



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO - UFOP

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DE CIÊNCIAS SOCIAIS, JORNALISMO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

IZABELLA HELENA DOMINGOS TORRES

**SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER NEGRA E OS REBATIMENTOS DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

**MARIANA – MG
2021**

IZABELLA HELENA DOMINGOS TORRES

**SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER NEGRA E OS REBATIMENTOS DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

Monografia apresentada ao departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Ms. Alessandra Ribeiro de Souza.

**MARIANA – MG
2021**



FOLHA DE APROVAÇÃO

Izabella Helena Domingos Torres

SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER NEGRA E OS REBATIMENTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel

Aprovada em 20 de agosto de 2021

Membros da banca

Mestre - Alessandra Ribeiro de Souza - Orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto
Mestre - Cristiane Maria Nobre - Universidade Federal de Viçosa
Mestre - Paula Silva Leão - Membro externo

Alessandra Ribeiro de Souza, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 04/09/2021



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Ribeiro de Souza, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 04/09/2021, às 11:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0217803** e o código CRC **11CA5630**.

Aos meus pais, Marco e Fátima.

AGRADECIMENTOS

A minha família por proporcionar este momento de conclusão do curso em realidade, por terem de alguma forma apostado na minha capacidade de conseguir. Dedico esse momento de alegria e completude aos meus pais e minha irmã, que são a minha base familiar. E também a minha segunda família Xamego, por todo apoio e amizade ao longo desses anos árduos, vocês contribuíram para que tudo ficasse mais leve.

A minha orientadora Alessandra Ribeiro, pela orientação prestada durante a realização do Trabalho Conclusão de Curso e por me guiar até aqui. Ao Henrique por todo ensinamento e paciência, sou grata por encontrar tantas pessoas incríveis nessa caminhada.

As minhas ancestrais, minha avó Ana e minhas tias, mulheres fortes, lutadoras e carregadas de fé. Vocês me proporcionaram força para chegar até aqui e compreender toda essência histórica da nossa família. Aos meus amigos por estarem comigo nessa jornada sempre me apoiando e me influenciando com coragem: Gabriel, Agatha, Livia, Bia, Bele e Debora. Sem vocês nada disso seria possível, nenhum sonho poderia se tornar realidade. Cada pessoa que assomou no meu caminho nesses últimos anos me proporcionou lições e aprendizagem, para que fosse possível trilhar a construção do meu horizonte através de parâmetros igualitários, justo e de um caminho de luz. “Só o amor me ensina onde vou chegar”.

Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres.

Rosa Luxemburgo

RESUMO

Este estudo consiste no entendimento do percurso histórico que impulsiona os dados de violência obstétrica vivenciada por mulheres negras em relação às mulheres brancas no Brasil, onde explorou-se brevemente a escravidão no período colonial, o pós-abolição e, posteriormente, o racismo estrutural na sociedade brasileira, tanto como, o racismo institucional. Assim, construíram-se elementos que dialogam com os objetivos da pesquisa, como os pontos concernentes da saúde reprodutiva, dados propulsores da violência obstétrica que ocorre com as mulheres negras, tanto o conceito quanto os efeitos do mesmo. A partir da análise de dados realizado, fez-se uma análise que conversa com a bibliografia trabalhada, que remete aos dados propulsores, questões da saúde reprodutiva e o conceito da violência obstétrica. O estudo acerca do tema indicou a persistência do racismo institucional, a recorrência do caráter da violência obstétrica, bem como a importância de potencializar estudos e conhecimento frente ao assunto na área de Ciências Sociais Aplicadas.

Palavras-chave: violência obstétrica, saúde reprodutiva, racismo institucional.

ABSTRACT

This study focuses on understanding the historical track that boosts obstetric violence against white women in Brazil, briefly exploring slavery during the Brazilian Colonial Period, post-abolition and its consequential structural racism. Thus, it is possible to formulate some factors directly and indirectly related to this goal, such as reproductive health issues, propelling data from obstetric violence against black women, its concepts and its consequences. An analysis is made through the case study, which is related to the researched bibliography and refers to the propelling data, to the reproductive health issues, and to the own concept of obstetric violence. The study approach indicates the tenacity of institutional racism, the recurrence of some effects derived from this form of violence, and the importance to leverage studies and knowledge related to this subject.

Keywords: obstetric violence, reproductive health, structural racism

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BEMFAM – Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Política Atenção Integral Saúde da Mulher

PNS – Política Nacional de Saúde

RASEAM – Relatório Anual Socioeconômico da Mulher

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 OS PERCALÇOS HISTÓRICOS NO PAÍS	16
1.1 Escravidão e Resistência Negra no Brasil	16
1.2 Racismo Estrutural e Institucional	21
1.3 Branqueamento e Eugenia: Raça no Pós-abolição.....	26
1.4 “Feminilidade” e Mulher Negra	28
2 BREVE REFLEXÕES A SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES	33
2.1 Dados Propulsores da Violência Obstétrica no Brasil	36
2.2 Conceito da Violência Obstétrica	39
2.3 Produção Científica Acerca da Violência Obstétrica	43
3 EXPRESSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	45
3.1 Considerações Finais.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXO 1	59

INTRODUÇÃO

O termo “violência obstétrica” é tido como procedimentos violentos realizados durante o atendimento e assistência ao parto, entende-se pelo conceito do seu termo que todos os tipos de atos praticados ao corpo da mulher sem o seu consentimento se enquadram como violência obstétrica. Procedimentos como episiotomia, enema, manobra de Kristeller, fórceps e uso de hormônio sintético, são usados geralmente sem a permissão da mulher durante o trabalho de parto, o que fere a integridade do seu corpo e sua autonomia perante a situação (CRISTINA; RIO, 2016).

Tendo em vista a dimensão do assunto, o interesse pelo tema desenvolvido se deu através do seu conhecimento e o contato com mulheres mães próximas ao meu convívio social, diante delas e de suas dores sofridas no período de gestação foi possível adentrar os estudos sobre os rebatimentos da violência obstétrica no Brasil. Com isso, o início desse trabalho se iniciou junto às referências bibliográficas aqui presente, o que possibilitou aprofundar-se nas questões por trás da saúde reprodutiva. A experiência destas mulheres e de tantas outras no país requer voz às suas vivências é a necessidade de uma reivindicação para se repensar no serviço prestado nos hospitais, sem dúvidas revoga uma análise no campo da saúde obstétrica.

Por tudo isso, o presente Trabalho de Conclusão de Curso teve por finalidade analisar a violência obstétrica no Brasil e seus rebatimentos para as mulheres negras, por meio de pesquisa bibliográfica, análise de dados secundários e pesquisa de campo através de estudo de caso.

Consideramos a autonomia da mulher como elementar na sua vida, principalmente ao dar à luz, uma vez que, ela deve ser a protagonista de sua história e devendo ter total poder de decisão sobre seu próprio corpo, e para isso, ter a segurança e garantia de uma assistência à saúde propícia, qualificada e primordialmente humanizada, sendo todos esses princípios de direito seu.

Contudo, nem sempre o processo do parto, que deveria ser de lembranças positivas, se configura como deve ocorrer. No Brasil, muitas vezes essa fase é vivenciada por meio da dor e da solidão, humilhação e desumanização, práticas

institucionais e profissionais de saúde que, em muitos casos, acabam por reforçar o sentimento de incapacidade das mulheres e impotência sobre seu próprio corpo.

Sendo esta pesquisadora uma mulher é usuária do Sistema Único de Saúde – SUS brasileiro, assim como tantas outras mulheres, devemos reconhecer e reivindicar que outras formas de realização desse processo devam ser oferecidas a toda sociedade, por ser um direito constitucional poder usufruir da assistência à saúde de qualidade. Para isso, devemos pleitear por intervenções na assistência ao parto, a fim de combater a violência obstétrica com assistência apta e vias de escolhas autônomas às mulheres.

Para tanto, torna-se de suma importância a produção de acervo teórico frente ao tema, assim como debates e discussões dentro da saúde com os profissionais da área. Reconhecemos que, sem essas medidas, é impossível transformar esse cenário. É preciso discutir sobre o assunto, pesquisar e debater, para trazer à população conhecimento sobre o tema e informações sobre como ocorre a violência obstétrica no Brasil e como combatê-la.

Por consequência, o que fomenta a iniciativa desta pesquisa é o interesse em produzir acervo teórico sobre o tema, sendo este pouco trabalhado ainda na atualidade, silenciado pelo próprio Estado e naturalizado pelos profissionais de saúde. Sendo assim, acreditamos que seja problematizando o assunto que é possível produzir conhecimento e levar informações adiante à população.

Nessa linha, o termo violência obstétrica foi criado para tornar visível os maus tratos sofridos por mulheres nas mãos de inúmeros profissionais da saúde, no momento do parto. Entretanto, segundo uma reportagem do *Intercept Brasil*, em outubro de 2018 esse termo foi modificado pelo Conselho Federal de Medicina, sendo classificada a violência obstétrica, a partir de então, como “uma agressão contra a especialidade médica de ginecologia e obstetrícia”. Sendo assim, o Ministério da Saúde, cedendo aos interesses do Conselho de Medicina, decidiu abolir o uso da expressão violência obstétrica (INTERCEPT, 2019):

Agora, cedendo abertamente a esses interesses, o Ministério da Saúde decidiu abolir o uso da expressão violência obstétrica. A pasta liderada por Luiz Henrique Mandetta publicou, no dia três de maio, um despacho alegando que ela tem “conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado”. Na esteira do CFM, o ministério decidiu

que a melhor forma de lidar com a violência que uma a cada quatro mulheres sofre durante um parto é fingir que ela não existe. Mas o que não falta são relatos para lembrá-lo (INTERCEPT, 2019).

Conseqüentemente, fica evidenciado a importância de se problematizar o tema frente a conjuntura atual, onde vem ocorrendo inúmeros ataques no campo dos direitos sociais e o desmantelamento de serviços e programas de saúde (CFESS, 2019).

Frente a importância de se problematizar a violência obstétrica, devemos enfatizar a população de mulheres negras no nosso país como integrantes principais nesse cenário, pois a opressão e exploração têm cor e gênero. São elas a maioria das usuárias nos serviços de saúde, pois, segundo dados do IBGE, cerca de 60,9% das mulheres pretas ou pardas utilizam os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Em razão disso, devem assumir um papel fundamental na denúncia e enfrentamento da violência obstétrica, e também contra o racismo institucional presente em nossa sociedade (CFESS, 2019).

Não é por acaso que o Ministério da Saúde retirou o termo violência obstétrica de seus documentos, negando reconhecer o sofrimento de milhares de mulheres, em sua maioria negras, jovens e pobres. Também nos últimos meses intensificou o discurso conservador, pois é através desse e a partir do controle do corpo feminino que surgem as variadas formas de opressão às mulheres (CFESS, 2019).

O mesmo Estado que nega o termo violência obstétrica, criminaliza mulheres que realizam o aborto, nega o direito de um parto digno e o respeito a autonomia das mulheres. Isso sinaliza, portanto, o controle do corpo feminino, que diz respeito à liberdade da mulher sobre sua vida sexual e reprodutiva em questão. Questões que requerem a autonomia da mulher sobre sua vida e seu próprio corpo (CFESS, 2019).

É considerável também a relevância do assunto a ser discutido no Serviço Social, visto que é intuito da profissão a defesa dos direitos humanos e consolidação da cidadania previsto no Código de Ética. Na saúde, deve posicionar-se em defesa da atenção à saúde das gestantes, em busca de ações que não atenuem a sua autonomia, respeitando-se o tempo e a vontade do seu corpo.

Posto isso, considera que a produção de conhecimento nessa linha se torna imprescindível para levar conhecimento e informações à sociedade, e não somente isso, mas como também, deve-se problematizar o tema no Serviço Social a fim de sinalizar aos profissionais da saúde como agir perante a ocorrência da violência obstétrica nas instituições.

