza sobre a assistência ao parto, desvelando como a questão de classe está imbricada com a questão de raça. Ao considerar o contexto de criação do grupo, a ativista também ressalta que as doulas reunidas atendem a um perfil de mulheres vulnerabilizadas:

“[...] nasce com um grupo que tem uma perspectiva, de uma construção mais periférica, portanto, negra ou, no mínimo, com perspectiva de luta. Logo, o tema das mulheres pobres e negras é óbvio que ele sempre foi um recorte. Isso fica explícito né, a gente sempre se preocupa. A gente não pode, não poderia ter um lema que diz toda mulher merece uma doula, sem pensar quem é toda mulher, né? Sem pensar quem é toda mulher, então, desde que a gente pensa o nosso processo, a gente pensa de como é que a gente chega a conseguir cumprir com esse lema.” (Transcrição - Entrevista 7, p. 115).

Ao compreender como o racismo estrutural atravessa as cenas do parto, realizando uma leitura consciente sobre a atuação das doulas, a ativista afirmou que a figura da doula não protege de violência obstétrica e nem de racismo. A potência do trabalho das doulas

dá-se por via da educação perinatal, estimulando a autonomia e o protagonismo da gestante não só durante o parto, mas também no pré-natal e no pós-parto. Ela relatou que a violência obstétrica pode ser combatida com acesso à informação.

Além de articular estratégias que garantam a atuação das doulas, Dandara constrói projetos amplos que envolvem e perpassam outras searas, como a educação e a assistência. Por meio de parcerias com a DPERJ, com instituições de ensino e com figuras do legislativo, ela tem desenvolvido cursos de formação de doulas, visando uma atuação no SUS, a produção de materiais, como cartilhas, e a criação um espaço na *internet* para receber denúncias de violência obstétrica.

5.2 SENTIDOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No percurso da pesquisa e ao refletir sobre os conteúdos dos dados coletados, pode-se perceber que os sentidos atribuídos pelas ativistas negras à categoria violência obstétrica não são exatamente os mesmos, sendo diluídos. Contudo, ainda que as narrativas construídas pelas militantes entrevistadas carreguem diferenças entre si, notou-se que as problematizações em torno da pauta são perpassadas pela perspectiva interseccional (CRENSHAW, 2004), além de evocarem as marcas da colonialidade na sociedade brasileira, compreendendo-a como uma sociedade patriarcal-branco-heteronormativa (GROSFOGUEL, 2011).

Considerarei importante abordar a discussão dos sentidos atribuídos à “violência obstétrica” pelo fato de existirem alterações no conceito, que são produzidas nas especificidades dos percursos de militância das ativistas que fizeram parte desta pesquisa. Em um processo de tentar “enegrecer” (CARNEIRO, 2003) as discussões sobre a violência obstétrica, as interlocutoras, sejam na gestão, na assistência, na educação, e/ou no legislativo, colocam seus corpos e experiências em movimento, na tentativa de darem visibilidade aos marcadores de opressão (racismo, gênero, classe, geração etc.) existentes na produção das práticas de saúde do ciclo gravídico-puerperal.

A análise dessas práticas, como foi observado nos relatos de violência obstétrica feitos pelas interlocutoras, desvela o sequestro de humanidade operado aos corpos de mulheres negras. Frente a esse processo, essa pesquisa conheceu as trajetórias de mulheres negras que edificam resistências a tais discursos e, assim como as ativistas negras que as antecedem, colocam em questão as relações de poderes, denunciam estereótipos e outras formas de subjugação dos corpos negros. Portanto, fazem enfrentamento às violências e às iniquidades (CARDOSO, 2018).

Assim, as ativistas indicaram o modo universalizante que o tema da violência obstétrica é abordado no interior de outros movimentos, como o ativismo materno, o movimento feminista e o movimento pela humanização do parto (LIMA, 2019), desvelando aspectos do mito da democracia racial, já que as narrativas universalizantes corroboram com a invisibilização das particularidades de vivências das mulheres negras.

As ativistas de geração mais antiga do movimento lembraram que já trabalhavam com a temática da violência no pré-natal e no parto quando o conceito “violência obstétrica” ainda era inexistente, como foi mencionado por Neusa e Fátima. De geração mais jovem, Dandara observou que recentemente a temática da violência obstétrica tem sido tratada, de forma direta, pelas mulheres negras.

Enxergando a violência obstétrica como um processo, no qual a morte materna pode se apresentar como um resultado, Lélia fez referências às violências físicas e verbais vivenciadas por muitas mulheres no parto. Contudo, ela pontuou que a identificação das condutas violentas também diz respeito sobre como a mulher se sente em relação ao cuidado ofertado.

No seu relato, Lélia afirma que as mulheres negras e as moradoras de periferias são as que mais sofrem com a violência no parto, pelo fato de serem historicamente as mais oprimidas na sociedade. Ao fazer esse comentário, como já discutido nas seções anteriores, a entrevistada destacou que as produções acadêmicas com a desagregação de dados por raça/cor permitem aos movimentos negros fazerem esse tipo de afirmação com menos resistências da sociedade em geral. Assim, conforme também foi dito por Dandara, Ruth e Beatriz, as pesquisas acadêmicas, como a “Nascer no Brasil”, auxiliam a sedimentar as pautas da militância negra (GOMES, 2017).

De forma similar à Lélia, a ativista Neusa indicou que as mulheres negras são as que mais sofrem com a violência obstétrica, chegando ao ponto de serem culpabilizadas com a vida. Por meio dessa fala, ela fez correlações com a temática da esterilização em massa, pauta importante para o Movimento de Mulheres Negras na década de 1990, mas que ainda se revela em discursos na contemporaneidade, conforme o trecho abaixo:

“Não à toa tanto o Cabral¹⁴ que dizia “tem que ter aborto, que é assim que se elimina a violência das favelas”, quer dizer, a violência como justificativa da diminuição, como medida de esterilização.[...]. Então, a forma violenta de olhar o útero da mulher negra, como algo que precisa ser esterilizado, eliminado e que violência sendo tratada com violência. Então acho que são formas muito similares de lidar, de vida e morte com a gente, com as mulheres negras.” (Transcrição - Entrevista 2, p. 25).

Nesse sentido, vê-se que, ao comentarem sobre a violência obstétrica, as ativistas, mais uma vez, fazem uma análise histórica da forma como os corpos negros são lidos na sociedade brasileira, enquanto o “Outro como não-ser” (CARNEIRO, 2005). Há na discussão feita por elas posicionamentos sobre a eugenia, o racismo e o controle social da pobreza que “fundamentaram, assim, políticas que fizeram dos corpos das mulheres objetos de intervenções sancionadas.” (BIROLI, 2017, p. 223).

¹⁴ Governador do Estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2007 a 2014, Sérgio Cabral Filho defendeu a legalização do aborto como forma de enfrentamento a violência, em um discurso discriminatório com as populações moradoras de favelas, referindo que “Tem tudo a ver com violência. Você pega o número de filhos por mãe na Lagoa Rodrigo de Freitas, Tijuca, Méier e Copacabana, é padrão sueco. Agora, pega na Rocinha. É padrão Zâmbia, Gabão. Isso é uma fábrica de produzir marginal.” (FREIRE, 2007, s.n.).

Recorrendo a elementos de debates realizados junto ao movimento de doulas, bem como a conceitos teorizados por intelectuais negros, a ativista Dandara comentou que há uma relação particular entre a violência obstétrica e o racismo estrutural:

“[...] olhando todas as mulheres em potencial sofrem violência obstétrica, sim, ok, só que as mulheres negras sofrem de violência obstétrica e racismo, entendeu? Então, você pode afirmar que todas as mulheres em potencial sofrem de violência obstétrica, mas as mulheres negras sofrem e racismo.” (Transcrição - Entrevista 7, p. 123).

A militante Teresa explicou ainda que o termo “violência obstétrica” não foi cunhado pelo Movimento de Mulheres Negras, que, por sua vez, considerou como central a pauta do RI, por possibilitar discussões mais amplas sobre as experiências de gravidez, parto e puerpério. Relacionando a temática com a morte materna, Teresa defendeu que a categoria “violência obstétrica” é suficiente para explicar a complexidade da sobreposição de opressões envolvidas nos óbitos maternos de mulheres negras.

Teresa problematizou o olhar trazido pelo movimento de humanização e observou que, apesar de os profissionais de saúde ainda serem mais amistosos e educados ao atenderem a população, provavelmente continuarão a deixar os pacientes negros com o tempo de consulta menor e sem considerar as especificidades desse grupo populacional. Ela ressaltou que a discussão sobre a assistência obstétrica necessita ser pautada a partir dos direitos sexuais e reprodutivos, trazendo a ideia da Justiça Reprodutiva.

Dandara também, de forma indireta, fez uma crítica ao movimento de humanização por não colocar o racismo de forma central no debate. Nessa perspectiva, ela relatou não utilizar mais o termo “parto humanizado”, por compreender que um parto pode seguir práticas humanizadas, mas ainda assim os profissionais continuarem a produzir práticas racistas. No lugar do antigo termo, ela prefere fazer uso da expressão “parto digno e respeitoso”:

“[...] dialoga com o que seria um lugar para parir, um lugar onde a mulher se sinta segura, um lugar onde ela tenha a centralidade do processo, onde ela tenha uma equipe técnica capaz de atendê-la de forma plena, um lugar onde ela consiga ser respeitada do ponto de vista dos seus desejos, e seja possível de fazer escolhas.” (Transcrição - Entrevista 7, p. 121).

As ativistas também não deixaram de trazer as disputas do termo com a classe médica, que no ano de 2019 produziu discursos nos quais sequer se considera a existência da violência obstétrica. Lélia, nesse aspecto, comentou os diversos embates com um órgão de representatividade dos médicos que, por vezes, utiliza-se das mídias sociais e publicações voltadas aos profissionais para cercear algumas ferramentas que se popularizam com a ideia do parto humanizado, como o plano de parto.

Já Dandara considerou que ao tentar negar a existência da violência obstétrica, a classe médica, por meio da nota do Ministério da Saúde que proibira a utilização do termo, auxiliou na popularização do assunto:

“[...] dizer que não existe, acaba dizendo para os outros que existe, né? Porque negar também é afirmar algo né? Então, de certa forma, fizeram um favorão de ajudar as pessoas a saberem o quê que é a violência obstétrica. Quando você fala, acaba provocando uma reflexão sobre o assunto, que as pessoas muitas vezes não sabiam.” (Transcrição – Entrevista 7, p. 112).

Ao analisar com atenção as narrativas das ativistas sobre o termo “violência obstétrica” pode-se compreender que as críticas realizadas aos seus usos pelos outros ativismos hegemônicos, como o ativismo materno, o movimento feminista e o movimento pela humanização do parto (LIMA, 2019), não consideram as necessidades dos corpos negros. Já os enunciados evocados pelas militantes negras colocam em cena o debate sobre a desumanização dos corpos negros, produzida na colonialidade, bem como os estereótipos sobre as mulheres negras na sociedade brasileira. Com essa diversidade de temas (maternidade, sofrimento, esterilização, morte materna) elas constroem uma agenda bastante plural em torno da temática da violência obstétrica contra mulheres negras.