Na conjunção dos aspectos apresentados, surge um questionamento inevitável: Qual o percurso histórico por trás da saúde reprodutiva da mulher negra que potencia os dados de violência obstétrica dessa população em relação às mulheres brancas no Brasil?

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis à saúde e vivem menos. Já no caso das mulheres, a situação torna-se ainda pior, pois o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior aos de homens, elas trabalham mais horas e em muitos dos casos em atividades sem remuneração o que acaba por diminuir seu acesso aos bens sociais e principalmente aos serviços de saúde. Em vista disso, são prejudicadas no acesso à assistência obstétrica e, no caso das mulheres negras é menor durante o pré-natal, parto e no puerpério, devido a inviabilidade que os fatores socioeconômicos causam na vida dessas mulheres (PNAISM., 2004).

No que diz respeito às mulheres negras, diante à saúde reprodutiva, O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM), de 2014, relata que as maiores vítimas de mortalidade materna no Brasil são mulheres negras, partido de umas das consequências de violência obstétrica no país. Nessa condição, podemos apontar como propulsor desses dados a má qualidade ao acesso aos serviços de saúde, que poderiam ser evitadas com a devida aplicação das políticas públicas. A preponderância destes pontos relevantes da saúde reprodutiva da mulher negra é indispensável para manter a vista seu foco na tese trabalhada (SANTOS et al., 2019).

Sendo assim, o recorte racial/étnico é também primordial para prosseguir com a análise da saúde reprodutiva da mulher negra, o que indica similarmente os fatores que levam a um número superior de ocorrência da violência obstétrica às mulheres negras em relação às mulheres brancas no Brasil (PNAISM., 2004).

Conforme a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), que contou com 2.365 mulheres entrevistadas, sobre a percepção das mulheres sobre a violência obstétrica, 12% afirmaram já terem sofrido violência obstétrica em determinado momento. Mas, na fase seguinte da entrevista, foram listadas algumas das ações consideradas violência e requisitado que respondessem se já haviam sofrido quaisquer ações indicadas, e o resultado foi impactante: cerca de 25% dessas mulheres afirmaram ter sofrido algum tipo de violência, ou seja, uma em cada quatro mães sofreram violência no parto (MACEDO, 2015).

Objetivo geral deste trabalho consiste em estudar os percursos históricos da escravidão e analisar as questões da saúde reprodutiva da mulher no Brasil, a fim de compreender os fatores que levam a violência obstétrica ocorrer predominantemente com as mulheres negras.

Tendo como objetivos específicos realizar um resgate histórico da escravidão no Brasil a fim de investigar a raiz do problema da violência obstétrica em relação às mulheres negras, tanto como abordar o racismo estrutural e institucional presente na sociedade. Conceituando a violência obstétrica e alguns dos seus efeitos diante a saúde reprodutiva das mulheres, para expor algumas das divergências socioeconômicas entre a população de mulheres negras a fim de demonstrar os impactos dessa diferença social entendido como um dos propulsores dos dados de violência obstétrica. Por conseguinte, apresentar estudo de caso para contrastar com os achados da pesquisa.

1 OS PERCALÇOS HISTÓRICOS NO PAÍS

Para iniciar a construção do caminho a ser trabalhado no exposto estudo, foi fundamental o apanhado realizado sobre a escravidão no Brasil, contendo um breve resgate histórico nesse período marcante no país. Logo após é abordado o conceito de racismo estrutural e institucional proposto pelo autor Silvio Almeida, e também um pouco das relações raciais enraizadas no pós-abolição da escravatura. Por conseguinte, as particularidades da feminilidade da mulher negra que historicamente se diferenciam da mulher branca conforme retrata Angela Davis.

1.1 Escravidão e Resistência Negra no Brasil

Para melhor compreender as desigualdades raciais no Brasil, é necessário resgatar a história do Brasil colônia para entender as questões raciais persistentes e estruturais enraizadas no país. Esse breve resgate histórico é a base norteadora de conhecimento para entender os possíveis rebatimentos nos indicadores de violência obstétrica entre a população de mulheres negras, objeto do estudo ora apresentado. Faz-se necessário também, percorrer o caminho histórico das relações raciais, bem como analisar algumas categorias centrais pertinentes a esse debate

Diante desse horizonte, as possíveis causas que levam a um número superior de casos de violência obstétrica ocorridos entre mulheres negras em relação às mulheres brancas, constatam-se também, as sutis articulações do racismo institucional:

Embora as investigações sobre as causas das mortes de mulheres em idade fértil venham crescendo e tal fato impacte nos resultados expostos, considera-se, além de fatores clínicos e socioeconômicos, as sutis articulações do racismo institucional (ASSIS, 2018).

Para abordar as articulações do racismo institucional remete compreender diretamente o processo histórico de quase quatro séculos de escravidão, pois foi a base do sistema social e econômico no Brasil. Constata que isso por longo tempo definiu espaços sociais voltados a uma cultura racista, de violência e desrespeito à cidadania (AMARAL, 2010).

Segundo o autor Clóvis Moura (1992): “A história do Brasil confunde-se e identifica-se com a formação da própria nação brasileira e acompanha a sua evolução histórica e social” (MOURA, 1992,p.7). A partir do princípio de que os negros africanos trazidos ao Brasil a força e como escravizados, construíram toda a riqueza do nosso país durante longos quase quatro séculos de injustiças e trabalho forçado em condições desumanas e precárias. Além de terem construído todas as áreas da economia do Brasil em desenvolvimento, na contramão existe a injustiça de, sumariamente, terem sido excluídos de toda a divisão dessa riqueza no país (MOURA, 1992).

Apesar da escravidão não ser desconhecida na África, o tráfico de escravizados estabeleceu uma nova forma de escravidão. Os africanos eram capturados nas planícies africanas e levados até o litoral, onde ficavam presos em galpões por semanas à espera de um navio negreiro, para realizar a travessia do Atlântico (AMARAL, 2010).

As chegadas das primeiras levas de escravizados vindo da África se deu por volta de 1549, e com a consolidação da economia colonial intensificou-se ainda mais o tráfico de africanos. O negro africano é o grande povoador do Brasil em diferentes regiões nessa época. Com isso, eles sabiam que sua viagem era definitiva ao país e que as possibilidades de voltar eram nulas. Segundo Moura (1992), analisando os dados abaixo, conseguimos perceber a intensificação do tráfico de escravos trazidos da África:

Com o deslocamento do eixo econômico da colônia para o nordeste, para lá também se concentra o fluxo demográfico de negros vindos da África. Para avaliarmos o crescimento da colônia com essa entrada permanente de africanos, basta dizer que em 1586 as estimativas davam uma população de cerca de 57000 habitantes e deste total 25000 eram brancos, 18000 índios e 14000 negros. Segundo cálculo de Santa Apolônia, em 1798, para uma população de 3 250 000 habitantes, havia um total de 1 582 000 escravos, dos quais 221 000 pardos e 1 361 000 negros, sem contarmos os negros libertos, que ascendiam a 406 000 (MOURA, 1992, p. 8).

De fato, o negro foi o grande povoador do Brasil empregando o seu trabalho e dinamizando a economia do país, desde o Rio Grande do Sul aos ervais do Paraná, através dos engenhos, atividades extrativistas, plantações e nas mineradoras de Minas Gerais. A economia colonial era destinada a um mercado externo que era

totalmente fruto e proveito do trabalho escravo da época. O negro povoou o Brasil em condições desfavoráveis escravistas, em intensas ordens durante o período do Brasil-colônia no auge da produção açucareira. Tais condições eram impostas pela classe senhorial que impunha o seu poder e submetia os escravizados a viverem como animais. “Não tinha nenhum direito, e pelas ordenações do reino podia ser vendido, trocado, castigado, mutilado ou mesmo morto sem que ninguém ou nenhuma instituição pudesse intervir em seu favor” (MOURA, 1992,p.15).

No Brasil, seguiu-se a norma do direito romano que impunha ao escravizado juridicamente a condição de ser tratado como “coisa”, por isso os homens e mulheres podiam ser vendidos, trocados e doados pelos seus senhores a qualquer momento. Não tinham posse de nenhum bem, pois a sua situação de coisificação jurídica não permitia. Isso constituía em uma estratégia de dominação que buscava desumanizá-los, tirando todos os seus direitos e os colocando reféns de uma ideologia de subalternidade criada pelo poder colonial (AMARAL, 2010).

Segundo Moura (1992) a alimentação não era de fartura como é citado por alguns autores, quando dizem que o negro era o mais bem alimentado no Brasil colonial. Muito diferente disso, alguns senhores nem os alimentavam.

A comida era jogada ao chão. Seminus, os escravos se apoderaram num salto de gato, comida misturada com areia, engolindo tudo sem mastigar porque não havia tempo a esperar diante dos mais espertos e mais vorazes. (MOURA, 1992, p. 15).

Não havia pausa no trabalho, as jornadas eram exaustivas com duração de quatorze a dezesseis horas por dia. Um escravizado considerado preguiçoso ou insubordinado era severamente castigado através da tortura de seus corpos, das mais diversas formas de violência. A justiça do escravizado era feita, em sua maioria, pelo seu senhor na fazenda. Houveram casos de escravos enterrados vivos, jogados em caldeirões de água fervendo, castrados e deformados (MOURA, 1992).

No Brasil não existia a possibilidade de fugir da escravidão, a única alternativa era se esconderem nos quilombos que se localizavam de formas estratégicas no meio da mata, para que ninguém os encontrassem. Os quilombos se caracterizavam por um movimento de rebeldia organizado pelos próprios escravizados, como uma das

formas de resistência mais representativas que já existiu. Proporcionou uma divisão social, cultural e militar contra o sistema que os oprimiam, caracterizando-se como um movimento emancipacionista que antecedeu o abolicionismo, dando princípio de força para a abolição da escravidão. A quilombagem era vista como uma ameaça a classe senhorial, mas foi através dela que os escravizados mantiveram sua identidade e sua luta por cidadania (MOURA, 1992).

Os quilombos foram a forma mais significativa de resistência contra o sistema escravista, sua existência também serviu como esperança e incentivo à fuga de outros escravizados. Além disso, conferiam enorme prejuízo à economia dos senhores, pois perdiam a mão-de-obra e o dinheiro gasto na captura do fugitivo, gerando comprometimento ao patrimônio dos donos do engenho (AMARAL, 2010).

Em relação a sua fé, a Igreja Católica banalizou as suas crenças e impôs o monopólio do cristianismo, usando o método catequista e batizando-os coercitivamente. O negro africano no Brasil, em toda sua natureza, sofreu uma forte repressão. E isso não foi diferente com a sua cultura, desarticulada em todos os espaços, restando para o negro apenas a violência e o trabalho escravo árduo e desumano. Era nos quilombos que essa população marginalizada se recompunha e tinha a chance de manifestar sua cultura e crenças socialmente, fazendo dali o seu espaço livre e seguro (MOURA, 1992).

O negro escravizado no Brasil também teve forte presença política nos movimentos, como a Inconfidência e a Independência no país. A partir daí os movimentos alimentavam a possibilidade de que eles conseguissem construir mediante a luta dos movimentos por uma pátria liberta do escravismo, esse era o desejo latente do negro nas lutas, conseguir sua liberdade e igualdade de direitos perante a sociedade (MOURA, 1992).

Porém, as classes senhoriais racistas enxergavam a participação deles como um perigo social, os colocando sempre em posição de simples massa de manobra, termo usado para caracterizar o modo como eram usados a fim de satisfazer os interesses e objetivos estratégicos dos senhores no período colonial (MOURA, 1992).

O desejo de alcançar uma pátria livre levou o negro a participar nas guerras pela Independência por vontade própria, entre outros obrigados pelos seus senhores.

Essa tática de usar o negro como massa de manobra vem desde as lutas contra os holandeses, e persistiu até a Independência. Ressalta-se que a Independência não os deu condição para que exercessem sua liberdade de fato, continuaram à margem do sistema (MOURA, 1992).

Esse cenário começa a se transformar somente após a extinção do tráfico negreiro em 1850, logo após se inicia a crise estrutural do escravismo. Segundo Moura (1992), a crise se inicia devido a decadência do açúcar no mercado mundial. A partir de então o senhor na economia tinha de enfrentar um novo mundo, pois o escravizado já não era mais uma mercadoria barata e de fácil substituição e, por outro lado, devia ser protegido para não correr o risco de inutilização e onerar ainda mais os custos à produção. Dessa forma, na decomposição do sistema escravista surge a necessidade de se pensar em outro tipo de organização de trabalho no Brasil, pensava-se também em outro tipo de trabalhador que viesse a substituir o escravizado, é aqui que se entrelaçam os preconceitos racistas da elite com os interesses mercantis (MOURA, 1992).

Para tanto, tendo a necessidade de uma mudança na organização do trabalho no país, surge o pensamento de emancipação do negro escravizado, uma vez que já não era mais viável e nem tão rentável quanto antes para o novo sistema que estava para emergir. Mas é apenas depois de 1880 que o abolicionismo se apresenta como um movimento e uma proposta efetivamente política, para além de uma ideia. Afinal, vale ressaltar que a única dinâmica radical anterior a esse movimento contra a escravidão partiu dos escravizados, com a formação da quilombagem (MOURA, 1992).

Somando-se a esses fatores, na fase do escravismo tardio a simples fuga passiva dos escravizados já era o bastante para desestabilizar o sistema ou os seus senhores. Portanto, a insegurança na compra de escravizados e a pouca lucratividade do seu trabalho eram suficientes para que os investidores transferissem seus capitais para a especulação (MOURA, 1992).

Além das causas estruturais postas, outros fatores externos levam o sistema escravista a situação de apuros, cuja a única solução foi a abolição da escravidão sem reformas. Pois, ou os fazendeiros aceitavam a abolição da escravidão e

conservavam seus privilégios, ou corriam o risco de que a abolição fosse feita pelos próprios escravizados, através de medidas radicais, correndo a ameaça de que partes de suas terras fossem tomadas por eles (MOURA, 1992)

Chegado a esse consenso, acordos foram feitos e, para suprir a mão de obra, solucionaram com a importação de milhares de imigrantes para o país. A intenção das elites era de que o branqueamento ideal do país fosse alcançado com a nova força de trabalho e que suas estruturas arcaicas de propriedade continuariam intactas e mantidas por meio do novo modo de produção em eclosão (MOURA, 1992).

De acordo com Moura (1992) “O trabalhador nacional descendente de africanos seria marginalizado e estigmatizado” (MOURA, 1992, p. 24). O que resta para o negro após a abolição são as periferias como moradia, resultado do trabalho livre do novo sistema emergente. O Capitalismo Dependente no Brasil se manteve racista e cheio de barreiras para o negro em todas as estruturas da sociedade. O significado de cidadania para eles significou um mero discurso manipulador da classe senhorial dominante.

A áspera estrada do negro pela conquista da cidadania começava. Julgando-se cidadão, pensando poder invocar os seus direitos, o egresso das senzalas teve uma grande decepção. A sua cidadania nada mais era do que um símbolo habilmente elaborado pelas classes dominantes para que os mecanismos repressivos tivessem possibilidades de elaborar uma estratégia capaz de colocá-lo emparedado num imobilismo social que dura até os nossos dias (MOURA, 1992, p. 25).

Assim, estamos diante de uma série de fatores estruturais nos quais sem igualdade de direitos e respeito não há cidadania para população negra. Fator esse que advém do preconceito e do racismo que transcorreu no Brasil colônia e se encontra entranhado até os dias de hoje no país (MOURA, 1992).

1.2 Racismo Estrutural e Institucional

Para melhor compreensão deste estudo é preciso conceituar o racismo em sua categoria sistemática de discriminação, com o intuito de visualizar os seus efeitos

arraigados na nossa sociedade brasileira. A discriminação tem a raça¹ como fundamento, se manifesta de forma estruturada conferindo privilégios ou desvantagens aos indivíduos (ALMEIDA, 2018).

Há relação entre os conceitos racismo e preconceito, mas que se diferenciam entre si. Conforme Almeida (ALMEIDA, 2018), o preconceito racial é baseado em julgamentos e estereótipos a um determinado tipo de grupo, podendo ou não resultar em ações discriminatórias. Ainda sobre o carácter sistêmico do racismo, discorre:

Como dito acima, o racismo – que se materializa como discriminação racial – é definido por seu carácter sistêmico. Não se trata, portanto, de apenas um ato discriminatório ou mesmo de um conjunto de atos, mas de um processo em que condições de subalternidade e de privilégio que se distribuem entre grupos raciais se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas. O racismo articula-se com a segregação racial, ou seja, a divisão espacial de raças em localidades específicas – bairros, guetos, bantustões, periferias etc. – e/ou à definição de estabelecimentos comerciais e serviços públicos – como escolas e hospitais – como de frequência exclusiva para membros de determinados grupos raciais, como são exemplos os regimes segregacionistas dos Estados Unidos, o apartheid sul-africano e, para autoras como Michelle Alexander e Ângela Davis, o atual sistema carcerário estadunidense (ALMEIDA, 2018, p. 27).

Diante a noção de racismo e preconceito ponderada acima, veremos distintamente as concepções de racismo institucional e estrutural perante seu ponto de vista científico. Deve-se considerar a importância de sintetizar as duas concepções para entender o ponto chave que leva a discussão dessa pesquisa. Os adjetivos que compõem o racismo institucional e estrutural representam dimensões impactantes nas categorias analíticas e políticas. A concepção institucional proporcionou um significativo avanço teórico referente aos estudos das relações sociais. Segundo esta perspectiva, foi possível identificar que o racismo não se limita somente a comportamentos individuais dos seres, mas é também configurado como tratamento comportamental no interior do funcionamento das instituições, passando a conferir, ainda que indiretamente, privilégios e desvantagens com base na raça dos indivíduos (ALMEIDA, 2018).

¹ Como característica étnico-cultural, em que a identidade racial será associada à origem geográfica, à religião, à língua ou outros costumes, “a uma certa forma de existir”. À configuração de processos discriminatórios a partir do registro étnico-cultural Frantz Fanon denomina racismo cultural (ALMEIDA, 2018).

As instituições em sua especificidade são modos de orientação e coordenação de comportamentos. Tornando tipos de ações sociais normalmente possíveis e conferindo relativa estabilidade aos sistemas sociais. Contudo, diante suas especificidades as instituições se diferenciam entre si de distintas formas:

Apesar de constituídas por formas econômicas e políticas gerais – mercadoria, dinheiro, Estado e direito –, cada sociedade em particular se manifesta de distintas maneiras. Por exemplo, dizer que as sociedades contemporâneas estão sob o domínio de um Estado não significa dizer que os Estados são todos iguais quando historicamente considerados. O Estado brasileiro não é igual ao Estado francês, embora ambos sejam formalmente Estados. É desse modo que podemos compreender que as formas sociais – dentre as quais o Estado – se materializam nas instituições (ALMEIDA, 2018, p. 29).

As instituições têm como dever a capacidade de estabelecer regras e normas, a fim de orientar a ação dos indivíduos no local. Transformando a conduta dos sujeitos em meio às regras impostas pela estrutura social onde estão inseridos, seu comportamento então é influenciado e moldado através do que é visto como correto pela instituição em poder (ALMEIDA, 2018).

Em conformidade com o autor, pode-se afirmar que as sociedades não são análogas, mas são marcadas por conflitos e contradições, controlados pelas instituições. “É correta a afirmação de que as instituições são a materialização das determinações formais da vida social” (ALMEIDA, 2018, p. 30). Assim, as instituições condicionam o comportamento dos indivíduos em muitos aspectos sociais, enquanto o somatório de normas, padrões e técnicas de controle resultam em conflitos e lutas pelo monopólio do poder social.

b) as instituições, como parte da sociedade, também carregam em si os conflitos existentes na sociedade. Em outras palavras, as instituições também são atravessadas internamente por lutas entre indivíduos e grupos que querem assumir o controle da instituição (ALMEIDA, 2018, p. 30).

O racismo institucional e os conflitos também fazem parte do berço das instituições. Sendo a desigualdade racial uma categoria da sociedade, não apenas pela ação isolada de grupos e indivíduos racistas, mas primordialmente pelas instituições que são homogeneizadas por determinados grupos racistas que detém poder no ambiente, para impor seus interesses políticos e econômicos em exercício.

A concepção institucional do racismo nada mais é do que dominação, tem o poder como elemento principal da relação racial (ALMEIDA, 2018).

O domínio acontece por intermédio de parâmetros discriminatórios em relação ao racismo institucional, dependendo da capacidade de manutenção de poder de um grupo influente para transparecer seus interesses, tornando algumas condutas como uma atitude socialmente normal. Existe o estabelecimento de parâmetros discriminatórios raciais que enaltecem a hegemonia do grupo, tornando alguns padrões de uma determinada cultura o horizonte civilizatório de uma sociedade, e as instituições exercem esse poder perseverante.

Significa que o racismo institucional composto pelas suas imposições de regras e padrões racistas permanentes têm a intencionalidade de resguardar a sua estrutura social de poder em manutenção. Assim, o racismo que essa instituição venha a expressar faz parte dessa mesma estrutura da ordem social, sendo elas a materialização de um modo de socialização, que tem o racismo existente dentro da composição identitária da instituição (ALMEIDA, 2018).

O racismo é, em sua categoria, decorrência da própria estrutura social, está no seio que constituem as relações nas diversas estruturas que compõem uma sociedade: econômica, política, jurídica e familiar. Portanto, o racismo é estrutural, é parte de um processo socialmente histórico, que está na composição orgânica da sociedade e em toda sua tradição histórica do país. Comportamentos individuais racistas e processos institucionais são compostos de uma população onde o racismo é imposto, é histórico, está enraizado culturalmente através das relações sociais. Portanto, conseqüentemente resulta em desigualdade racial:

A viabilidade da reprodução sistêmica de práticas racistas está na organização política, econômica e jurídica da sociedade. O racismo se expressa concretamente como desigualdade política, econômica e jurídica. Porém o uso do termo “estrutura” não significa dizer que o racismo seja uma condição incontornável e que ações e políticas institucionais antirracistas sejam inúteis; ou, ainda, que indivíduos que cometam atos discriminatórios não devam ser pessoalmente responsabilizados. Dizer isso seria negar os aspectos social, histórico e político do racismo. O que queremos enfatizar do ponto de vista teórico é que o racismo, como processo histórico e político, cria as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática. Ainda que os indivíduos que cometam atos racistas sejam responsabilizados, o olhar estrutural sobre as relações raciais nos leva a concluir que a responsabilização jurídica não é suficiente para que a sociedade deixe de ser uma máquina produtora de desigualdade racial (ALMEIDA, 2018, p. 39).

Desse modo, conforme Almeida (ALMEIDA, 2018) compreender que o racismo não é apenas um ato individual ou uma atitude racista de um grupo, é uma categoria estrutural na nossa sociedade. Ser consciente de que esse processo é parte da estrutura social nos torna ainda mais responsáveis pelo combate e repúdio aos racistas. Pois o silêncio frente a essas condutas nos tornam racistas também, intencionalmente pela manutenção do racismo que acontece no interior das relações sociais, se manifestando em “atos discriminatórios concretos ocorridos na estrutura de uma sociedade, que é marcada por conflitos e antagonismos sociais” (ALMEIDA, 2018, p. 40).