5.3 ENFRENTAMENTOS E LUTAS – DAS AFETAÇÕES QUE PRODUZEM AÇÕES

Nas entrevistas surgiram relatos sobre como as interlocutoras se sentiam ao presenciarem ou identificarem situações que envolviam a violência no parto, no pré-natal e também no aborto. Muitas das vezes, essas situações as levaram a questionar as condutas inadequadas dos profissionais, seja quando estavam na cena de violência, na condição de trabalhadoras da saúde ou como pacientes.

Mesmo quando elas não estavam ainda envolvidas em uma militância negra organizada, os enfrentamentos em seus cotidianos se davam. Elas relataram que se sentiam incomodadas e angustiadas com as violações que presenciavam. A análise do material permite indicar que tais afetações as auxiliaram a compreender as matrizes do racismo e do sexismo no fenômeno da violência obstétrica e fizeram parte de seus processos de entrada num percurso como ativistas.

Algumas delas traziam percepções do racismo estrutural antes mesmo do contato com a assistência na saúde, como pode ser observado no relato de Ruth, vinda de uma família negra de classe média, que se percebeu enquanto a única mulher negra em diversos espaços que transitava, como escola, restaurantes e faculdade.

A ativista Neusa contou sobre a sua indignação com um médico que lhe assistiu em um hospital. Ela havia sofrido um aborto espontâneo e procurou a unidade de saúde. Ao ser consultada pelo profissional, ouviu narrativas que remetiam às ideias pré-concebidas que os profissionais de saúde comumente têm em relação às mulheres negras, como o mito de que “mulheres negras não se cuidam”. Além disso, o profissional não teve a preocupação de informá-la sobre seu quadro de saúde. Diante da postura do médico, ela reagiu e confrontou o profissional no contexto do atendimento, conforme exposto no trecho a seguir:

“Quando eu tive um aborto espontâneo, eu cheguei lá, o médico já disse para mim: **"garanto que não fez o pré-natal"**. E eu comecei a bater boca com ele, dizendo assim "eu sou profissional de saúde também", e o residente do lado falava: "calma! Ele é dr. Fulano, ele é coordenador". E eu dizia: "ele pode ser a puta que pariu, mas ele não tem direito de falar assim, ele não sabe o meu nome, ele não sabe quem eu sou". É a forma que foi, eu tive o aborto, a placenta saiu, e o médico sequer se dirigiu a mim pra me dizer o que tinha acontecido.” (Transcrição - Entrevista 2, p. 19 – grifo nosso).

A fala do médico que, na consulta, sem sequer conversar com Neusa e examiná-la, já supunha que ela não havia realizado o acompanhamento de pré-natal, denuncia a presença do mito de que “mulheres negras não se cuidam”. Tal mito também foi relatado por Beatriz, bem como a sua observação de que os profissionais costumavam não explicar para as mulheres negras sobre os procedimentos aos quais elas seriam submetidas e sequer infor-

mavam às pacientes sobre os seus quadros de saúde. Oliveira et al. (2018) relata, em seu estudo sobre saúde das mulheres negras na atenção básica, sobre a presença de estereótipos envolvidos na produção de cuidado às mulheres negras e pobres na atenção básica.

A ausência de formas de punição para o Estado e para os profissionais que praticam atos de violência obstétrica ou são negligentes no cuidado obstétrico, também são questões que mobilizaram a ativista Neusa.

“Porque uma das coisas que se coloca é que não tem punição. E outros dizem assim: o que é que a gente vai fazer com a punição? Vai resolver? O fato é: o que é que você pode fazer entre uma coisa e outra, né? Qual é a resposta que aquele profissional que cometeu um erro, fez sobre isso? Ele está sendo monitorado para não repetir? Ou acontecem tantas vezes numa mesma equipe que fica submerso dentro de um trabalho?” (Transcrição - Entrevista 2, p. 20).

Sensibilizada com esse cenário e com suas vivências, ela buscou participar de espaços do controle social, como o Comitê de Saúde da População Negra, e de espaços específicos da temática da morte materna, como os Comitês de Prevenção de Morte Materna. Nesse último, a estratégia que adota tem sido a de evocar o debate de raça, além de pressionar a realização de monitoramentos nas unidades de saúde em que os óbitos maternos acontecem.

Nas narrativas de Fátima, Beatriz e Ruth foram identificadas as dificuldades para incluir a discussão sobre o racismo em espaços do movimento feminista. Por meio dos seus relatos, percebe-se a forma como a categoria mulher, de maneira prevalente, é tratada nesses espaços de forma universal. Do ponto de vista de Diaz-Betinez e Mattos (2019), o estudo do movimento feminista permite revelar que “a categoria ‘mulher’ assume aqui um perfil bastante específico, ainda que se pretenda universal: mulheres brancas, de áreas urbanas, escolarizadas, são algumas das características desse grupo genérico de ‘mulheres’.” (DIAZ-BETINEZ; MATTOS, 2019, p. 68).

Na tentativa de realizar uma inflexão epistemológica (DIAZ-BETINEZ; MATTOS, 2019), as ativistas negras realizam esforços de diálogos com as militantes feministas. Contudo, essa não é uma tarefa cumprida sem tensões, como apresentado no relato de Neusa, ainda que ela reconheça a importância de enxergá-las como aliadas:

“Eu já tive um grande bate-boca com uma feminista. “É a mesma coisa”. Não, não é. Então, não afeta. Deixar de pensar que são coisas diferenciadas, de pensar das formas que afetam diferente, me incomoda profundamente. Mas uma coisa que eu tento fazer é assim: de alguma maneira, você tem que ver até que ponto são aliadas, então, você tem que convencer com argumentos. A vida e a idade também contribuem com alguma coisa (Risos). Não é todo mundo que vai pensar igual a você, que vai fazer que nem você, mas a gente tá ali pra fazer uma luta. Então você vai convencer. Existem diferenciações, acho que há aqueles que não querem olhar, mas é algo que faz com que se mantenha a violência.” (Transcrição - Entrevista 2, p. 24).

Vê-se pelo relato de Beatriz que suas tentativas de “enegrecer” o cuidado ofertado pela equipe de parto domiciliar da qual ela fazia parte restaram improdutivas. Diante da insustentabilidade de sua permanência naquela equipe e bastante mobilizada pelas reflexões interseccionais sobre a sua práxis profissional, que a fizeram perceber o racismo por omissão (GONZALEZ, 1988) praticado por muitos trabalhadores da saúde, ela criou uma nova equipe de parto domiciliar. Formada em sua maioria por profissionais negras, a equipe tem atuado em regiões periféricas do Rio de Janeiro, com um cuidado qualificado dirigido às mulheres negras e marginalizadas.

As mobilizações para a militância de Beatriz também surgiram a partir de sua experiência como enfermeira em maternidades do Rio de Janeiro. Diante de tantas situações de violências no contexto do parto, ela passou a enfrentar as relações de poder desse cenário e a questionar as condutas de médicos. Contudo, esse processo gerou bastante sofrimento para ela, ao perceber que seus enfrentamentos individuais no cotidiano das maternidades tinham pouca abrangência: “não adianta, você vai salvar uma mulher e vão ter outras sete que vão ser maltratadas, que vão ser xingadas.” (Transcrição – Entrevista 5, p. 82).

Discursos sobre enfrentamentos à violência obstétrica nas maternidades também foram encontrados na entrevista de Fátima. Ela relatou que, diante da afetação ao se deparar com a negligência dos profissionais, chegou a enfrentar o poder médico, ao questionar as intervenções dos trabalhadores. Atuando como profissional de saúde, ela buscava fazer com que os demais trabalhadores se colocassem no lugar das pacientes, o que gerava embates no contexto de trabalho:

“Entrar na sala, numa sala e o profissional tá agindo de uma forma violenta com uma mulher e você falasse assim: "O que é que tá acontecendo aqui?". "Por que isso tá acontecendo?"

-"Ah, mas você é muito boazinha". Você o quê, não sei o quê, e que não sei o quê.

-"Por quê que você tá fazendo isso? E se isso acontecesse com você? Então se você não gostaria, por que você está fazendo com o outro?"” (Transcrição - Entrevista 3, p. 39).

Nas narrativas de Dandara, percebem-se, similarmente, como as indignações, os atos e as posturas permeados de violência e de racismo a impulsionaram para o “fazer militante”. Como sua vivência é marcada pela doulagem, Dandara identificou que mesmo nos casos de mulheres negras que alcançavam classes sociais mais altas, elas continuavam a sofrer com o racismo. A partir da lembrança do acompanhamento de um caso, no qual a experiência de parto da gestante ficou marcado pelo racismo, ela concluiu que a doula não protege a mulher do racismo estrutural.

“[...] o racismo tá sempre ali pra dizer que não: "não, você se enganou. Se você achou que você ia ter dignidade porque você trocou de lugar, você é só uma mulher preta parindo e eu quero que você seja exposta ao meu domínio". Nós levamos seis meses pra conseguir fazer a visita pós-parto, porque encontrar comigo era encontrar com a situação, sabe? Seis meses. E eu respeitei o tempo dela, até que ela chegou e disse: "agora eu tô pronta". Porque como ela queria me perguntar coisas que ela não lembrava direito, e que é uma coisa muito comum do nosso trabalho, posterior, na vista pós-parto as mulheres perguntam coisas que elas não se lembram, do momento da partolândia, entendeu? Ela teve que se preparar longamente pra encontrar comigo e pra perguntar, sabe? Doula não protege do racismo estrutural. É um assunto dolorido, mas o fato é que essa consciência de pensar o “*toda mulher*” (toda mulher merece uma doula) é que vai nos jogando para construir soluções que sejam realmente soluções e estratégias que possam realmente dar esse encaminhamento.” (Transcrição - Entrevista 7, p. 116).

Nessa perspectiva, é possível reconhecer como as ativistas transformaram suas afetações em potências do cotidiano no percurso militante. Elas foram dos enfrentamentos individuais e das indignações às potências de luta, isto é, no fazer do movimento social buscaram canalizar seus incômodos e angústias com as iniquidades em saúde. Concorda-se com o discutido com Ribeiro (2012) que, inspirada no pensamento de Dubois, postula que afirmar-se como “negro” é uma postura política. Nesse processo, as ativistas encontram um sentido para o que é vivido e sentido como mulheres negras que reconhecem as opressões de raça, classe e gênero em seus cotidianos.

5.4 SILENCIAMENTO E MORTE COMO ELEMENTOS DISRUPTIVOS

Ao pautarem o tema, de modo análogo como fizeram e fazem as militantes do feminismo negro ao perceberem a falta do debate racial dentro do movimento feminista (CARNEIRO, 2003), as ativistas entrevistadas buscam trazer raça, classe, sexualidade e outras marcas de opressão para a leitura da violência obstétrica. O conceito de “violência obstétrica” surge no bojo de discussões de movimentos que hegemonicamente universalizam a categoria mulher, no sentido de não enxergarem a gama de opressões estruturais que antecedem as experiências de pré-natal e parto de mulheres negras, chegando, em alguns casos, a produzirem mortes (OLIVEIRA, 2019).

Sobre a questão das narrativas hegemônicas não incluírem as especificidades de grupos vulnerabilizados, Oliveira (2019), ao estudar a categoria violência obstétrica do ponto de vista genealógico, ressaltou os apagamentos da constituição do conceito:

[...] ao olhar para estas produções discursivas que vão construindo esta identidade feminina a partir das afinidades nos relatos de desamparo e maus tratos durante o parto é possível ver como vai ocorrendo um apagamento das particularidades e atravessamentos de raça/etnia/classe que ocorrem no fenômeno da violência durante o parto. (OLIVEIRA, 2019, p. 135).