Pode-se dizer então, segundo Procópio (PROCOPIO, 2017) que o racismo se estrutura dentro das dimensões da sociedade como um modo próprio de funcionamento, favorecendo certos grupos sociais em sua forma estruturante. Sendo um agente expressivo associado a outros, como por exemplo o patriarcado e o sexismo, alimenta ainda mais as relações de exploração e as desigualdades existentes na vida social (PROCOPIO, 2017).

Essa forma de racionalidade presente está atrelada fundamentalmente aos processos de colonização e à emergência de um novo modelo de padrão de poder. Considera-se como eixos essenciais na construção desse padrão de poder dois movimentos históricos:

Quimano (2005) considera como eixos fundamentais dois movimentos históricos que convergiram e se associaram na produção do referido espaço/tempo: 1) A codificação hierárquica das diferenças entre conquistadores e conquistados sintetizada na ideia de raça, que situava a uns em situação natural de inferioridade em relação a outros, como uma ideia constitutiva, fundacional das relações de dominação que a conquista exigia; 2) A articulação de todas as formas históricas de controle do trabalho, de seus recursos e de seus produtos, em torno do capital e do mercado mundial, que nas Américas foi sintetizado em um modo de produção baseado no latifúndio, na monocultura e no trabalho escravo (PROCOPIO, 2017, p. 30).

Dessa forma, o acúmulo de capital e a expansão do mercado mundial controlaram todos os modos de exploração da força de trabalho. Desde a escravidão ao assalariamento, estavam em congruência com o sistema em desenvolvimento, sempre garantindo a articulação do acúmulo de capital. “Assim, raça e divisão do trabalho estruturalmente associadas passaram a reforçar-se mútua e dinamicamente,

ao mesmo tempo em que também se articularam com a opressão ao gênero feminino” (PROCOPIO, 2017, p. 32).

E mesmo que ambas as questões não dependem entre si para existir, elas se relacionam e interferem juntamente e impõe uma sistemática divisão racial e de gênero no trabalho e no mundo (PROCOPIO, 2017).

1.3 Branqueamento e Eugenia: Raça no Pós-abolição

O pós-abolição no Brasil manteve a mesma estrutura anteriormente presente, e com isso o racismo foi consolidado por novas roupagens. Nesse período se presenciava a problemática nacional, a inclusão dos ex-escravizados na identidade do país. A questão principal era como transformar essa pluralidade de raças e diferentes culturas em uma única coletividade de cidadão, em uma só nação (PROCOPIO, 2017).

Com a crise do Capitalismo na Europa nos anos de 1920 o racismo foi intensificado pelo nazifascismo², o que impulsionou a tendência racista da intelectualidade e que vigorou ainda mais com a ideologia Eugênica³, que defendia publicamente a esterilização e segregação dos seres julgados como desequilibrados conforme os critérios racistas pré-estabelecidos (PROCOPIO, 2017).

Para alguns intelectuais da época, a imigração de brancos para o país seria a solução para estabelecer a prevalência do sujeito superior, como era considerado o homem branco, pois era ele quem detinha o poder e racionalmente impunha sua raça com superioridade. A miscigenação roubou a importância do negro, o diluiu em meio a população branca fazendo com que o homem negro desejasse ser como o homem branco, que em nenhum momento o acolhe na sua essência e identidade (PROCOPIO, 2017).

² Nazifascismo é um termo de conjunção entre o fascismo italiano, doutrina totalitária desenvolvida por Benito Mussolini a partir do final da primeira guerra mundial em 1919 e tendo se mobilizado politicamente em 1917, associado ao nazismo alemão

³ Eugenia é um termo criado em 1883 por Francis Galton (1822-1911), significando "bem nascido".[1] Galton definiu eugenia como "o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações seja física ou mentalmente".

Para tanto, o argumento do “branqueamento” no Brasil apresentou como uma política oficial do Estado em ação, tendo em vista o pensamento de que a cultura negra era sempre inferior em relação à branca.

A tese do branqueamento se impôs como uma salvação contra a 'degeneração racial' consequente da miscigenação e como a esperança para um desenvolvimento econômico e étnico equivalente aos das nações brancas (PROCOPIO, 2017, p. 41).

As estratégias criadas pelo Estado tiveram como propósito a exclusão do negro na composição genética do país, através de medidas adotadas pela Constituição de 1891 que proibiu a imigração africana e asiática no Brasil. Medidas de financiamento público foram instituídas para facilitar a fixação europeia, com passagens de navio pagas pelo governo brasileiro entre os anos de 1890 e 1914. Dessa maneira, a força de trabalho negra foi escrupulosamente substituída e conseqüentemente marginalizada pós-abolição (PROCOPIO, 2017).

O pós-abolição ocasionou inúmeras medidas tomadas para mascarar a verdadeira história do país, com o intuito de miscigenar a sociedade e selar entre elas um acordo de paz. Nas formulações teóricas sobre as relações raciais no Brasil, houve a ideia de uma real democracia racial sintetizada na crença ilusória de um país que alcançou o status de uma sociedade harmoniosa frente às diferenças e adversidades sociais. Esse foi o caminho para o abafamento das discussões sobre relações raciais e o racismo em suas diversas instâncias presentes no berço da sociedade brasileira (PROCOPIO, 2017).

Foi a partir dessa ideologia que conseguiram camuflar a realidade social profundamente conflitante, preconceituosa e discriminatória no ponto das relações interétnicas. O mito da democracia racial, além de tudo, serviu como barragem a mobilidade social da população negra, inibindo sua autonomia e reivindicações contra o racismo. Tornou-se necessário uma reorganização teórica e metodológica de alguns cientistas sociais da época, conforme um parâmetro acadêmico. Nesse momento surgem entidades negras de reivindicações com uma práxis atuante, levantando principalmente questões étnicas e posicionando o negro frente a essa organização. O importante foi perpassar essa negação, e caracterizar o ex-escravizado como ser pensante e intelectual influente, onde fosse possível articular a

ideologia entre a ciência e a sua consciência, para com isso, conquistar o seu reconhecimento com resistência de luta dentro de um país racista (PROCOPIO, 2017).

Assumir uma posição crítica foi fundamental para manusear as categorias científicas e práticas políticas, que por sua vez foram os elementos essenciais para alinhar as ideias do negro brasileiro. Conforme Procópio (2017):

A posição crítica aciona um processo de radical negação em relação ao que foi produzido sobre o negro como objeto ao mesmo tempo que incorpora a sua atuação como sujeito ativo no processo de produção do conhecimento e na transformação da realidade (PROCOPIO, 2017, p. 173).

1.4 “Feminilidade” e Mulher Negra

Para tratar sobre a feminilidade e a mulher negra, é necessário entender que as suas particularidades históricas se diferenciam das mulheres brancas. Mesmo, *a priori*, partilhando do mesmo gênero, as mulheres negras sempre tiveram um tratamento desigual em relação aos seus corpos. Não à toa, as pautas acerca do tema, através do feminismo negro, reivindicam a emancipação do corpo feminino e combatem sua hiper sexualização. A partir disso, podemos inferir que o corpo da mulher negra na sociedade é percebido de outra maneira, diferente das mulheres brancas. A intenção aqui é compreender brevemente este olhar, transversalmente pela história, desde o período do século XIX, a partir do debate proposto principalmente por Davis (2018), Gonzales (1984) e Fernandes (2016).

Em Londres, nas primeiras décadas do século XIX, uma mulher africana seminua era exposta dentro de uma gaiola para um show de bizarrices que incluía rugidos, sensualidade e violência. Após quatro anos, essa mesma mulher foi comprada por um treinador de macacos e enviada a Paris, onde faleceu devido ao rigoroso inverno de 1816. Conhecida como “Vênus de Hotentote”, não foi a única mulher negra explorada como atração circense pelas capitais europeias (FERNANDES, 2016).

Sua trajetória indica um dos modos como as mulheres negras foram estigmatizadas e desumanizadas. “Vênus” era natural do sul do continente africano,

e como as mulheres da sua região, possuía o biotipo de nádegas e coxas grandes, consideradas anormais diante dos padrões caucasianos solidificados no século XIX. Seu corpo foi comercializado como forma de animalidade e sexualização (FERNANDES, 2016).

A sua trajetória evidencia as articulações do racismo presente, pois o que ocasionou todo esse processo de sofrimento vivenciado por ela foi a cor da sua pele, motivo que a reduzia à condição de escravizada e comercializável. Mas para além desse sofrimento que não se limitou apenas ao paradigma racial, houve um sistema machista que sustentou a exploração e a sexualização do seu corpo. Dessa forma, existe uma distância entre o que ocorria aos homens ou às mulheres brancas em relação às mulheres negras escravizadas, visto que foram os seus corpos cabíveis de tratamentos e violações sexuais distintas (FERNANDES, 2016).

Em conformidade com a autora Angela Davis (2018), analisando a realidade dos Estados Unidos, podemos considerar como perspectiva de feminino no século XIX a ideologia da mulher branca, doce, mãe, cuidadora, e dona de casa para os seus maridos. Mas, direcionando o olhar para as mulheres negras e suas particularidades nesse período, elas não tinham distinção de gênero e eram tão rentáveis no trabalho quanto os homens, e muito menos tinham as mesmas oportunidades que as mulheres brancas na sociedade conservadora, que exigia de suas esposas o ideal feminino. Já as mulheres negras ficavam encarregadas dos trabalhos pesados junto aos homens, porém sofriam de castigos específicos impostos ao gênero, uma forma extrema dessa violência era o estupro sistemático (SILVA, 2018).

Sendo assim, Davis (2018) discorre que o trabalho excessivo exercido por elas ocultou qualquer outro aspecto da aparência feminina dessas mulheres:

Embora as mulheres negras usufríssem de poucos dos dúbios benefícios da ideologia da condição das mulheres, é algumas vezes assumido que a típica mulher escrava era serva de casa - cozinheira, criada ou mãe das crianças da “casa grande”. O Tio Tom e Sambo sempre encontraram companhia leal na Tia Jemina e na Mamã Negra – estereótipos que presumem capturar a essência do papel da mulher negra durante a escravatura. Como acontece, a realidade é realmente diametralmente oposta ao mito. Como a maioria dos escravos homens, as mulheres escravas, na sua maior parte, eram trabalhadoras do campo. Enquanto uma significativa proporção de escravas nas fronteiras dos estados foram empregadas domésticas, no Sul - a real terra da escravatura – eram predominantemente trabalhadoras agrícolas. Por volta da metade do século XIX, 7 em cada 8

escravos, homens e mulheres, eram igualmente trabalhadores no campo (SILVA, 2018, p. 10).

Chegada à idade, eram mandadas para o campo junto aos homens. Mas as mulheres negras sofreram de muitas formas, pois além do trabalho excessivo e dos maus tratos físicos, repressão, também sofreram com o abuso sexual e maus tratos cabíveis somente a elas, conforme já sinalizamos. O cenário de vida da mulher negra fica ainda pior quando a abolição internacional do comércio de escravos começa a afetar o crescimento da indústria de algodão, o que potencializa a reprodução natural como método de substituir e aumentar a população escravizada (DAVIS, 2018).

Com isso, não eram vistas necessariamente como mães, e sim como um instrumento que garantiu o crescimento permanente da força de trabalho escravizada. As mulheres negras foram forçadas a reproduzir para manter a manutenção do sistema em vigência e reter os custos e lucros nos Estados Unidos (DAVIS, 2018).