Os processos de silenciamento, apagamento e invisibilização são resultado do racismo enquanto marca colonial. O transcurso de dissimulação da matriz da colonialidade mantém-se articulado com o fato de que a “história é narrada a partir do ponto de vista da própria modernidade. Ou seja, o apagamento histórico é constitutivo ao exercício da colonialidade do poder, inclusive o poder do conhecimento.” (OLIVEIRA, 2018, p. 42).

No caso brasileiro o “mito da democracia racial” foi e ainda é uma estratégia de dominação branca para perpetuar a inferiorização dos grupos vulnerabilizados, como as populações negras e indígenas. A respeito da suposta “democracia racial” defendida por diversos cientistas sociais brasileiros, como Gilberto Freyre, cuja obra é permeada de paternalismo e de neocolonialismo, Abdias Nascimento reflete:

Uma “democracia” cuja artificiosidade se expõe para quem quiser ver; só um dos elementos que a constituiriam detém todo o poder em todos os níveis políticos-econômicos-sociais: o branco. Os brancos controlam os meios de disseminar as informações; o aparelho educacional; eles formulam os conceitos, as armas e os valores do país. Não está patente que neste exclusivismo se radica o domínio quase absoluto desfrutado por algo tão falso quanto essa espécie de “democracia racial”? (NASCIMENTO, 2016, p. 54).

A atuação política dos ativistas do Movimento Negro e do Movimento de Mulheres Negras se dá no sentido de desconstruir o “mito da democracia racial”, em uma luta de reconhecimento de uma identidade coletiva, recuperando a historicidade e reivindicando a

cidadania das populações negras (ADESKY, 2005). Nesse percurso de luta pelo reconhecimento da dignidade humana, esforço que une os militantes na luta contra o racismo (ADESKY, 2005), observou-se no curso da pesquisa que uma das estratégias adotadas pelas ativistas é dar visibilidade às mortes maternas de mulheres negras.

Ao relacionar o tema da violência obstétrica com a morte materna, a ativista Lélia destacou: “[...] violência obstétrica é parte de um processo, mas o que tá na ponta quando uma mulher passa por sucessivas violências né, a ponta da ponta da ponta, o final da linha é a morte né dessas mulheres.” (Transcrição - Entrevista 1, p. 9). Entendendo essa relação, Lélia produziu uma pesquisa em que discutiu as altas taxas de morte materna entre mulheres negras.

A ativista Teresa posicionou-se de forma a indicar que a sua atuação política ocorre no sentido de denunciar a morte materna, por entender que essa discussão permite exemplificar como o racismo institucional se apresenta no cenário da saúde.

“[...] as experiências enfrentadas por mulheres na hora, desde a gravidez, do parto e depois do parto, demonstram que há aí uma experiência de negação de direitos, de desumanização que vai estabelecer esta perspectiva de uma experiência racista numa instituição de saúde, que quer ser equânime, que quer ser integral, que quer ser universal.” (Transcrição - Entrevistada 4, p. 56).

A ênfase no debate sobre as altas taxas de razão de morte materna entre mulheres negras também foi comentada por Neusa, que manifestou a sua preocupação com a ausência de uma proposta mais efetiva no sentido de diminuição desse índice. Mesmo com a implantação de programas como a Rede Cegonha, com a existência do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e outras ações do Ministério da Saúde, persistem as iniquidades raciais na assistência obstétrica e, conseqüentemente, as altas taxas de mortalidade materna.

Fátima teve a oportunidade de acompanhar discussões dos Comitês de Prevenção de Morte Materna e percebeu, ao analisar os casos, que muitas das mulheres realizaram pré-natal e nas primeiras consultas fizeram referência a comorbidades, como alta pressão arterial, mas a assistência médica ofertada foi negligente diante desse dado: “[...] a primeira coisa que chama atenção e que ‘olha aí, lá na primeira consulta ela falou’. Se perde, perdeu no mundo das outras informações, dos exames e vai se perdendo.” (Transcrição - Entrevistada 3, p. 46). Assim, vê-se que os dispositivos biopolíticos, que em determinados cenários são usados para evitar agravos e justificar intervenções medicalizantes, em outros, são aparentemente deixados de lado em cartografias sociais com marcas do racismo, produzindo a omissão do Estado a riscos de morte (OLIVEIRA, 2018).

Analisando as narrativas, observa-se que há uma reprodução do silenciamento nos cenários de pré-natal e parto, característica também identificada no estudo realizado por Lima, Pimentel e Lyra (2019). As autoras localizaram uma hierarquização de saberes:

Quando nestes encontros “o paciente” é uma mulher negra, tal assimetria é reforçada não apenas pelos mecanismos de opressão de gênero, mas também pela raça. A autoridade imposta pelo médico nas decisões terapêuticas que envolvem o parto, muitas das quais, sem respaldo clínico, reflete uma desigualdade entre usuários e profissionais, legitimada pelo saber e a prática da medicina. (2019, s.n).

A partir desse apontamento, questiono: por que se perde? E por que parece se perder principalmente no cuidado em saúde ofertado às mulheres negras? O que ocorre na produção de cuidado em que há falta de qualidade no pré-natal, negligência que recai principalmente sobre os corpos de mulheres negras? Ao tentar responder esses questionamentos, Fátima traz à cena comentários a respeito de questões de raça e de classe:

“Se essa mulher fez sete consultas, seis consultas, começou, a gente tá vendo aqui, ela começou precocemente. Foi a todas, fez tudo que pediram e mais alguma coisa. E morreu. Por quê que morreu? Né? Tem a ver com o fato de que primeiro é mulher, porque se o homem parisse e morresse, nós não teríamos esses indicadores. E segundo e principalmente, não sei nem se vem em primeiro, porque a primeira coisa que você vê é a cor, depois você o resto. O que te apresenta primeiro é a sua cor, ela é a pele que você veste. Depois vem o resto, se você é simpática, se você tem dinheiro, se você não tem dinheiro, se você, sei lá o quê. É isso, é a cor. Eu acho que é isso. É isso o fato de você ser negra determina o desfecho lá na frente do seu parto. E aí tem mais rede de apoio e estrutura.” (Transcrição - Entrevistada 3, p. 46 e 47).

Na análise das entrevistas, identificou-se que a militância constrói uma narrativa localizando a ocorrência de processos de violências obstétricas atrelados a essas mortes, a exemplo dos discursos em torno dos óbitos maternos de Alyne Pimentel e Rafaela Santos.

Diversas vezes, nos relatos, as ativistas recorreram às narrativas de cuidados obstétricos oferecidos a essas duas jovens negras, como forma de exemplificar a precariedade da assistência em saúde para mulheres negras e refletirem sobre as facetas do racismo institucional. No discurso de Teresa, observa-se a presença da leitura interseccional, o que aponta para a necessidade de incluir essa lente na análise dos processos de violência obstétrica e morte materna:

“[...] essa representação negativa, essa experiência racista vai fazer com que o seu pré-natal [de mulheres negras] seja completamente diferente, então, logo, na hora do parto, ela é a primeira a morrer. O caso Alyne, ele ajuda também a gente, um pouco, a estruturar melhor ainda esse conceito. Porque a Alyne, ela faz o pré-natal, ela entra nas unidades, ela faz todos os procedimentos, e em todos os momentos ela é negligenciada, por ser uma mulher negra, sem condições socioeconômicas, está sozinha. Todos esses padrões hoje já são analisados para a morte materna, mas eles não são incluídos na solução da morte materna. Então, por exemplo, jovens, adolescentes que não estão acompanhadas, ou que não são casadas, o nível de relacionamento do serviço de saúde com elas é horrível. E isso fala de um padrão de comportamento sobre raça, sobre gênero, muito maior

do que procedimento obstétrico. É lógico que no procedimento obstétrico, se soma, aí se você olhar o caso Rafaela, você vai ver que os procedimentos obstétricos aceleraram a morte dela. Uma menina de 14, 15 anos que morre com três costelas quebradas, com um parto horroroso.” (Transcrição - Entrevistada 4, p.61).

A entrevistada Beatriz comparou a morte materna ao resultado de um processo permeado de violências, dentre as quais está a violência obstétrica, que por sua vez se relaciona com a falta de informação, o desrespeito e a dificuldade de acesso. O óbito materno traz consigo, na visão da ativista, a invisibilização das particularidades das condições de vida e de saúde das mulheres negras. Além disso, ela comentou sobre a questão da fragilidade da assistência prestada pelos serviços de saúde e da falta de capacitação de qualidade dos profissionais de saúde:

“E talvez, muitas das vezes por conta do racismo estrutural mesmo, de negligenciar mais a mulher negra, mas muitas vezes também porque esse profissional nem tá capacitado mesmo pra tá ali. E por que o profissional não é capacitado pra tá ali, atendendo essas mulheres, também? Porque a gente tem um governo que tá se preocupando muito pouco com a saúde da população que depende do SUS, tá muito preocupado com capital mesmo. Então, enfim, acho que a relação que se faz entre mortalidade materna e violência obstétrica é que, na verdade, a gente fica mais preocupado com a mortalidade materna, porque não tem como resolver, mas na verdade ela é uma derivação, uma consequência de todo o processo violento que essa mulher sofre durante a gestação.” (Transcrição - Entrevistada 5, p.83).

Ao mencionar a situação de Rafaela dos Santos¹⁵, Beatriz remete às heranças do processo escravocrata na forma de enxergar os corpos de mulheres negras, indicando a desumanização já denunciada por Fanon (2008). Além da questão racial, a ativista ressaltou o fato de que Rafaela era uma adolescente e moradora de região periférica, indicando, assim, a leitura interseccional no contexto desse óbito materno:

“[...] a gente sai de um processo de escravização, em que você era só um corpo, que paria e que amamentava, né, você paria para continuar a escravização e você amamentava pra poder dar vida ao seus colonizadores, dominadores. E a gente continua nessa mesma lógica, porque o cara olha o corpo preto, deitado numa maca, convulsionando, e ele decide que quem vale mais é a criança que vai sair dali, não aquela menina de 15 anos. E ele rompe o útero dela, ela começa a sangrar excessivamente, e ele leva pra sala, e ela vai a óbito. Ainda chegou a ser transferida, mas assim, as pessoas falam que quando ela foi transferida, ela já foi transferida para morrer em outro hospital, porque já sabia que não ia sobreviver. Então, você vê uma série de negligências, de violências, que no final vão culminar na morte de uma menina de 15 anos. E quem é essa menina de 15 anos que tá morrendo? É uma menina que é preta, que é periférica, e tem essa questão também desse marcador da idade, que vai sofrer muito mais preconceito por ser uma adolescente, por ter optado por ter uma relação sexual com 15 anos, optado com

¹⁵ “Rafaela Cristina Souza dos Santos tinha 15 anos, morreu de morte (SIC) materna após dar à luz em uma maternidade no Rio de Janeiro, em 2015. Houve negligência no atendimento à adolescente, que ficou por mais de cinco horas no hospital, sem atendimento médico, queixou-se de dor de cabeça, houve insistência no parto normal, quando apresentou quadro de eclampsia, fizeram a cesárea tardiamente e Rafaela foi a óbito.” (GÓES, 2016, p. 2).

muitas aspas, mas enfim, que teve uma relação sexual, que tá exercendo o direito dela à sexualidade, que tá exercendo o direito dela à maternidade, e aí ela vai ser violentada em várias esferas. Foi o que aconteceu com ela. Olhando todo o processo, essa menina tá sofrendo tantas violências que fica difícil entender quem é o culpado. O culpado é o sistema.” (Transcrição - Entrevistada 5, p.84).

Sobre o caso de Rafaela, Ruth mencionou o grupo de trabalho criado junto à DPERJ para auxiliar a equipe a compreender e enxergar como as opressões raciais estiveram relacionadas no desfecho de sua morte. Por meio desse grupo, que também contou com a participação de Teresa, Fátima e Neusa, foi possível analisar o prontuário da adolescente:

“Foi interessante que via que tinha um tratamento desigual, mas o pessoal da defensoria não conseguia nomear aquilo como racismo, entendeu? Então, foi um processo de aprendizado, tanto pra gente, pra conseguir explicar, quanto pra elas, pra que elas conseguissem entender que Rafaela morreu por conta de racismo. [...] eram várias pessoas negras e brancas se debruçando sobre o caso, construindo argumentos pra isso ir adiante, porque tinha que ter uma argumentação tanto do ponto de vista técnico muito sólido para galgar outras instâncias.” (Transcrição - Entrevistada 6, p. 106).

Dandara traz em sua narrativa, ao refletir sobre a relação entre a morte materna e a violência obstétrica, a pauta do genocídio da população negra. Para tanto, ela comenta que, já que a maioria das causas de morte materna é evitável, o Estado acaba sendo o principal agente nesses óbitos. Partindo desse entendimento e verificando as iniquidades raciais nesse cenário, ela argumenta que:

“[...] o Estado não se preocupa em resolver isso com efetividade, tem a ver com uma prática genocida, uma vez que as mulheres não estão expostas as armas de fogo como os jovens negros, é o lugar onde a exposição delas é explícita, as que vão parir sem fim, as que vão ter 10 filhos, as que não têm controle de natalidade, as que são expostas à violência sexual, à dependência financeira e econômica de forma cruel do ponto de vista dos seus companheiros, então as que não têm acesso a aborto seguro, porque o Estado proíbe, então, eu acredito que ele permitir que isso acontece e que tenha esse recorte é uma prática de genocídio estatal (Transcrição - Entrevistada 7, p. 120).

Para Nascimento (2016) o genocídio do povo negro é um processo histórico, com origem no período colonial, que se manteve no contexto brasileiro mesmo após a abolição e se dá em diferentes frentes, além da aniquilação e assassinato de corpos negros: no apagamento da historicidade dos afrodescendentes no Brasil, na perpetuação da imagem inferiorizante do negro, na política de branqueamento adotada pelo Estado brasileiro no século XX, no embranquecimento cultural, entre outros. Esse processo genocida, para o autor, é permeado de caminhos difusos e dissimulados (NASCIMENTO, 2016).

Nesse sentido, remete-se à discussão apresentada pela pesquisadora Njeri (2019), na qual a ideia de genocídio é abordada como um processo que atinge a saúde física e men-

tal da população negra, afetando-a em diversas áreas da vida. Por meio de uma metáfora, ela explica que o genocídio do povo negro é:

[...] um monstro com diversos tentáculos. Esse monstro mira o corpo negro a fim de matá-lo física, psicológica, epistemológica e espiritualmente. Ciente da complexidade e a heterogeneidade que é o Povo Negro, cada tentáculo é responsável por uma área do genocídio, assim, temos desde nutricídio, epistemicídio, racismo religioso, encarceramento em massa, ultraviolências homofóbicas e internação compulsória em hospitais psiquiátricos, até a efetiva morte física de toda a população negra, sem exceção ou recortes. Ou seja, não importa a especificidade deste corpo negro, o monstro do genocídio é sofisticado o suficiente para adequar-se a ela e utilizá-la como via de morte. (NJERI, 2019, p. 7).

A precariedade da assistência à saúde ofertada à população negra, que se revela, dentre tantas situações do cotidiano nos serviços de saúde, na produção da violência obstétrica contra mulheres negras, também opera num registro de exceção. Enquanto tais situações de negligências, de maus tratos, de violências físicas e psíquicas atingem os corpos de mulheres negras, gerando mortes em diversos sentidos, entende-se, considerando as discussões apresentadas anteriormente, que nesse processo opera uma das vias do genocídio da população negra.

Foucault (2005), a partir da noção de racismo, relaciona o processo de colonização com a produção de mortes, de forma que o biopoder se evidencia tanto quando os braços do Estado se retiram ou agem diante do genocídio. Já Mbembe (2018), diante de sua vivência como homem negro e do contexto de novas formas de colonialidade, políticas neoliberais, entende que o capitalismo age na perpetuação de animificação. De forma contrária ao que pressupõe o pensamento filosófico moderno da racionalização, a matriz colonial empreende a coisificação de corpos racializados.

Mbembe (2018), olhando as experiências de brutalidade da contemporaneidade, redefina o conceito de biopolítica e questiona se este dá conta de compreender os caminhos e os modos de produção de morte, numa escalada dos Estados que se dizem defensores da vida e da tomada de ações no combate ao terror. Defesa de quais vidas? O que é aterrorizante para o ocidente? Quem é o inimigo a ser massacrado e aniquilado?

Assim, nessa redefinição do pensamento de Foucault, Mbembe entende a política como um modo de batalha, de guerra. Na busca de chegar a uma suposta soberania, o poder imprime também o direito de matar. Nesse cenário, Mbembe questiona: “que lugar é dado à vida, à morte e ao corpo humano (em especial o corpo ferido ou massacrado)?” (MBEMBE, 2018, p. 7).

Para os contextos de vida em que a regra é a expropriação de direitos e a maquinaria potente da guerra, produzindo mortes em diversos sentidos, físicos, existenciais e polí-

ticos, a noção de necropolítica permite compreender como o Estado atua não somente no controle dos corpos, no deixar morrer, mas também como assassínio indireto (OLIVEIRA, 2018).

A importância da noção de necropolítica reside na crítica ao modelo político de exceção, do estado de guerra, que normaliza o terror e o assassínio direto. Mbembe et al. (2012) aportam o conceito em três registros – quando o Estado de exceção se converte em Estado normal, naturalizado; quando da inviabilização ou mesmo destruição de corpos e populações julgadas como indesejáveis ou supérfluas; e quando o exercício do poder se ancora na constante evocação do Estado de emergência com a noção ficcional ou fantasmagórica do inimigo.[...] também localizam a escravidão e o colonialismo como experimentações fundamentais para esse modo de exercício do poder, tendo na demarcação racial– na diferenciação biológica e cultural, como referência para a negação da humanidade do outro e de seus direitos. (OLIVEIRA, 2018, p. 43).

Por essa via, concebe-se que o necropoder se delinea sujeitando vidas subalternizadas ao poder da morte, portanto, este poder opera o *fazer morrer* (MBEMBE, 2018), normalizando contextos de existências atravessados de violências e opressões. Os relatos com as ativistas desvelam as tentativas de ressignificar as existências de mulheres negras, de desconstruir a animalização consequente da colonialidade. O Movimento de Mulheres Negras, após um longo percurso, tem conseguido a produção de dados de mortalidade com o quesito raça/cor (CUNHA, 2012). Contudo, ainda que a análise dos dados aponte a grande iniquidade racial, como observado nos números de morte materna entre mulheres negras, o Estado brasileiro pouco avançou em estratégias para redução dessas mortes. Nesse sentido, é importante reproduzir o questionamento feito por Faustino: “até que ponto o SUS tem utilizado os dados de saúde desagregados por raça/cor para criar ações, definir políticas e prioridades para a promoção de equidade?” (FAUSTINO, 2012, p. 97).

Ainda que marcos de políticas públicas, como a PNSIPN e o Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna, enfoquem as vulnerabilidades das condições de vida da população negra e defendam a adoção de medidas pela qualificação da assistência obstétrica de mulheres negras, no curso dessa pesquisa foi possível perceber resistências de agentes governamentais, da gestão em saúde pública principalmente, em reconhecer as marcas do racismo na saúde. Nesse sentido, parafraseando Césaire (1978) questiona-se: *estes cadáveres nada provam?*

Ademais, ao refletir sobre o contexto de expropriação de direitos, herança colonial, pergunto: qual o impacto das mortes maternas de mulheres negras para a sociedade em geral? Como tais mortes são compreendidas? Essas mortes sensibilizam a sociedade? E a gestão em saúde?

Foi possível acessar, não apenas por meio do relato das ativistas, mas também em momentos de interlocução com agentes da gestão em saúde, a mobilização política do Movimento de Mulheres Negras para que o Estado, no âmbito municipal, empreenda esforços para qualificar o cuidado obstétrico de mulheres negras. Como parte desse processo, considera-se fundamental a retirada de invisibilidade do tema racismo e saúde, reconhecendo as produções de violência racial nas cenas de cuidado e desconstruindo a desumanização e objetificação das vidas de mulheres negras. Esses esforços demandam atuação política de grande complexidade e conformam uma articulação de um movimento maior na busca de equidade racial. No caso em tela, por meio do conhecimento das trajetórias das interlocutoras, compreende-se que o debate sobre a violência obstétrica carrega consigo a tentativa de valorizar as vidas de mulheres negras e enfrentar o bárbaro cenário de altas taxas de óbitos maternos entre mulheres racializadas.

Assim sendo, compreende-se que as estratégias das ativistas entrevistadas, ao darem visibilidade às mortes de Alyne Pimentel e Rafaela dos Santos, evidenciando os processos de violência obstétrica envolvidos nesses óbitos maternos, permitiram desvelar uma das formas que o genocídio (NJERI, 2019; NASCIMENTO, 2016) atinge a população negra. Dessa maneira, a análise das vivências de violência obstétrica em mulheres negras pode viabilizar a compreensão sobre como, no contexto da assistência obstétrica, o Estado, evocando a necropolítica, acaba atuando como operador de mortes.

Partindo da análise das entrevistas, entendeu-se que as militantes entrevistadas, diante dos apagamentos, silenciamentos e morte, organizaram-se, cada uma em sua frente de atuação, no sentido de dar visibilidade às especificidades da violência obstétrica em mulheres negras. No caso das mortes de Rafaela e Alyne, a estratégia adotada correspondeu à tentativa de evidenciar a crueldade do tratamento ofertado a elas por meio da divulgação ampla dessas ocorrências.

Portanto, identifica-se que a morte e o silenciamento funcionam como elementos disruptivo das trajetórias de militância analisadas. Essa estratégia foi identificada na pesquisa de Oliveira (2019):

[...]o uso estratégico e político que os movimentos de mulheres negras vão fazer da categoria [violência obstétrica] junto com os dados epidemiológicos sobre mortalidade materna no Brasil para denunciar o racismo estrutural e institucional que atravessa a assistência obstétrica brasileira. (OLIVEIRA, 2019: p. 73).

Nesse sentido, entende-se que a partir da produção de apagamentos e silenciamentos pela colonialidade, com marcas profundas do racismo e do patriarcado, as ativistas entrevistadas foram, cada qual a partir de suas experiências de vida, incluindo suas vivências

personais e profissionais, rompendo as máscaras do silêncio, parafraseando Conceição Evaristo¹⁶. Ao se afirmarem e se reconhecerem como mulheres racializadas, foram construindo seus percursos de militância e denunciando os perigos das lógicas universalizantes, tão presentes na produção de saúde e que também estão envoltas na produção da violência obstétrica.