É imprescindível falar da construção da feminilidade e tratar também da questão do racismo, pois ambos estão entrelaçados historicamente. Com isso, conforme a perspectiva de Lélia Gonzales (1984) tratando da situação da mulher negra no Brasil, o racismo e o sexismo se articulam entre si, ocasionando efeitos violentos sobre a vida dessas mulheres e suas características identitárias:

O lugar em que nos situamos determinará nossa interpretação sobre o duplo fenômeno do racismo e do sexismo. Para nós o racismo se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira. Nesse sentido, veremos que sua articulação com o sexismo produz efeitos violentos sobre a mulher negra em particular. Consequentemente, o lugar de onde falaremos põe um outro, aquele é que habitualmente nós vínhamos colocando em textos anteriores. E a mudança foi se dando a partir de certas noções que, forçando sua emergência em nosso discurso, nos levaram a retornar a questão da mulher negra numa outra perspectiva. Trata-se das noções de mulata, doméstica e mãe preta (GONZALES, 1984, p. 2).

Torna-se importante enfatizar que no Brasil o mito da democracia racial é o efeito que oculta a violência simbólica exercida sobre as mulheres negras, da mesma forma que o sexismo objetifica-a nos estereótipos de mulata, doméstica e mãe preta. Esses lugares de subalternização são substituídos pelo endeusamento da mulata no carnaval, que ganha espaço com a projeção do seu corpo na mídia, mas fora isso transfigura como a empregada doméstica. Constata-se que a mulata e a doméstica

são atribuições de um mesmo sujeito, sempre dependendo do ponto de vista em que manifesta sua posição (GONZALES, 1984).

À vista disso, os conteúdos que singularizam as particularidades dessas mulheres muitas vezes passam despercebidos na sociedade, tendo em vista que em sua maioria são representadas pelos estereótipos de domésticas, escravizadas e outras diversas posições de subalternidade no trabalho, que em si, deslegitimam e inferiorizam a sua posição como mulher negra nas relações sociais e profissionais (GONZALES, 1984).

Contudo, conforme Ângela Davis (2018) aborda, as mulheres negras nos Estados Unidos foram cobradas pelos seus donos a serem masculinas em seu trabalho, e boa parte delas devem ter sido fartamente consumidas pelas suas exaustivas experiências durante a escravidão. A maioria delas sobreviveram a essa realidade, mas muitas dessas mulheres sem dúvidas foram destruídas e adquiriram características tidas como tabus pela ideologia feminina do século XIX (DAVIS, 2018).

A chegada da Industrialização nos Estados Unidos tirou a experiência de trabalho produtivo de muitas mulheres brancas, remetendo a elas ainda mais à ideologia de mãe e esposa do lar, uma marca fatal do seu lugar de inferioridade na sociedade. Mas, entre as escravizadas, a ideologia se divergia, as relações entre homem e mulher não estavam alinhadas a esse propósito dominante. Muito pelo contrário, a família escravizada era vista em sua forma matriarcal, o que no seu interior familiar não diminuía o papel do pai e nem o da mãe do lar. O fato de as mulheres escravizadas serem tão trabalhadoras quanto os seus homens fazia com que não fossem rebaixadas nas funções domésticas, como acontecia com as mulheres brancas (DAVIS, 2018).

O trabalho doméstico nas famílias negras estabeleceu um carácter essencial para a igualdade da divisão do trabalho no lar, fortalecendo, desse modo, o laço afetivo entre os homens e as mulheres:

O saliente tema que emergiu da vida doméstica na escravatura é um tema sobre paridade. O trabalho que os escravos desempenham por si mesmos e não para enaltecer o seu dono foi realizado em termos da igualdade. Dentro dos limites da sua família e da vida comunitária, o povo negro conseguiu cumprir um magnífico feito. Eles transformaram essa igualdade negativa emanada da opressão igual que sofriam como escravos numa igualdade

positiva: o igualitarismo caracterizava as suas relações sociais (DAVIS, 2018, p. 20).

A igualdade entre os homens e mulheres negras não só existiu entre suas relações amorosas, como também no seio da coletividade da população negra. Durante 1816, uma grande comunidade de escravizados fugidos na Flórida foi descoberta pelo exército americano, o que travou uma brutal e extensa batalha. Cerca de duzentas e cinquenta vidas dos habitantes foram perdidas. A união entre a comunidade permitiu com que os homens e mulheres lutassem igualmente nessa batalha (DAVIS, 2018).

As mulheres transmitiram força e perseverança nesse período, resistiram com garra à opressão e lutaram contra a escravidão com a mesma paixão que os seus homens. Esta foi a grande controvérsia gerada pelo sistema de escravatura, mesmo diante das explorações mais covardes, as mulheres conseguiram afirmar as suas relações sociais através de uma base de igualdade entre si, bem como se mantiveram com seus atos de resistência ao sistema. Não só ao sistema, mas também aos crimes sexuais cometidos a elas sistematicamente (DAVIS, 2018).

O movimento abolicionista da época atraiu também as mulheres brancas que estavam injuriadas com os assaltos sexuais recorrentes às mulheres negras. O movimento reuniu ativistas que relataram com frequência as violações brutais contra as escravizadas. Por conseguinte, foi possível impulsionar a campanha contra a escravatura, através da aproximação dessas mulheres. Considera-se que mesmo diante dessa aproximação as mulheres brancas não conseguiram sintetizar a complexidade da condição vivida pelas escravizadas. Essa realidade absurdamente árdua e diferente vivenciada pelas mulheres negras as tornavam diferentes, com uma personalidade peculiar que as mantinham afastadas de boa parte das mulheres brancas desse período (DAVIS, 2018).

A personalidade negra se forma historicamente perante as injustiças e opressões da escravatura, mas diante disso, todas essas mulheres se resignificaram e se mantiveram fortes e resistentes ao sistema. Deixaram para todas as suas futuras gerações um enorme legado de grande perseverança e auto resiliência. Um legado que proporciona a particularidade de suas meninas o sentido de igualdade sexual,

para vislumbrarem um novo horizonte em que fosse possível materializar uma nova natureza feminina tanto para as mulheres negras, como para todas as mulheres desse mundo (DAVIS, 2018).

2 BREVE REFLEXÕES A SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES

Este capítulo a princípio apresenta um breve apanhado da saúde reprodutiva desde meados dos anos 1970, abordando os principais marcos na luta pela efetivação de políticas públicas que integrassem a saúde reprodutiva da mulher de forma integral. Logo em seguida demonstra os dados consideráveis a violência obstétrica no Brasil, obtidos através de pesquisas realizadas até o período atual, e também o entendimento do seu conceito como violência. Para concluir o desfecho do capítulo foi finalizado com os pontos mais relevantes acerca da violência obstétrica encontrada na produção de artigos entre os anos de 2017 a 2019.

2.1

Referente a saúde reprodutiva, segundo Karen Giffin e Sarah Hawker (1999), o movimento feminista foi protagonista nesse cenário, trazendo para o momento temas ligados a saúde da mulher, “reafirmando o direito de opção sobre a vida reprodutiva e sexual como valores centrais da cidadania feminina” (DE CAMARGO, 1999, p. 16). Para isso, reivindicavam uma postura do Estado que fosse coerente com a opção e demanda feminina.

Em meados da década dos anos 1970, havia acordos condizentes com as questões relativas à sexualidade e aos direitos reprodutivos entre as feministas, nos quais, o ato de interromper voluntariamente a gravidez era uma questão estruturante da própria ética do feminismo. Porém, a ordem de prioridade do tema não era um consenso entre si. Alguns grupos preferiam manter a aliança com a igreja e com os setores de oposição (DE CAMARGO, 1999).

Contudo, tais tensões diminuíram conforme o processo de democratização avançava; a igreja perdeu demasiadamente sua importância influente e propostas feministas são incorporadas à plataforma de partidos, e é estabelecido parcerias com o setor executivo. Relevante parceria com a universidade e o Ministério da Saúde,

que veio a resultar no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher PAISM (DE CAMARGO, 1999).

Divulgado em 1983 representa um momento raro de colaboração entre Estado e sociedade civil, constituindo-se em uma das primeiras iniciativas governamentais que considerou incorporações de princípios feministas em políticas públicas de saúde Integral. A atenção à saúde da mulher em termos de política pública antes do surgimento do PAISM, constitui apenas a preocupação com o grupo materno-infantil, com o foco central dos programas de saúde materno-infantil voltado somente a intervir no corpo das mulheres de maneira a assegurar as necessidades adequadas da reprodução social (DE CAMARGO, 1999).

Para tanto, as feministas vislumbravam uma nova perspectiva relacionada à saúde reprodutiva no Brasil, que fosse direcionada para a concepção da saúde integral da mulher, mas para isso era necessário o rompimento com a visão tradicional e conservadora acerca do tema, sobretudo na medicina, que centralizava os atendimentos às mulheres nas questões ligadas à reprodução (DE CAMARGO, 1999).

Foi a partir da interlocução dos movimentos feministas com os da área da saúde, sanitaristas, sociólogos e psicólogos, que foi possível consolidar o sentido de atenção integral à saúde da mulher, que passou a vigorar no PAISM (DE CAMARGO, 1999).

Elas defendiam que o integral englobasse também o contexto social, psicológico e emocional das mulheres, ou seja, o médico ao prestar assistência a mulher a compreendesse como um ser completo, não mera portadora de um corpo reprodutor, mas uma mulher vivendo um momento emocional específico e inserida em determinado contexto socioeconômico (DE CAMARGO, 1999).

O PAISM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) representou um amplo significado social, conforme o processo histórico de democratização da sociedade brasileira que passava por mudanças. Parece que o ponto crucial do conteúdo do PAISM foi a inclusão da anticoncepção. “Isto porque essa inclusão se contrapôs à abordagem do planejamento familiar que era largamente praticada no país até então, norteadas pelas concepções disseminadas pela BEMFAM” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 30)

Conforme o foco tradicional dado à regulação da reprodução através do controle do corpo feminino, é notório que se tenham suspeitas de o PAISM ter vinculação com a questão de controle populacional. Mas, de acordo com o PAISM (1998):

Parece, portanto, que está mais próximo da realidade entender a inclusão das atividades de contracepção no PAISM como a estratégia política que o governo brasileiro encontrou para administrar e manter sob controle pressões externas e internas presentes no momento em que o programa foi lançado. Vale lembrar que o governo, através do Ministério da Saúde, foi impelido a responder às demandas sociais no sentido de assumir uma posição clara quanto ao seu envolvimento nas questões relativas ao crescimento populacional e à regulação da fecundidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 30).

Contudo, questionamos se o controle da sexualidade e reprodução não exerceria consequências sociais diretamente para assegurar o controle populacional, para assegurar a reprodução da força de trabalho, as relações sociais estabelecidas de forma a determinar uma sexualidade socialmente útil e politicamente conservadora (DE CAMARGO, 1999).

É neste contexto que discutimos a medicalização do corpo feminino, entendendo-a como um dispositivo social que relaciona questões políticas com o controle populacional, administrando e regulando os aspectos da vida interligados à reprodução humana (DE CAMARGO, 1999).

No entanto, para evidenciar a particularidade acerca da violência obstétrica nesse contexto da saúde reprodutiva, se faz necessário conhecer e entender o nascimento da obstetrícia no mundo, para darmos continuidade e norte ao tema estudado. Com isso, a produção de ideias médicas sobre o corpo feminino não se fez de forma isolada da tomada deste corpo como objeto de prática médica. “Por quase três séculos, os médicos se preparam para ocupar o lugar das parteiras e efetivamente transformar o parto em um evento médico” (DE CAMARGO, 1999, p. 70).

Por um longo período, partejar foi uma tradição única e exclusiva das mulheres. Foi a partir do século XVI que essa tradição começou a sofrer regulamentações governamentais ou da igreja, submetendo as parteiras das cidades europeias a

exames prestados diante de comissões municipais ou eclesiásticas, tendo como ponto fundamental nessa regulação a garantia do Estado e da Igreja de que não seriam mais realizados abortos e infanticídios. Essas regulamentações coincidiram com o processo de perseguição às bruxas, entre elas muitas parteiras e curandeiras, principalmente entre 1563 e 1727, foram perseguidas na Europa. A caça às bruxas e a extinção de curandeiras e parteiras fazem parte da exclusão das mulheres da prática médica como mecanismo do Estado e da Igreja com intuito de monopolizar o saber da cura, a competência técnica e legítima por meio das universidades criadas no Renascimento. Sendo a medicina uma atividade reservada somente aos homens, afinal, só eles obtinham condições de frequentar uma universidade (DE CAMARGO, 1999).