¹⁶ RIBEIRO, D. Conceição Evaristo: “Nossa fala estilhaça a máscara do silêncio”. Carta Capital, 13 de maio 2017.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que as trajetórias de ativistas da militância negra no campo da saúde pública do Rio de Janeiro podem falar sobre a assistência obstétrica de mulheres negras e sobre a violência obstétrica? A riqueza da resposta a esse questionamento corresponde a uma variedade de debates, tais como a constituição do campo da saúde da população negra, a historicidade e as estratégias de militância do Movimento de Mulheres Negras no Rio de Janeiro, a medicalização do parto, o racismo estrutural, a interseccionalidade, as noções do conceito de violência obstétrica e as suas disputas.

Percebeu-se que os relatos das estratégias de militância assumem sentido quando associados às trajetórias de vida que os colocam em produção e em movimento. Considera-se, nesse sentido, que a leitura interseccional tenha permitido deslocar as vivências de mulheres negras do campo da desumanização e da universalização, tendo como referência não somente a perspectiva de gênero, mas também a de questões raciais.

Realizar uma discussão para além da visão universalista de que “todas” as mulheres estão sujeitas à violência obstétrica, correspondeu a desvelar uma série de invisibilidades, como as produzidas pelo racismo estrutural e pelas opressões de classe.

A compreensão das estratégias a partir das trajetórias possibilitou o entendimento sobre como cada interlocutora percebia tais invisibilidades em seus cotidianos, as inquietações de cada uma diante dos horrores produzidos pelo necropoder nos cenários da assistência obstétrica e como elas encontraram espaços na militância para ressignificar suas afetações e aglutinar formas de enfrentamento à violência obstétrica contra mulheres negras.

O processo de construção da pesquisa possibilitou compreender também os embates e tensões do campo, as críticas realizadas a outros movimentos, como os feministas, e as noções sobre violência obstétrica veiculadas pelas ativistas, como foi discutido na seção de capítulo Sentidos da Violência Obstétrica.

No processo de produção da pesquisa, o uso do diário de campo mostrou-se essencial tanto para o registro de discussões levantadas pelas ativistas nas atividades da agenda política dos movimentos e nas entrevistas, quanto para anotações de impressões produzidas ao transitar pelos espaços que constituíram os caminhos da pesquisa. No momento de escrita dos capítulos, retornar às anotações do diário de campo foi essencial para melhor compreensão do panorama e dos contextos de realização das entrevistas.

Nesse sentido, não é possível deixar de mencionar a conjuntura política de realização da pesquisa, na qual se viu o avanço de propostas e medidas que desconsideram as

particularidades de populações racializadas, como a população negra e a indígena, bem como de ações que retiram cerceiam direitos destas populações.

Dentre as limitações deste estudo cumpre destacar que não foi possível ter acesso à militância existente em cidades para além da capital, como as da Baixada Fluminense e do interior do Estado, nas quais, muitas vezes, as condições de vida, como moradia, trabalho, renda e as condições dos serviços de saúde podem ser mais vulnerabilizadas que as população residente no MRJ.

Outra limitação da pesquisa diz respeito à restrição do tempo para aprofundamento dos temas evocados nas entrevistas. Como as ativistas entrevistadas possuem uma atuação diversificada, o material coletado apresentou uma enorme diversidade de temas complexos. Assim, entende-se que temáticas como o parto humanizado e o universo da doulagem necessitariam de mais tempo para serem objeto de reflexões mais profícuas.

Aproximar-se dos relatos de violência obstétrica e de racismo trazidos nas entrevistas foi algo de intenso sofrimento na produção desta pesquisa, por mais que eu já tivesse me dedicado profundamente à leitura de outras pesquisas sobre o tema.

Ouvir relatos sobre como se manifestam as faces brutas da desumanização produzida sobre os corpos negros no contexto da atenção gravídico-puerperal me rendeu momentos de choro e de angústia. Ainda que não tenha sido fácil, pude, por outro lado, compreender como as ativistas conseguem transformar suas inquietações em potências de luta, buscando converter o apagamento histórico produzido sobre a população negra em conteúdo de militância, dando visibilidade para a vida de mulheres negras.

A temática do silenciamento-apagamento surgiu por diversas vezes nas entrevistas, de forma que enxergo que esse tema é transversal nas trajetórias conhecidas. Pensar formas de desconstruir esses apagamentos não se revela com uma tarefa simples, já que se trata de uma forma de reprodução da necropolítica, e que é reforçada pela matriz de conhecimento eurocêntrico, vigente nos espaços acadêmicos e nos serviços de saúde.

A perpetuação do falso universalismo contribui para que, por mais que as mulheres negras estejam há bastante tempo edificando uma militância, as vivências de mulheres brancas continuem a ser compreendidas como “universais, adequadas e legítimas. Como é geralmente argumentado por feministas brancas: feminismo é sobre sexismo, não sobre racismo.” (KILOMBA, 2019, p. 102).

O esquecimento neutraliza a capacidade de se preocupar com outro, de se sensibilizar com quem sofre, atuando na manutenção da invisibilidade de corpos, já tidos nessas condições deste a época colonial (PACHECO, 2016). Compreende-se, assim, que o necro-

poder não apenas elimina os invisíveis, mas também lhes expropria direitos e nega-lhes a dignidade da vida. A invisibilidade faz parte da colonialidade que “se expressa fundamentalmente no exercício permanente de se fazer esquecer para permanecer e explorar.” (GONÇALVES, et al., 2019, p. 163).

A pesquisa permitiu compreender que a produção de violência obstétrica nos corpos de mulheres negras carrega essas marcas da subalternização, revelando como o necropoder atua de forma multifacetada, capilariza-se nos discursos e permeia práticas, como as reproduzidas nos serviços de saúde.

Todas as ativistas entrevistadas enfatizaram a relação entre o racismo e o sexismo nas vivências de violência obstétrica contra mulheres negras. Considerando a discussão apresentada, conclui-se que é inviável uma análise que dê conta das particularidades das vivências de violências de mulheres negras sem que se observe o enorme impacto do racismo estrutural, do patriarcado e do preconceito de classe social.

No mesmo sentido, compreende-se que, enquanto o campo da saúde coletiva e as práticas em saúde não refletirem sobre as opressões de raça, classe e gênero da sociedade brasileira, pouco se avançará na qualificação efetiva do cuidado ofertado às mulheres negras. Enquanto profissionais, gestores e pesquisadores da assistência obstétrica não se perguntarem quem é considerado humano para a Política de Humanização do Pré-Natal e Parto, tende a permanecer o grave cenário de violações de direitos nas cenas de cuidado obstétrico. Defende-se, assim, que o tão almejado parto “humanizado” inclua a pauta do racismo institucional, tal como foi observado nas tentativas empreendidas pelas profissionais entrevistadas.

O conteúdo desse trabalho não desqualifica ou menospreza os esforços de gestores e trabalhadores do setor da assistência gradívico-puerperal, mas visa trazer contribuições para melhorias desse cenário que possibilitem reverter o quadro de violências que atinge parturientes e gestantes, bem como mulheres que passam pelo processo de aborto, seja de forma espontânea ou provocada.

Ainda há muito que caminhar no sentido de trazer o debate do racismo para a agenda da saúde coletiva, fazendo-se necessária a produção de mais pesquisas abordem as formas e as dinâmicas de reprodução do racismo no contexto da saúde, e como tais processos desenvolvem-se em cenários desfavoráveis às populações racializadas.

O cenário estudado na pesquisa revelou que há um enorme descompasso entre o que é postulado pela PNSIPN e a Política de Humanização do Parto, e demonstrou a pro-

dução de sucessivas violências que atingem, juntamente com o racismo, as mulheres negras.

As resistências e estratégias construídas pelas militantes sejam nos serviços de saúde, na gestão em saúde, no legislativo, nas ONGS, em espaços de militância feminista, dentre outros, visam quebrar o silêncio em torno da perversidade do racismo e do sexismo sobre os corpos de mulheres negras.

Espera-se ainda que este estudo possa contribuir para a visibilização das pautas de militância empreendidas por mulheres negras no campo da saúde da população negra, que, dentro do Movimento Negro e na articulação com outros movimentos sociais, desenham propostas que visam o reconhecimento e a garantia de direitos da população negra.

A saída do campo, ainda que realizada dentro do tempo previsto, foi um tanto dolorosa, pois foi acompanhada de uma saída física do Estado do Rio de Janeiro, em que foi preciso mudar de cidade e, conseqüentemente, mudar completamente minha rotina. Sair de uma rotina de pesquisa, na qual aos poucos eu empreendia atividades tidas como as de uma “militante”, para outra completamente diferente, sem referências de espaços de discussão, não foi uma tarefa fácil.

Retomar o olhar para as entrevistas, transcrevê-las, lê-las, relê-las, realizar novas reflexões, pensar em categorizações etc. – todo esse processo foi muito dolorido não só pelo momento em que eu me encontrava, mas principalmente por reviver fortes momentos daquelas conversas, que dizem respeito às facetas mais violentas do racismo estrutural, apontando para a vida, a morte, o sofrimento e as resistências das ativistas e das realidades de tantas mulheres por elas evocadas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, W. R.; FRAGA FILHO, W. **Uma história do negro no Brasil**. Salvador: Centro de Estudos Afro-Orientais. Brasília: Fundação Cultural Palmares. 2006.

ALERJ, Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro. **Íntegra do Debate Público - Audiência Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro**, 29 maio 2017. Disponível em:

<https://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/atas.nsf/b86bb783027a72fe832581ef005920f7/a3e2d28455a3754e83258137005192f9?OpenDocument>. Acesso em: 18 dez. 2018.

ALMEIDA, S. L.. Estado, direito e análise materialista do racismo. *In*: KASHIURA JUNIOR, C. N.; AKAMINE JUNIOR, O.; MELO, T. de. (orgs.). **Para a crítica do direito: reflexões sobre teorias e práticas jurídicas**. São Paulo: Outras Expressões; Dobra universitário, 2015, p. 747-767.

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?**. Belo Horizonte: Letramento. 2018.

ALONSO, A. As teorias dos movimentos sociais: um balanço do debate. **Lua Nova**, São Paulo, n. 76, p. 49-86, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n76/n76a03.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.

ANTUNES, J. L. F. **Crime, sexo, morte: avatares da medicina no Brasil**. 1995. 281 p. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1995.

ARAÚJO, M. J. O. Reflexões sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n. 23, 2001. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/09/Mortalidade-Materna-maior-Risco-para-Mulheres-Negras-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 10 out.2018.

ARGENTINA, LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES. **Lei nº 26486, de 11 de março de 2009**. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Argentina, 1 abr. 2009. Disponível em: [https://www.oas.org/dil/esp/Ley de Proteccion Integral de Mujeres Argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Ley%20de%20Proteccion%20Integral%20de%20Mujeres%20Argentina.pdf). Acesso em: 10 ago. 2018.

ASSIS, J. F. de. **Vencedoras, Estrategistas e/ou Invisibilizadas?**: um estudo das possibilidades e dos limites do Programa Pró-Equidade de Gênero para as mulheres negras nas empresas. 2010. 224 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2010.

ASSIS, J. F. de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, set/dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-66282018000300547&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 fev. 2019.

ASSIS, J. F. de. Violência obstétrica como violência de gênero e os impactos sobre as mulheres negras a partir de uma revisão integrativa. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES**, 5. 2017. Salvador, BA. Seminário [...] Salvador, BA. 2017.

AZEVEDO, C. M. M. de. **Onda negra, medo branco**: O negro no imaginário das elites - Século XIX. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002902841&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 22 dez. 2018.

BÄHRE, E. O retorno da comparação etnográfica: a epistemologia em momentos de mudança política. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)**, São Paulo, v. 2, n. 86, p. 98-115, 2018. Disponível em: <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/67481>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BAILEY, Z.D. *et al.* Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. **The Lancet**, v. 389, n. 10077, p. 1453-1463, 2017. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28402827>. Acesso em: 20 dez. 2018.

BAQUAQUA, M. G. Biografia de Mahommah G. Baquaqua. Apresentação de Silvia Hunold Lara. Tradução de Sonia Nussenzweig. **Revista Brasileira de História: Escravidão**, v.8, n. 16, s.n, 1988. Disponível em: http://www.anpuh.org/revistabrasileira/view?ID_REVISTA_BRASILEIRA=25. Acesso em: 10 out. 2018.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Editora Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/48z26>. Acesso em 15 jan. de 2020.

BARATA, R. B. et al. Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0647.pdf>. Acesso em 08 jan. de 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, R. A. **“Enegrecendo o feminismo” ou “Feminizando a raça”**: narrativas de libertação em Angela Davis e Lélia Gonzáles. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado em História) – Departamento de História, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2005.

BARROS, S. et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1235-1247, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1235.pdf> Acesso em: 14 set. 2018.

BATISTA, L. E. Mortalidade da população negra adulta no estado de São Paulo. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (orgs.). Seminário de saúde da população negra estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. P. 117-128. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf. Acesso em: 20 out. 2018.

BELFORT, I. K. P.; KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 631-640, Set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300631&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 nov. 2018.

BENTES, R. N. de M. **Negritando**. Belém: Graphitte Editores, 1993.

BERNARDINO-COSTA, J. A prece de Frantz Fanon: oh, meu corpo, faça sempre de mim um homem que questiona!. **Civitas**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 504-521, nov. 2016. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/22915>. Acesso em: 01 nov. 2018.

BERTULIO, D. L. L. Racismo, violência e direitos humanos: considerações sobre a discriminação de raça e gênero na sociedade brasileira. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria. 2011.

BIROLI, F. Direito ao aborto e maternidade: gênero, classe e raça na vida das mulheres. **Revista Cult**, [s. l.], ed. 223, p. 209-216, 2018.

BORDE, E. M. S. **Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde**. 2014. 139f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.

BORGES, J. **O que é encarceramento em massa?**. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

BRASIL, S. A. **A Política de Saúde da População Negra no Brasil**: atores políticos, aspectos étnico-raciais e principais tensões do campo. 2011. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece o Programa de Humanização do Pré-natal e do nascimento. Portaria nº 569/GM. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal - Atenção à Saúde das Mulheres Negras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, abr. 2005b.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade / **Fundação Nacional de Saúde**. Brasília: Funasa, 2005c. 446f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** –1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editorado Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2011b.

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

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

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório anual socioeconômico da mulher. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, mar. 2015a.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**. Racismo é apontado como uma das causas da mortalidade materna entre mulheres negras. Brasília, 2015b. Disponível em <http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/noticias/junho/racismo-e-apontado-como-uma-das-causas-da-mortalidade-materna-entre-mulheres-negras>. Acesso em: 17 dez. 2018.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. **Balanco do Ligue 100 - Central de Atendimento a Mulher**. Brasília, 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. v. 48, n. 36. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1 de fevereiro de 2017b. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 16, de 30 de março de 2017. Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017- 2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017d.

CAMPOS, L; FRANÇA, D.; FERES JÚNIOR, J. **Relatório das Desigualdades de Raça, Gênero e Classe (GEMAA)**, n. 2, p. 1-18, 2018.

CARNEIRO, A. S. **Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser**. 2005. 339p. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, 2005.

CARNEIRO, S. A BATALHA DE DURBAN. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 209, jan. 2002.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estud. av**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-133, dez. 2003.

CARVALHO, P. D. de. Há lugar para movimentos sociais na teoria decolonial? 2015. Trabalho apresentado no VIII Congresso Latinoamericano de Ciencia Política, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 22 al 24 de julio de 2015.

CASTRO-GOMEZ, S. Michel Foucault y La colonialidad del poder. **Tabula Rasa**. n. 6, p. 153-172, 2007.

CEERT. Mulheres e negros têm menos acesso a transplantes de órgãos no Brasil. *online*, 2011. Disponível em: <http://www.ceert.org.br/noticias/saude/1328/mulheres-e-negros-tem-menos-acesso-a-transplantes-de-orgaos-no-brasil>. Acesso em: 15 dez. 2018.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência**. Instituto de Pesquisa Econômica e aplicada. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30411. Acesso em: 14 jul. 2018.

CÉSAIRE, A. **Discurso sobre o colonialismo**. Lisboa: Sá da Costa, 1978.

CHALHOUB, S. Medo branco de almas negras: escravos, libertos e republicanos na cidade do Rio. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 8, n. 16, mar./ago. 1998. Disponível em: https://www.anpuh.org/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3676. Acesso em: 18 out. 2018.

CORDEIRO, R. C. **Práticas de discriminação racial e de gênero na atenção à saúde de mulheres negras com anemia falciforme**. 2007. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

CORREIA, D. B. **Racismo institucional: um desafio na atenção à saúde da população negra com doença falciforme em João Pessoa/PB**. 2014. 90f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

COSTA, M.; MIRANDA, M. Comitê Técnico de Saúde da População Negra - MRJ. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - uma política do SUS. Rio de Janeiro, 2018.

CRENSHAW, K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. *In: AÇÃO EDUCATIVA*, Cruzamento: raça e gênero. Brasília: Unifem, 2004. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171, jan. 2002. . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2018.

CRIOLA. **Por quê Alyne? Alyne**. [s.d.]. Disponível em: <https://alyne.org.br/por-que-alyne/>. Acesso em: 30 ago. 2018b.

CRIOLA. **Quem Somos Criola**. [s.d.]. Disponível em: <https://criola.org.br/onepage/quem-somos/>. Acesso em: 30 ago. 2018a.

CUNHA, E. M. G. de P. da. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. *In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (orgs.). Saúde da população negra*. 2. ed. Brasília,: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 22–33. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SHRAIBER, L. B. Violence against women in health –care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, [S.l.], v. 359, n. 9318, p.1681-1685, maio. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12020546>. Acesso em: 08 dez. 2018.

D’ADESKY, J. **Pluralismo étnico e multi-culturalismo: racismo e anti-racismos no Brasil**. Rio de Janeiro: Pallas, 2005.

DAMASCO, M. S. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996)**. 2009. 159 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

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

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2019.

DAVIS, A. **Mulheres, Raça e Classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 3. ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. Introdução. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. (orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.15-41.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626, Set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 dez. 2018.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, Dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014 Acesso em: 15 nov. 2018.

DIAZ-BENITEZ, M. E.; MATTOS, A. Interseccionalidade: zonas de problematização e questões metodológicas. *In*: SIQUEIRA, I. R. de. et al. (orgs.). **Metodologia e relações internacionais: debates contemporâneos**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, v.2. 2019.

DINIZ, C.S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 140-153, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020 Acesso em: 29 nov. 2018.

DINIZ, S. G. 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**. v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 17 dez. 2018.

DOMINGUES, P. J. Negros de almas brancas? A ideologia do branqueamento no interior da comunidade negra em São Paulo, 1915-1930. **Estud. afro-asiát.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 563-600, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-546X2002000300006 Acesso em: 15 out. 2018.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2014001300021&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 05 out. 2018.

DOSSEY, L. The Shock of Charlottesville: Unmasking Racism in Healthcare. **Explore: The Journal of Science and Healing**, v. 14, n. 1, p. 1–9, 1 jan. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29175224> Acesso em: 07 dez. 2018.

FACCHINETTI, C.; RIBEIRO, A.; MUNOZ, P. F. de. As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 231-242, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500012. Acesso em: 10 set. 2018.

FACCHINI, Regina; FERREIRA, Carolina Branco de Castro. Feminismos e violência de gênero no Brasil: apontamentos para o debate. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 04-05, Set. 2016. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000300002. Acesso em: 22 nov. 2018.

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

FAUSTINO, D. M. A equidade racial nas políticas de saúde. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (orgs.). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília,: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 92-121.

FERREIRA, E. H. S. A. **Mulheres negras vítimas de violência obstétrica**: estudo em um Hospital Público de Feira de Santana - Bahia. 2018. 119 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

FERREIRA, K. R. D. **Racismo e sexismo em instituições de saúde do DF**: pré-natal, parto e pós-parto de mulheres negras. 2015. 159 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Departamento de Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da UNB, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

FERREIRA, L. Mães mortas: onde falha o sistema de saúde que negligencia a vida das mulheres negras. **Gênero e Número**, online, set. 2018. Disponível em: <http://www.generonumero.media/racismo-mortalidade-materna/> Acesso em: 07 nov. 2018.

FERREIRA, M. S.; OLIVEIRA, E. A. As mulheres não são donas de seus corpos: produção de conhecimento e violência obstétrica no Brasil. 2016. Trabalho apresentado no III Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades, (GT 1 – Desigualdades de gênero e de raça). Brasília, maio. 2016. Disponível em: https://720b6a44-a498-4f55-8429-ea9de112b971.filesusr.com/ugd/0d36fe_7630ed3f118a4d2986fef47384be104a.pdf Acesso em: 22 nov. 2018.

FIGUEIREDO, A. Dialogando com os estudos de gênero e raça no Brasil. In: SANSONE, L.; PINHO, O. A. (orgs.). **Raça**: novas perspectivas antropológicas. 2. ed. rev. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 237-254.

FIGUEIREDO SANTOS, J. A. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 26, n. 75, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/107/10719119002/>. Acesso em: 02 dez. 2019.

FONSECA, R. C.; FREITAS, M.; RIL, S. Y. RODRIGUES, C. Movimento de doulas no Brasil: trajetória das atrizes na construção de uma cultura de não violência obstétrica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 2017. Florianópolis. **Anais [...]** Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Centro de Comunicação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499436485_ARQUIVO_InaraFonseca_TextoCompleto_MM_FG.pdf. Acesso em: 14 out. 2018.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FRANCO, M.; COSTA, V.; FERNANDES, R. Relatório de Comissão de Defesa da Mulher. Câmara Municipal do Rio de Janeiro, **Comissão de Defesa da Mulher**, Mandata Coletiva Marielle Franco, p. 56, 2018. Disponível em: <https://www.mariellefranco.com.br/relatorio-comissao-da-mulher> Acesso em: 02 jan. 2019.

FREIRE, A. Cabral defende aborto contra violência no Rio de Janeiro. **G1**, out. 2007. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,MUL155710-5601,00-CABRAL+DEFENDE+ABORTO+CONTRA+VIOLENCIA+NO+RIO+DE+JANEIRO.html>. Acesso em: 01 de março de 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto**: na hora de fazer não gritou. Mar, 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 25 nov. 2018.