Entretanto, embora a caça às bruxas não tenha se limitado a curandeiras e parteiras, conseguiram transformar suas práticas em atividades suspeitas diante da sociedade, resultando na desarticulação da tradição e perda de sua hegemonia enquanto prática confiável e segura, tornando o ato de nascimento um momento obstétrico, destinado ao protagonismo exclusivo dos médicos (DE CAMARGO, 1999).

2.1 Dados Propulsores da Violência Obstétrica no Brasil

Retomando as concepções mais restritas a respeito das questões da saúde reprodutiva, o corpo da mulher é enxergado exclusivamente na sua função biológica reprodutora, sendo a gestação o seu ponto principal. Essa questão limitava a saúde da mulher apenas a maternidade, que nesse caso se distanciava dos direitos sexuais e as questões de gênero. Porém, deve ser assegurado às mulheres o direito a saúde integral e a preservação de sua autonomia. Frente a isso, de acordo com a Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento (1995) “A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (FNUAP, 1995).

Retomando o significado social que toma a proporção do PAISM enquanto progresso a saúde reprodutiva, há de se reconhecer sua importância na abordagem à saúde da mulher no Brasil. Sendo assim, conforme o PAISM (1998), “O conceito de

atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 31)

Contudo, apesar do avanço alçado através da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2004) em assegurar os seus direitos, buscar-se-á apontar neste estudo, ainda, os fatores de desigualdades sociais, históricos e econômicos que interferem por si na saúde da população de mulheres negras no processo reprodutivo. Com esse objetivo, populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis a saúde e vivem menos, e no caso das mulheres a situação se torna ainda pior, pois o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior aos de homens, elas trabalham mais horas e em muitos casos em atividades sem remuneração, o que acaba por diminuir o seu acesso aos bens sociais e principalmente aos serviços de saúde (PNAISM., 2004):

A ausência da variável cor na maioria dos sistemas de informação da área de Saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde das mulheres negras no Brasil. No entanto, os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são os indicadores do seu estado de saúde. A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres brancas. Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, resultando em maiores riscos de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas. Como exemplo dessa situação, está o menor acesso das mulheres negras à assistência obstétrica, seja durante o pré-natal, durante o parto ou no puerpério (PNAISM., 2004, p. 51).

Fatos como estes norteiam o estado de precariedade da atenção obstétrica e da ocorrência do racismo institucional no Brasil, que acontece de forma interpessoal e discriminatória dentro das instituições. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, o percentual de pessoas que já se sentiram discriminadas nos serviços é: 9,5% brancas, 11,9% pretas e 11,4% pardas (PNS, 2013), Figura 1.

Dentre as investigações brasileiras que abordam diferenças em saúde de acordo com a raça/cor, tais evidências têm contribuído em suas proposições com intuito de dar um enfoque de equidade, considerando as necessidades específicas em Saúde da População Negra. Relacionado ao que concerne as desigualdades que afetam esse segmento em saúde, acesso aos serviços e assistência prestada a essa

população, aponta o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2008) que 67% da população negra é usuária total do atendimento pelo SUS, e a branca representa 47,2%. Indica também que os usuários do SUS possuem renda entre um quarto e meio salário mínimo, mostrando que o seu público alvo está predominantemente entre a população de mais baixa renda e a população negra (ECON *et al.*, 2011).

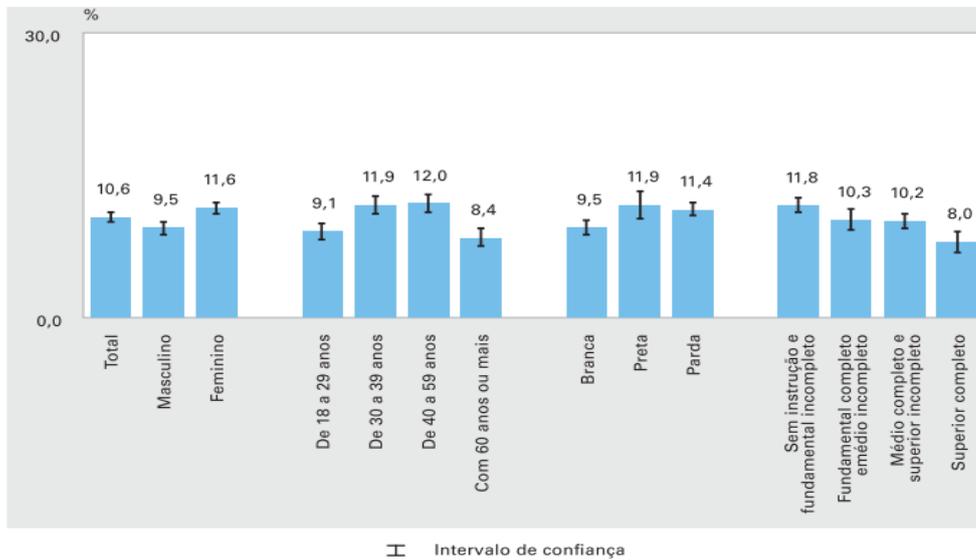


Figura 1: Proporção de pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, na população de 18 anos ou mais de idade, por médico ou outro profissional de saúde, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo o, os grupos de idade, a cor ou raça e nível de instrução.

Fonte: (PNS, 2013).

Dados mostram ainda que as mães indígenas, pretas e pardas são geralmente mais jovens que as demais gestantes brancas. “A faixa etária de 20 a 24 anos concentra o maior percentual de mães nas populações de raça/cor preta (26,0%), parda (27,5%) e indígena (26,8%). Também há diferenças com relação ao número de consultas e pré-natal (SAÚDE, 2017, p. 14).

No quesito raça/cor a proporção de gestantes que realizou pré-natal e obteve as orientações sobre os sinais de risco na gravidez foi de 75,2% entre mulheres negras, mulheres pardas 72,7%, e em relação às mulheres brancas, 80,8% (SAÚDE, 2017).

2.2 Conceito da Violência Obstétrica

Violência para Chauí (1985), significa uma diferença transformada em desigualdade, através de relações hierárquicas, que configura poder dentro das relações com pretensão de dominar e oprimir o outro, vítima de sua ação (AZEVEDO, 1985).

As primeiras definições relativas à violência obstétrica surgiram nos países da Venezuela e Argentina, e contam com legislações coercitivas específicas a respeito. A violência obstétrica tem como sustentação a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres, inclusive dos seus corpos. Tal prática não se resume apenas a assistência ao parto, a violência pode existir em todas as fases do período gravídico puerperal. Acontece na forma de violência institucional na atenção obstétrica, através de tratamentos desumanizados, falta do acolhimento no atendimento, patologização dos processos naturais e abuso de medicalização, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. Pode ocasionar na perda de autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo e dos processos reprodutivos (SANTOS *et al.*, 2019).

A violência obstétrica pode se configurar em mais de um caráter, será esclarecido nesse ponto alguns aspectos que podem ser expressos pela violência

obstétrica, como: físico, psicológico, sexual e o institucional. No seu caráter físico, acontece por meio de ações que acometem dor ou dano físico sobre o corpo da mulher, realizados muitas vezes sem recomendações científicas. Exemplos disso são procedimentos: manobra de Kristeller, cesariana sem indicação clínica, uso rotineiro de ocitocina, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada (CIELLO *et al.*, 2012).

A manobra de Kristeller é um dos exemplos de violência obstétrica física, sendo caracterizada através do ato de empurrar com as duas mãos a barriga da mulher em direção à pelve. Esse tipo de manobra tem sérios riscos de complicações, as consequências são: trauma das vísceras abdominais, do útero e descolamento da placenta. Apesar disso, esse tipo de procedimento é frequentemente utilizado de diversas formas, inclusive com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher para exprimir força sobre seu ventre (VIEIRA; APOLINÁRIO, 2017).

O caráter psicológico da violência obstétrica tem como primórdios: toda ação comportamental ou verbal que cause vulnerabilidade, instabilidade emocional, abandono, medo, insegurança, alienação, perda de integridade e dignidade. Todos esses fatores tem como causas os seguintes exemplos: mentiras, ameaças, chacotas, humilhações, piadas, grosserias, ofensas, chantagens, omissão de informações, desrespeito e discriminação (CIELLO *et al.*, 2012).

Outra situação recorrente na saúde é a proibição de acompanhante no momento do parto, fator esse que ocasiona violência obstétrica de caráter psicológico às mulheres. Pesquisas realizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1985 apontam que um acompanhante no parto apresenta vários benefícios a saúde da mãe. No momento do parto é recomendada a presença de um acompanhante, pois isso pode proporcionar um sentimento de segurança, controle e comunicação, diminuindo os efeitos negativos do processo. Mesmo diante desse fato o direito ao acompanhante ainda é negado, por diversos motivos, incongruentes com o que prega as recomendações da OMS (CIELLO *et al.*, 2012).

A violência de caráter sexual confere ações impostas às mulheres que resultem na violação de sua intimidade ou pudor, no seu senso de integridade sexual e reprodutiva. Os exemplos desse tipo de violação são: episiotomia, exames

invasivos, assédio, cesariana sem consentimento informado, imposição da posição supina, ruptura ou deslocamento de membranas sem consentimento informado (CIELLO *et al.*, 2012).

A tão utilizada episiotomia caracteriza-se em um procedimento incisivo cirúrgico realizado na região do períneo com a intenção de aumentar o lúmen do intróito vaginal já na fase expulsiva do parto. A utilização desse tipo de procedimento sem informar os seus riscos e sem o consentimento da parturiente é considerado violência obstétrica de caráter sexual, psicológico e físico. O seu uso indiscriminado causa danos à saúde mental e violação da integridade corporal feminina (POMPEU *et al.*, 2017).

Entre os médicos existem divergências sobre a necessidade de anestesia, sobre a efetividade da anestesia local e a disponibilidade de anestesia peridural para a realização da episiotomia e da episiorrafia (sutura da episiotomia). Mulheres estão sendo submetidas ao corte e à sutura na vagina sem anestesia ou sem anestesia adequada causando traumas físicos e psicológicos. Muitas mulheres relatam que essa é a principal dor do parto. Quando uma pessoa poderia merecer ser submetida a um corte na vagina e uma sutura sem anestesia? (CIELLO *et al.*, 2012, p. 86).

Existem inúmeras controvérsias por trás desse tipo de procedimento. Com base na crença de que esse tipo de corte pode facilitar o parto e a preservação do estado genital da parturiente, esse tipo de procedimento vem sendo utilizado em centenas de milhares de mulheres desde meados do século XX. Contudo, a partir da metade da década de 1980 há evidências científicas recomendando a abolição do seu uso, pois para grande parte das mulheres o procedimento, ao invés de atribuir saúde genital, vem ocasionando diversos danos sexuais, como: dor intensa, riscos de incontinência urinária e fecal, complicações infecciosas, problemas na cicatrização e deformidade na região genital, entre tantos outros fatores de risco que podem surgir. Outro incidente no Brasil, é o famoso “ponto do marido”, o ponto a mais realizado para supostamente dar condição virginal a mulher em suas relações sexuais mas, na verdade, pode ocasionar fortes dores na relação sexual é até mesmo a necessidade de uma correção cirúrgica (CIELLO *et al.*, 2012).

Estima-se que é realizada em 94% dos partos normais no Brasil (BRASIL; CEBRAP, 2006). Essa proporção é estimada por meio de pesquisa domiciliar amostral, e pode ser ainda mais elevada, uma vez que não há registro oficial do procedimento. Assim, a episiotomia é invisível, inclusive, aos sistemas de

informação sobre saúde, como se integrasse o “pacote do parto normal”, conforme efetivado nos hospitais brasileiros (CIELLO *et al.*, 2012, p. 81).

A violência de caráter institucional significa: organização ou agente que dificultem ou proíbam o acesso da mulher ao direito de usufruir dos serviços de saúde prestados, de natureza pública ou privada. Alguns dos exemplos se materializam como: dificuldade ao acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento a amamentação, violação dos direitos durante período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e protocolos institucionais que contrariem as normas vigentes (CIELLO *et al.*, 2012).

2.3 Produção Científica Acerca da Violência Obstétrica

Com a finalidade de fundamentar o presente trabalho, foi feita uma análise acerca da produção científica produzida até então sobre o tema violência obstétrica. Com isso, através da plataforma científica Scielo, analisou-se os artigos publicados entre os anos de janeiro de 2017 a dezembro de 2019 no Brasil, utilizando dois descritores na busca “serviço social” e “violência obstétrica”, foi encontrado um total de vinte e sete publicações, sendo apenas um deles da área de Ciências Sociais Aplicadas, dezesseis Ciências da Saúde e dez Ciências Humanas. Análogos a esta pesquisa foram selecionados entre as publicações encontradas cinco artigos pertinentes a violência obstétrica trabalhada, com o propósito de sintetizar a proposta de estudo. Consta um artigo área de Ciências Sociais e os demais Ciência da Saúde utilizados, para com isso, apontar os pontos relevantes da produção frente ao tema.

Sendo assim, segundo Lemos (2017) o processo de hospitalização dos partos se expandiu após o século XX, devido a abertura das escolas de medicina e a desarticulação do trabalho das parteiras. Dessa forma, o modelo médico hegemônico toma uma grande proporção na obstetrícia. Com a evolução tecnológica na assistência gera o aumento da frequência da medicalização no parto e de procedimentos cirúrgicos, alguns considerados inadequados ou desnecessários. Em geral, esses procedimentos que podem agilizar o nascimento, em muitos casos acaba por causar certo descontentamento das mulheres que se sentem mera coadjuvantes no processo de parir, o médico se torna o maior protagonista por possuir conhecimento do corpo humano e da saúde reprodutiva (LEMOS *et al.*, 2017).

Sobre a autonomia da mulher no momento de gestar e parir, de acordo com a pesquisa realizada por Rocha (2020) foi constatada certa insatisfação relacionada à experiência das mulheres no parto, aponta a falta de informações das vias alternativas de parto e uma grande impotência diante as decisões médicas por parte das mulheres. Outro presente discurso das mães está relacionado a dor no momento do parto normal, caracterizado como medo durante o processo e também o receio de sofrer algum tipo de violência, são essas as justificativas mais utilizadas no quesito visão negativa do parto normal e até o motivo pela preferência por uma cesariana. A falta de informações diante das inúmeras possibilidades de parir são as principais

queixas das mulheres com maior renda, usuárias da rede suplementar. O alto número de cesarianas realizadas sem necessidade são características marcantes do novo perfil obstétrico, no marco tecnológico do nascer (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Referente aos determinantes sociais indica que as mulheres de baixa renda usuárias do sistema público de saúde sente-se ainda menos autônomas e mais vulneráveis a sofrer intervenções desnecessárias, principalmente em hospitais-escolas, no qual, o conhecimento e o saber estão sendo colocados em prática a todo momento, muitas vezes, sem o consentimento da parturiente ou realizado repetidas vezes (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Conforme Assis (2018) propõe em seu trabalho a perspectiva do conceito da interseccionalidade, o racismo institucional e os direitos humanos para melhor compreensão da violência obstétrica a partir de um viés racial no Brasil. Para além das abrangências socioeconômicas, realiza através de um prisma a percepção da situação das mulheres negras no seu perfil socioeconômico é o racismo presente também nas instituições de saúde. Dessa maneira, aponta as sutis articulações do racismo institucional como possível propulsor dos dados de violência obstétrica à população de mulheres negras, resultantes de uma maior ocorrência de óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos por tipo de causa obstétrica (ASSIS, 2018).

Para tanto, menciona Palharini (2017) que a violência obstétrica tem sido identificada como violência institucional e de gênero, atrelada ao saber hegemônico dos médicos. No qual, as escolhas das mulheres não são respeitadas, apropria-se do conhecimento médico para justificar os meios usados no processo de intervenção. Alimentando dessa maneira o sentimento de incompetência, medo e a ideia de incapacidade de conduzir o processo de dar à luz naturalmente. Sendo a violência obstétrica reconhecida pela OMS como um problema de Saúde Pública, implica violações de natureza grave, de direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Tais violações requerem recomendações às instituições e do governo para promover sua prevenção e dar visibilidade ao assunto (PALHARINI, 2017).

3 EXPRESSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Esse Trabalho de Conclusão de Curso, no anseio de aprofundar os conhecimentos referentes à saúde reprodutiva da mulher negra, optou por uma análise de caráter bibliográfico, buscando como base um referencial teórico de estudiosos sobre o tema exposto. Segundo Antônio Carlos Gil (1978), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir do material já existente, sendo orientada principalmente por livros e artigos científicos, permitindo ao pesquisador uma cobertura mais ampla dos fenômenos estudados (GIL, 1978).

Desta forma, fundamentado o presente estudo, produziu-se uma análise histórica a respeito do tema, a partir do estudo de bibliografias consultadas em livros, artigos, teses e dissertações, no Scielo e no Google acadêmico. Assim, foi realizado um resgate histórico sobre a saúde reprodutiva e sobre a escravidão no Brasil, visto que esse processo é relevante para adentrar no debate concernente a violência obstétrica.

A exploração dos conteúdos apontou o caminho para pautar o problema dessa pesquisa, e através de uma análise do mesmo, concluímos o debate do ponto chave do trabalho, a ocorrência de violência obstétrica relativa às mulheres negras.

Com a finalidade de embasar a pesquisa também foi realizada uma pesquisa de campo, por meio de estudo de caso e, para tanto, coletamos depoimentos online, via Google Forms, de mulheres que relataram terem sofrido violência obstétrica de diferentes formas. Os relatos alcançados tiveram por função sistematizar o propósito do tema estudado, que aliados a teoria bibliográfica proporcionaram uma análise qualitativa do problema central desta pesquisa.

Com isso, mediante o formulário identificamos os pontos essenciais para o andamento da pesquisa, contendo seis perguntas simples e objetivas relacionadas a violência obstétrica, cinco de múltiplas escolhas e uma questão em aberto para livre relato da experiência vivenciada. Todas as perguntas tiveram o intuito de sistematizar os dados de forma clara e inerente à bibliografia discutida, como mencionado acima. Nesse formato, o questionário foi divulgado em redes sociais como: Facebook, WhatsApp e Instagram, visou por alcançar grupos internos da rede que envolviam mulheres gestantes e mães brasileiras. Através da respectiva metodologia utilizada

foi possível alcançar um total de nove relatos de diferentes mulheres pretas, brancas e parda.

Para tanto, foi informado no questionário antes das perguntas o convite e o livre esclarecimento apontando brevemente a descrição do tema e o respeito ao sigilo quanto as informações obtidas nessa pesquisa, usando o seguinte texto como método de apresentação:

“Você está sendo convidada a participar da pesquisa "Saúde Reprodutiva da Mulher Negra e os Rebatimentos da Violência Obstétrica no Brasil" que objetiva aprofundar o conhecimento sobre os rebatimentos da violência obstétrica, em especial para as mulheres negras. Sua participação na pesquisa é voluntária e contribuirá para a construção de conhecimento. Caso aceite participar você não será identificada em momento algum da pesquisa e caso alguma das questões cause desconforto, poderá optar por não responder. Desde já agradecemos pela sua participação” (Questionário).

De acordo com o perfil das respondentes, identifica-se na pesquisa uma faixa etária enquadrada a média de idade 22% de mulheres entre dezenove a vinte três anos, 22% entre vinte quatro e trinta anos, 33% trinta um a quarenta anos e 22% acima de quarenta um ano. Total de 44% das mulheres autodeclararam-se pretas, 44% brancas e 11% parda. Nível de escolaridade 22% possuem ensino superior completo, 11% ensino fundamental completo, 22% ensino médio completo, 44% ensino superior incompleto. Entre as respondentes, possivelmente sofreram violência obstétrica 77,8% das mulheres na rede pública e 22,2% em instituição particular.

Tendo em vista que a violência obstétrica pode ocorrer de diversas formas, conferindo mais de um caráter, psicológico, física, verbal e por negligência. De acordo com a pesquisa realizada, sofreram violência por negligência ou institucional (negar atendimento, dificuldade ao acesso a serviços de saúde) 37,5% das mulheres, violência física ou sexual (práticas e intervenções em vão, ou sem o consentimento da mulher) 62,5%, violência verbal (comentários ofensivos ou humilhantes) 75%, violência psicológica (toda ação que cause sentimento de inferioridade, vulnerabilidade) 100% das respondentes sofreram esse caráter de violência, simultâneo a outras categorias de violência obstétrica (CIELLO *et al.*, 2012).

A violência obstétrica ocorre por diversas formas, assinale aquela(s) que você identifica ter vivenciado:
8 respostas

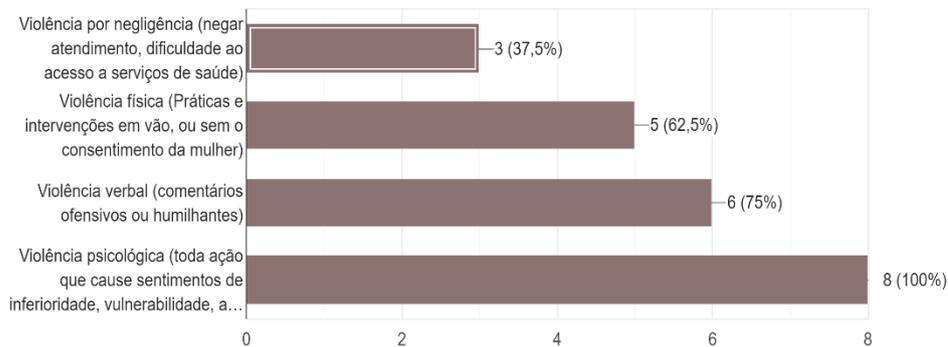


Figura 2: Respostas cinco do questionário realizado.

Para iniciar a descrição dos relatos foi necessário enumerá-los em sequência. Conforme o relato da respondente (1) teve o seu primeiro filho em 2010, foi realizado uma episiotomia feita por um aluno e assistido pela sua professora.

“Ele costurou a primeira vez, ela viu e disse que era pra fazer da forma que ela havia ensinado, então ele descosturou e costurou novamente, olhou pra ela e disse que não tinha gostado é faria do jeito dele mesmo, descosturou e começou a costurar de novo” (Respondente 1).

Mesmo se queixando várias vezes que estava sentindo dor durante o processo, o aluno de medicina informou que faltava pouco para terminar e não deu atenção a suas queixas até acabar o procedimento. Consegue-se visualizar pelo relato da respondente que o mais importante para a médica e o seu aluno no momento do parto era o seu aprendizado, aplicado ao corpo da respondente (1). Não foi considerada a dor que ela sentia, muito menos, o que os pontos realizados repetidas vezes poderiam causar no futuro um problema muito maior.

Foi relatado que após mais de uma semana, ocorreu uma infecção da região surgindo um granuloma, no qual, foi necessário fazer outra cirurgia para correção. Além disso, passaram por uma longa burocracia da instituição até conseguir a cirurgia, que foi realizada pelo mesmo médico que causou todo o transtorno anterior.