GOÉS, E. “Sims era um salvador ou um sádico? Depende da cor das mulheres que você pergunta”. **Cientistas Feministas**, [S. l.], p. s.n., 16 maio 2018. Disponível em: <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2018/05/16/sims-era-um-salvador-ou-um-sadico-depende-da-cor-das-mulheres-que-voce-pergunta/>. Acesso em: 11 dez. 2019.

GOHN, M. G. da. **Teoria dos movimentos sociais paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

GOHN, M. G. Sociedade Civil no Brasil: movimentos sociais e ONGs. **Revista Meta: Avaliação**, [S.l.], v. 5, n. 14, p. 238-253, sep. 2013..Disponível em: <<http://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/view/145>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

GOLDIM, J. R. **O Caso Tuskegee**: quando a ciência se torna eticamente inadequada. UFRGS, 1999. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/tueke2.htm>. Acesso em: 10 dez. 2018.

GOMES, N. L. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: BRASIL. **Educação Anti-racista**: caminhos abertos pela Lei federal nº 10.639/03. Brasília, MEC, Secretaria de educação continuada e alfabetização e diversidade, 2005. p. 39 - 62. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp->

[content/uploads/2012/10/Alguns-termos-e-conceitos-presentes-no-debate-sobre-Rela%C3%A7%C3%B5es-Raciais-no-Brasil-uma-breve-discuss%C3%A3o.pdf](#). Acesso em: 10 fev. 2019.

GOMES, N. L. **O Movimento Negro educador**: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

GONÇALVES, L. A. P. *et al.* Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades: uma (não) agenda?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 8, p.160-174, 2019. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/36/v.%2043%2C%20n.%20ESPECIAL%208>. Acesso em: 06 mar. 2020.

GONDIM, R. Biopolíticas: ordenando corpos e populações. *In*: GONDIM, R. Doenças, corpos e territórios negligenciados - práticas de saúde sobre a tuberculose em espaços e pessoas vulnerabilizadas. Tese (Doutorado em Sociologia)- Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Portugal. 2016. p. 39-50.

GONZALEZ, L. "Por um feminismo afrolatinoamericano".. *In*: Caderno de Formação Política do Círculo Palmarino, n. 1, **Batalha de Ideias**, Brasil, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/375002/mod_resource/content/0/caderno-de-forma%C3%A7%C3%A3o-do-CP_1.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

GROBMAN, W. A. *et al.* Racial Disparities in Adverse Pregnancy Outcomes and Psychosocial Stress. **Obstetrics and Gynecology**, v. 131, n. 2, p. 328–335, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5785441/>. Acesso em: 11 dez. 2018.

GROSFOGUEL, R. La descolonización del conocimiento: diálogo crítico entre la visión decolonial de Frantz Fanon y la sociología decolonial de Boaventura de Sousa Santos. *In*: VIANELLO, A.; MAÑÉ, B. (orgs.). **Formas-Otras: Saber, nombrar, narrar, hacer - IV Training Seminar de jóvenes investigadores en Dinámicas Interculturales**. Barcelona: Edicions CIDOB, p. 97-108, 2011. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Ramon%20Grosfoguel%20CIDOB_2011.PDF. Acesso em: 14 fev. 2019.

GUIMARÃES, A. S. A. **Democracia Racial**: o ideal, o pacto e o mito. 2002. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/25-encontro-anual-da-anpocs/st-4/st20-3/4678-aguimaraes-democracia/file>. Acesso em: 14 fev. 2019.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, v. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 14 dez. 2018.

HAUSMANN, L. R. M. *et al.* Perceived discrimination in health care and health status in a racially diverse sample. **Medical Care**, v. 46, n. 9, p. 905–914, set. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3424509/>. Acesso em: 24 dez. 2018.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61-73, jun. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702014000100005. Acesso em: 11 dez. 2018.

HOFFMAN, K. M; TRAWALTER, S.; AXT, J. R.; OLIVER, M. N. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. **Proc Natl Acad Sci**, EUA, n. 113, p. 4296-4301, 2016. Disponível em: <https://www.pnas.org/content/113/16/4296> Acesso em: 21 dez. 2018.

HUGHES, K. et al. Racial/ethnic disparities in amputation and revascularization: a nationwide inpatient sample study. **Vascular and Endovascular Surgery**, v. 48, n. 1, p. 34–37, jan. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24212408> Acesso em: 16 dez. 2018.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. , **Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2018.

IBGE, **CENSO**, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 10 de jul. de 2018.

IPEA, et al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4. ed. Brasília: Ipea, SPM, Unifem, 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/retrato/>. Acesso em: 03 jul. 2018.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W. GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Tradução de Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

KILOMBA, G. **Plantation Memories** – episodes of everyday racism. Budapeste: Interpress, 2013. Disponível em: https://schwarzemilch.files.wordpress.com/2012/05/kilomba-grada_2010_plantation-memories.pdf. Acesso em: 03 jul. 2019.

LACERDA, J. B. de. Sur le métis au Brésil. In: **Premier Congrès Universel des Races**: 26-29 jul 1911. Paris: Devouge. 1911. Disponível em: <https://bdor.sibi.ufrj.br/bitstream/doc/35/1/Surlesmetis%20cdr.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005. Acesso em: 03 dez. 2018.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 dez. 2018.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. da; CUNHA, C. B. da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, Jan. 2005. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013. Acesso em: 13 nov. 2018.

LEÃO, M. V.; OLIVEIRA, S. M. J. V. de. O papel da doula na assistência à parturiente. **REME – Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 24-29, jan./mar., 2006. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/380>. Acesso em: 13 nov. 2019.

LIMA, E. **Violência institucional, racismo e morte materna são destaques na Agenda Laranja do IFF**. Institucional. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/477-violencia-institucional-racismo-e-morte-materna-sao-destaques-na-agenda-laranja-do-iff>. Acesso em: 30 ago. 2018.

LIMA, F. Raça, Interseccionalidade e Violência: corpos e processos de subjetivação em mulheres negras e lésbicas. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 4, n. 2, p. 66–82, 12 jun. 2018. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/26646>. Acesso em: 12 fev. 2019.

LIMA, K. D. de. **Vivências de mulheres negras na assistência ao parto: vulnerabilidades e cuidados**. 109 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

LIMA, K. D. de. **Raça e violência obstétrica no Brasil**. 2016. 25f. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

LIMA, K. D.; PIMENTEL, C.; LYRA, T.M. Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Cien Saude Colet** [periódico na internet], out. 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/disparidades-raciais-uma-analise-da-violencia-obstetrica-em-mulheres-negras/17356?id=17356>. Acesso em: 02 fev. 2020.

LIMA, M, G. et al. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499-506, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013000200021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 dez. 2018.

LIMA, T. M. M. de. **Violência obstétrica: as disputas discursivas e a luta das mulheres**. 2019. 213f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/33886/1/TESE%20Tatiane%20Michele%20Melo%20de%20Lima.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2020.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional. **Interface-Comunic., Saúde, Educ**, v. 16, n. 40, p. 121-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

MACIEL, M. E. S. A eugenia no Brasil. *In: Anos 90*, Porto Alegre, n.11, julho 1999. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/anos90/article/view/6545>. Acesso em: 15 out. 2018.

MARCONDES, M. M. et al. **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil.**- Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=20978. Acesso em: 15 jul. 2018.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. **Desigualdade de transplantes de órgãos no Brasil:** análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor. IPEA, Brasília, jun., 2011. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=9811 Acesso em: 15 dez. 2018.

MARINHO, F. *et al.* Microcephaly in Brazil: prevalence and characterization of cases from the information system on live births (Sinasc). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 701-712, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016005001103&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 20 dez. 2018.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100022. Acesso em: 21 dez. 2018.

MARTINS, V. Genocídio na saúde: da esterilização às mortes maternas. **Editorial Alma Preta**, *online*, 2017. Disponível em: <https://www.almapreta.com/editorias/realidade/racismo-na-saude-da-esterilizacao-as-mortes-maternas>. Acesso em: 17 dez. 2018.

MATOS, D. D. Racismo científico: O legado das teorias bioantropológicas na estigmatização do negro como delinqüente. *In: Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 74, mar 2010. Disponível em <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7448 >. Acesso em: 15 out. 2018.

MBEMBE, A. et al. Necropolítica, una revisión crítica. *In: CHÁVEZ, H.; JEŽIK, E. Estética y violencia: necropolítica, militarización y vidas lloradas.* Cidade do México: Museo Universitario Arte Contemporáneo, Universidad Nacional Autónoma de México, p. 130-139, 2012.

MBEMBE, A. **Necropolítica – Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte.** São Paulo: n-1 edições. 2018.

MEDEIROS, C. A. **Na lei e na raça: legislação e relações raciais, Brasil - Estados Unidos.** Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

MEDRADO, B.; SPINK, M.J.; MELLO, R.P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. *In: SPINK, M.J. et al. (orgs.). A produção de informação na pesquisa social.* Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

MENDES, J. M. Perguntar e Observar não basta, é preciso analisar: algumas reflexões metodológicas. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/194/194.pdf>. Acesso em: 26 de jan. de 2019.

- MINAYO, M. C. S. Ciência, tecnologia e arte: o desafio da pesquisa social. *In: MINAYO M. C. S (orgs.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Editora Vozes, 1994, p. 9-29.
- MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias da violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. *In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (orgs.). Impactos da Violência na Saúde.* 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EAD/ENSP, 2009.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
- MONTAÑO, C.; LÚCIA, D. M. **Estado, classe e movimento social.** Cortez Editora, 2014.
- MORAES, O. C. R. M; MANSO, V. M (orgs.). **Dossiê mulher 2018** – Rio de Janeiro: Rio Segurança. Instituto de Segurança Pública (ISP – RJ), 2018. Disponível em: <http://www.isp.rj.gov.br/Conteudo.asp?ident=48>. Acesso em: 14 dez. 2019.
- MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, [S.l.], v. 25, ago. 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>. Acesso em: 14 dez. 2019.
- MOURA, A. L. Segundo Ministério da Saúde, 62,8% das mulheres mortas durante o parto são negras. **Editorial Alma Preta**, *online*, 2018. Disponível em: <https://www.almapreta.com/editorias/realidade/segundo-ministerio-da-saude-62-8-das-mulheres-mortas-durante-o-parto-sao-negras>. Acesso em: 17 dez. 2018.
- MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. *In: BRANDÃO, A. A. P. (orgs.). Programa de Educação Sobre o Negro na Sociedade Brasileira.* Niterói, RJ: EdUFF, 2000. p. 15-34.
- NASCIMENTO, A. do. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado.** São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 2016.
- NETTO, J. N.; BRAZ, M. **Economia política. UMA INTRODUÇÃO CRÍTICA**, v. 6, 2007.
- NJERI, A. Educação afrocêntrica como via de luta antirracista e sobrevivência na maafa. **Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação**, s/l, s/v., n. 31, p. 4-17, mai/out. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/resafe/article/view/28253>. Acesso em: 15 fev. 2020.
- NOLAN, M. Supporting women in labour: the doula's role. **Mod'Midwife**, s.l, v. 5, n. 3, p. 12-15, 1995. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7719746>. Acesso em: 17 fev. 2020.
- OLIVEIRA, F. Saudações a Quem Tem Coragem!. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, nº 23, 2001.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 37-50, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902018000100037&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 jan. 2020.

OLIVEIRA, S. M. L. P. de. **Por um recorte genealógico da categoria violência obstétrica**. 2019. 237f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/Fiocruz, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE — OMS. **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/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=6B123E356D90F096706ECCFB1EF79B38?sequence=3. Acesso em: 02 dez. 2018.

PACHECO, R. **Ocupar, Resistir, Subverter: Igreja e teologia em tempos de racismo, violência e opressão**. Rio de Janeiro: Novos Diálogos, 2016.

PACHECO, V. C. et al. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 125-137, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100125&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 06 jan. 2020.

PAIXÃO, M. et al. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009-2010**. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf Acesso em: 06 set. 2018.

PARKER, R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e saúde**. [s.l.]. Editora FIOCRUZ, 2013, p. 25-46.

PENNA, W. P. Escrivências das memórias de Neusa Santos Souza: apagamentos e lembranças negras nas práticas psis. 2019. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia - UFF, Niterói, 2019. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/2019_d_WilliamPenna.pdf Acesso em: 03 jan. 2020.

PEREIRA, A. L. F.; NICÁCIO, M. C. A escolha pelo atendimento em casa de parto e avaliação do cuidado pré-natal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 546-555, 2014.. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13268> Acesso em: 03 dez. 2019.

PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. (orgs.). Características Étnico-raciais da População: Classificações e identidades. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estudos e análises: informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 2.- Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf> Acesso em: 12 set.2018.

PEZZIN, L. E.; KEYL, P. M.; GREEN, G. B. Disparities in the emergency department evaluation of chest pain patients. **Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine**, v. 14, n. 2, p. 149–156, fev. 2007.

PINTO, A. S.; MORAES, O. C. R. de; MANSO, F. V. (orgs.). **Dossiê Mulher 2017** – Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública (ISP – RJ), 2017. 151 p.: il. – (RioSegurança. Série Estudos 2.). Disponível em: <http://www.ispdados.rj.gov.br/SiteIsp/DossieMulher2017.pdf> Acesso em: 12 set. 2018.

PINTO, L. W. et al. Violência contra as mulheres: antigas questões, novas configurações. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (orgs.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI - Visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz, 2017. p. 203-222.

PRATHER, C. et al. Racism, African American Women, and Their Sexual and Reproductive Health: A Review of Historical and Contemporary Evidence and Implications for Health Equity. **Health Equity**, v. 2, n. 1, p. 249–259, 24 set. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6167003/> Acesso em: 20 dez. 2018.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e a América Latina. *In*: LANDER, E. (orgs.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais – Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, p. 107-129, 2005. Disponível em: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf Acesso em: 10 dez. 2018.

RAMOS, A. R. F. A escravidão do indígena, entre o mito e novas perspectivas de debates. **Revista de Estudos e Pesquisas**, Brasília, v. 1, n. 1, p.241-265, jul. 2004. Disponível em: http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/Revista-Estudos-e-Pesquisas/revista_estudos_pesquisas_v1_n1/Artigo-7-Andre-Ramos.pdf Acesso em: 10 out. 2018.

REIS, V. **Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>. Acesso em: 20 set. 2018.

RIBEIRO, D. A. Ubuntu: o direito humano e a saúde da população negra. *In*: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (orgs.). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 122-145.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?**. Belo Horizonte: Letramento (Feminismos Plurais), 2017. 112 p.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro. **Relatório Anual**. 2013.. Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/cedim_imagens/SCSEditaImprensa/arquivos/uploads/Apresentacao%20Comite.pdf. Acesso em: 20 set. 2018.

RIO DE JANEIRO (Prefeitura). Instituto Pereira Passos. **Data Rio: O novo armazém de dados**. 2010.

RODRIGUES, C. Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 2013, Florianópolis. **Anais [...] Florianópolis**: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Centro de Comunicação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 2013. Disponível em:

<https://poligen.polignu.org/sites/poligen.polignu.org/files/feminismo%20negro2.pdf> Acesso em: 15 set. 2018.

RODRIGUES, C. S. **As fronteiras entre raça e gênero na cena pública brasileira**: um estudo da construção da identidade coletiva do Movimento de Mulheres Negras. 2006. 234f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

RYAN, A. M.; GEE, G. C.; GRIFFITH, D. The effects of perceived discrimination on diabetes management. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 19, n. 1, p. 149–163, fev. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18263991> Acesso em: 22 dez. 2018.

SABIN, J. A.; GREENWALD, A. G. The influence of implicit bias on treatment recommendations for 4 common pediatric conditions: pain, urinary tract infection, attention deficit hyperactivity disorder, and asthma. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 5, p. 988–995, maio 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22420817> Acesso em: 22 dez. 2018.

SACRAMENTO, A. N.; NASCIMENTO, E. R. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1142-1149, out. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500016 Acesso em: 04 dez. 2018.

SALES JÚNIOR, R. L. de. **Raça e Justiça**: o mito da democracia racial e o racismo institucional no fluxo de justiça. Recife: Editora Massangana, 2009.

SANTOS, A. O. Saúde mental da população negra: uma perspectiva não institucional. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [S.l.], v. 10, n. 24, p. 241-259, fev. 2018. Disponível em:

<http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/583> Acesso em: 14 dez. 2018.

SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 63, p. 237-280, 2002. Disponível em:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/10810/1/Para%20uma%20sociologia%20das%20aus%3%aancias.pdf> Acesso em: 14 nov. 2018.

SANTOS, J. A. F. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 58, p. 27-45, jun. 2005. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092005000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

SANTOS, J. E. dos; SANTOS, G. C. S. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, Dez. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 07 dez. 2018.

SANTOS, J. A. F. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. **Dados Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 05-40, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 11 out. 2018.

SAUCEDO, D. N. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: um “equilíbrio” coletivo?. 2018, 102f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2018.

SCHWARCZ, L. M. As teorias raciais, uma construção histórica de finais do século XX. *In*: SCHWARCZ, L. M.; QUEIROZ, R. S. (orgs.). **Raça e Diversidade**. São Paulo: Estação Ciência, Edusp, São Paulo, 1996.

SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SCHWARCZ, L. M. Previsões são sempre traiçoeiras: João Baptista de Lacerda e seu Brasil branco. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan-mar. 2011, p. 225-242. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18n1/13.pdf> Acesso em: 20 nov. 2018.

SERGIPE. Secretaria de Estado de Saúde. Núcleo Estratégico da SES - NEST. SES, Referência Técnica para Políticas de Promoção da Equidade - Saúde da População Negra/Coordenação Estadual de Atenção Básica/Diretoria de Atenção Integral à Saúde/SES. **Informe Epidemiológico: Análise de Situação de Saúde da População Negra em Sergipe**. Ano II, n. 7. Sergipe: 2016. Disponível em:

http://observatorio.se.gov.br/saude/images/Informe_Epidemiol%C3%B3gico_07_Sa%C3%BAde_da_popula%C3%A7%C3%A3o_negra_em_Sergipe.pdf Acesso em: 18 out. 2018.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, Mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 20 nov. 2018.

SEYFERTH, G. Estratégia de branqueamento, **Ciência Hoje**, v. 5, n. 25. 1986.

Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/documentos/estrategia-do-branqueamento>. Acesso em: 14 dez. 2018.

SILVA FILHO, J. B. da. História do Negro no Brasil. *In*: População Negra e Educação Escolar. **Cadernos Penesb** - Periódico do Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira - FEUFF. Niterói: Quartet/EdUFF, 2006. n. 7. nov, 2006. p. 102-134.

SILVA, A. M. **CASO ALYNE PIMENTEL**: análise do direito humano à saúde e a morte materna. 2015. 63f. Monografia (Bacharelado em Direito) - Centro Universitário de Brasília – UniCEUB., Brasília, 2015.

SILVA, L. M. et al. Racial inequalities and perinatal health in the southeast region of Brazil. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 40, n. 9, p. 1187–1194, set. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17713668> Acesso em: 04 dez. 2018.

SILVA, M. E. S. **Saúde Mental da população negra na agenda pública**. 2016. 80 f. Monografia (Curso de Ciências Políticas), Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SILVA, M. M.; PEREIRA, J. G. Violência contra a população negra: ampliando olhares. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (orgs.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI - Visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro. Editora Fio-cruz, 2017. p. 341-362.

SILVEIRA, R. S.; NARDI, H. C. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, 2014, p. 14-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822014000500003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 11 dez. 2018.

SILVIA, M. L. Racismo e os efeitos na saúde mental. *In*: BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana (orgs.). **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2004. p. 129-132. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf. Acesso em 16 out. de 2018.

SOUTO, R. M. C. V. et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2909-2918, set. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017002902909&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 out. 2018.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa e André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

STUCCHI-PORTOCARRERO, S. Eugenics, medicine and psychiatry in Peru. **History of Psychiatry**, v. 29, n. 1, p. 96–109, mar. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29185827>. Acesso em: 07 dez. 2018.

TAVARES, N. O.; OLIVEIRA, L. V.; LAGES, S. R. C. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 580-587, Dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 dez. 2018.

TEIXEIRA, M. P. Relações raciais na sociedade brasileira. *In: População Negra e Educação Escolar. Cadernos Penesb: Periódico do Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira - FEUFF. Niterói: Quartet/EdUFF, 2006. n. 7. nov, 2006. p. 252-272.*

TEIXEIRA, N. Z. F. et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 1, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292012000100003&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 01 dez. 2018.

THEOPHILO, R. L., RATTNER, D; PEREIRA, E. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103505&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 11 dez. 2018.

TOURAINÉ, A. Na fronteira dos movimentos sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 13-16, jan./abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922006000100003. Acesso em: 21 dez. 2018.

TRAJANO, A. J. B. et al. Mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro em 2000 e 2011. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 47-53, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/index>. Acesso em: 04 dez. 2018.

VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Publicada en **Gaceta Oficial** n° 38668 de 23 abr. 2007.

VILLELA, F. **Mortalidade materna no Rio aumentou nos últimos três anos, aponta relatório**. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/mortalidade-materna-no-rio-aumentou-nos-ultimos-tres-anos-aponta-relatorio>>. Acesso em: 20 set. 2018.

VOLOCHKO, A. Mortalidade materna: determinantes sociopolíticos. *In: KALCKMANN, Suzana et al. (orgs.). Nascer com equidade*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

WEGNER, R; SOUZA, V. S. de. Eugenia 'negativa', psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 263-288, Mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2020.

WERNECK, 2001. A vulnerabilidade das mulheres negras. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, nº 23 2001.

WERNECK, J. **O Samba Segundo as Ialodês: mulheres negras e a cultura midiática**. 2007. 301f. Tese (Doutorado em Comunicação) Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

WERNECK, J. Nossos passos vêm de longe! Movimento de Mulheres Negras e Estratégias Políticas contra o Sexismo e o Racismo. *In*: Werneck, J. (orgs.). **Mulheres Negras**: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas. Rio de Janeiro: Criola, 2008. p. 76 – 84.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf> Acesso em: 18 jul. 2018.

WITTIZORECKI, E. S. et al. Pesquisar exige interrogar-se: a narrativa como estratégia de pesquisa e de formação do(a) pesquisador(a). **Movimento**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 9-33, maio/ago. 2006. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/2904> Acesso em: 18 nov. 2018.