“No dia não deixou meu marido entrar na hora que entrei, me deitei ,ele pediu pra abrir as pernas que ele iria passar algo (acredito q iodo), pra limpar a

área é por dentro tbm, como sempre tive problemas com penetração, ele disse q iria colocar aquilo, eu travei ,então ele com uma mão e um dos braços abriu minhas pernas e introduziu um tipo de pinça com uma gaze na ponta dentro a minha vagina fazendo eu gritar de dor...a enfermeira me olhou com cara de piedade e bateu na minha perna me acalmando e dizendo: já passou“ (Respondente 1).

O primeiro relato desse estudo é a maior incriminação da violência obstétrica, do saber médico hegemônico e da falta de sensibilização profissional no campo da saúde, não se trata apenas de mais um corpo feminino. São mulheres, são mães, são pessoas com sentimentos, dores e vontade própria. É uma queixa também aos hospitais-escolas, onde, em primeiro lugar deveria ser ensinado o respeito e a humanização na saúde, não condiz somente o conhecimento e estudo do corpo humano físico, sem reconhecer, que por trás de um corpo existe uma vida, um desejo e uma pessoa que sente.

Dando continuidade, a respondente (2) expôs que a primeira vez que engravidou sofreu um aborto e foi para o hospital sozinha, mas que chegando ao local sua pressão abaixou. Realizaram uma cesariana e somente no outro dia teve consciência para entender o que ocorreu. Tiraram seu bebê sem esclarecerem nenhuma informação a respeito.

“Eu só fiquei sabendo no outro dia quando acordei, não vi, não soube nada sobre o meu filho e fui pra casa com uma cesárea dolorida e sem nenhum amparo ou acompanhamento” (Respondente 2).

Em sua segunda gravidez foi imposta a ela mais uma cesariana, sem informar ou propor demais opções de escolhas. Em seu relato expressou algumas outras questões presenciadas na saúde, descreveu que no final do ano passado perdeu mais um bebê e precisou passar o dia sozinha no hospital, sendo tratada de forma indiferente aparentemente pelo simples fato de estar sem o acompanhamento de um marido. Provável decorrência do conservadorismo existente na instituição de saúde que se encontrava.

“Eu passei um dia inteiro sozinha e as enfermeiras que eram quase todas evangélicas me trataram mal e me deixaram sem comer, só depois que meu marido chegou que elas perceberam que eu era casada e que não tinha provocado aborto que me atenderam com mais atenção” (Respondente 2).

Informou juntamente ao seu relato a situação de outra parturiente que estava na mesma instituição de saúde no seu último parto, uma mulher negra que estava à espera de assistência.

Em outra ocasião, estava na maternidade pra exames e acompanhei uma moça também negra que foi deixada sozinha e sem assistência, eu fiquei com ela até entrar em trabalho de parto, todas as enfermeiras e obstetra estavam fora, quando a cabeça do bebê apareceu eu tive que ir atrás do médico e tinham várias enfermeiras e técnicas com uma única paciente particular (Respondente 2).

Entre os relatos alcançados encontra-se o de uma mulher negra. Estado civil solteira, mãe de um filho. Atua profissionalmente no administrativo de uma empresa, e consoante com a sua renda mensal familiar, sua classe social se enquadra na categoria D⁴. Segundo sua fala, a respondente (3) possivelmente sofreu algum tipo de violência obstétrica em um dos hospitais públicos do SUS, no ano de 2005.

De acordo com o relato, ao chegar no hospital, a médica, antes de examiná-la apontou que a mesma estava sofrendo um aborto espontâneo, e que a criança não iria sobreviver. Em nenhum momento houve esclarecimento plausível sobre a saúde do bebê por parte da instituição, somente que a criança não teria nenhuma chance de sobreviver.

A falta de esclarecimento que ocorre dentro da assistência a gestante como aconteceu com a respondente (3, 2) acima, sendo umas das incidências de violência obstétrica recorrentes na saúde. Conforme aponta os dados de raça/cor a proporção de gestantes que obteve as orientações sobre os sinais de risco na gravidez e saúde do bebê foi de 75,2% entre mulheres pretas, pardas 72,7% e, em relação às mulheres brancas ,80,8% (SAÚDE, 2017).

A respondente (3) mencionou em seu relato também o descaso e a grosseria da profissional com a sua situação, inclusive piadas de mal gosto a respeito da sua idade, por já estar grávida do primeiro filho aos dezessete anos, o que evidencia a discriminação etária. Ela expôs que, em um certo dia, estava com seu filho no berçário, e a médica ao passar, disse a seguinte frase, menosprezando-a:

⁴ Classes Sociais por Faixas de Salário-Mínimo (IBGE).

Médica: “Ah, você tá aí com o seu brinquedinho né” (Respondente 3)

Em concordância com a bibliografia estudada, deve ser assegurado às mulheres o respeito a sua saúde reprodutiva, sem piadas ou chacotas. “A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (FNUAP, 1995).

Com isso, tais falas e atitudes da profissional supostamente confirmam ações de violência obstétrica de caráter psicológico, caracterizada em toda ação comportamental ou verbal que cause vulnerabilidade, instabilidade emocional, abandono, medo, insegurança, alienação, perda de integridade e dignidade (CIELLO *et al.*, 2012).

Dados mostram que as mães indígenas, pretas e pardas são geralmente mais jovens que as demais gestantes brancas, como é o caso da respondente (3), que teve o seu primeiro filho aos dezessete anos. Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, “a faixa etária de 20 a 24 anos concentra o maior percentual de mães nas populações de raça/cor preta (26,0%), parda (27,5%) e indígena (26,8%)” (SAÚDE, 2017, p. 28).

O quarto relato (4) também é de uma mulher negra que reside atualmente no estado de Minas Gerais. Estado civil divorciada, mãe de dois filhos. Profissão Assistente Social, consoante com sua faixa salarial enquadra-se na categoria de classe social D. Segundo sua fala, possivelmente sofreu algum tipo de violência obstétrica em um dos hospitais públicos (SUS) no ano de 2013.

O relato (4) apresenta a seguinte situação: chegou de manhã no hospital, já sentindo muita dor, com dilatação em processo lento. Posteriormente a colocaram em um leito para tomar medicação (hormônio). Segundo a respondente, isso deveria ter sido perguntado antes, informada a opção da medicação ou não, pois após a medicação suas dores aumentaram ainda mais, e a dilatação não acelerou, ou seja, a medicação não adiantou o processo, só provocou dores ainda mais fortes. Foram mais de doze horas sentindo dores intensas.

Segundo ela, o maior problema foi o atendimento da médica, que foi rude de várias formas, principalmente verbalmente. A profissional disse a ela que os seus gritos estavam incomodando o hospital e assustando as outras gestantes. A respondente disse que não tinha controle sobre aquilo, que era inexperiente por ser a sua primeira gestação e que não sabia mais o que fazer diante de toda a situação e dor.

A respondente (4) estava muito fragilizada e pediu a ginecologista que desse analgesia a ela, porque as dores estavam insuportáveis, mas obteve como resposta:

Médica: “Você está querendo drogar o seu filho com isso, seu filho vai nascer lerdo e drogado, é isso vai atrapalhar o seu parto” (Respondente 4).

Sabia que estava no seu direito de tomar analgesia, mas mesmo questionando a profissional, ela foi rude novamente:

Médica: “Você não está querendo que o seu filho nasça porque você não está colaborando” (Respondente 4).

Ambas as situações ocorridas com a respondente (4), tanto a medicação quanto a queixa de dor, requerendo a analgesia, conferem em violência obstétrica de caráter físico. Exemplos disso são: manobra de Kristeller, cesariana sem indicação clínica, uso rotineiro de ocitocina, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada (CIELLO *et al.*, 2012).

No momento do parto, a ginecologista realizou um pique, sem o consentimento da gestante. Conforme relatado, o corte foi grande e ela tem a cicatriz até hoje. A utilização desse tipo de procedimento sem informar os seus riscos e sem o consentimento da parturiente é considerado violência obstétrica de caráter sexual, psicológico e físico. O seu uso indiscriminado causa danos à saúde mental e violação da integridade corporal feminina (POMPEU *et al.*, 2017).

A violência obstétrica de caráter sexual se caracteriza em ações impostas às mulheres que resultem na violação de sua intimidade ou pudor, no seu senso de integridade sexual e reprodutiva. O pique mencionado por (4) é a episiotomia, um dos procedimentos ocorridos sem o consentimento da paciente, quando se identifica a

violência de caráter sexual. Sobre a episiotomia, no Brasil, pode-se afirmar, conforme pesquisas, que é utilizada em 94% dos partos normais:

Estima-se que é realizada em 94% dos partos normais no Brasil (BRASIL; CEBRAP, 2006). Essa proporção é estimada por meio de pesquisa domiciliar amostral, e pode ser ainda mais elevada, uma vez que não há registro oficial do procedimento. Assim, a episiotomia é invisível, inclusive, aos sistemas de informação sobre saúde, como se integrasse o “pacote do parto normal”, conforme efetivado nos hospitais brasileiros (CIELLO *et al.*, 2012, p. 81).

Além disso, foi utilizado o fórceps para puxar o seu filho, e segundo o ex-marido da respondente, foi possível ouvir a sua utilização da sala de espera do hospital:

“Meu marido fala que escutou a hora que a minha bacia fez um “click” quando enfiou o fórceps” (Respondente 4).

A respondente (4) reconheceu que talvez fosse indicada a utilização do fórceps no seu caso, mas o seu filho, com isso, nasceu com um machucado na cabeça e tem a cicatriz ainda hoje, além disso, gerou um torcicolo congênito que pode ter sido causado pela má utilização do fórceps no momento do parto. A respondente (5) também relatou ter vivenciado dois partos com a utilização do fórceps.

Nota-se que na maioria dos casos as respondentes sofreram o mesmo tipo de violência obstétrica, a de caráter psicológico. No caso dos relatos apresentados (1,2,4) possivelmente sofreram simultaneamente mais de um caráter da violência obstétrica, no momento do parto: psicológico, físico e sexual.

O relato (6) expressa em sua fala a incriminação do aborto, relatou ter realizado dois abortos clandestinos, sendo necessário fazer a curetagem após. Declarou estar mais segura em relação ao tratamento da equipe de saúde em sua primeira curetagem com a presença do seu namorado, na sua segunda vez estava sozinha e sentiu-se desconfortável e fragilizada.

“Realizei dois abortos clandestinos, o que por si só acredito configurar uma violência por negligência que nega o atendimento e dificulta o acesso a um procedimento que deveria ser seguro e gratuito” (Respondente 6).

O último relato (7) foi de uma mulher grávida na adolescência aos dezesseis anos, expôs ter sofrido violência de caráter psicológico com o tratamento do médico, que dizia torcer para que ela não estivesse no lugar de sua mãe no futuro, com uma filha grávida tão jovem.

As duas últimas respondentes (8,9) não se sentiram à vontade para relatar sua experiência vivenciada, apenas responderam as questões fechadas do questionário.

3.1 Considerações Finais

O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar o percurso histórico que impulsiona os dados de violência obstétrica em relação às mulheres negras no Brasil. Conforme o estudo realizado, constata-se que existe, por trás da violência obstétrica, o racismo institucional responsável por estruturar desigualmente as relações sociais no país, decorrente do processo de colonização no Brasil. Com isso, após a abolição os ex-escravizados foram excluídos de toda riqueza socialmente produzida e subalternizados, e esse processo ocasionou na marginalização dessa população e numa extrema desigualdade entre as classes sociais, o que, de fato, justifica o fato de as mulheres negras se destacarem entre os que estão abaixo da linha da pobreza, dificultando o seu acesso aos serviços de atenção à saúde, o que acaba por impulsionar também os dados de violência obstétrica sofrida em relação às mulheres brancas, devido ao racismo enraizado na sociedade brasileira.

Mediante o objeto de estudo desta pesquisa, aliado ao estudo de caso, e simultâneo ao conhecimento alcançado com as referências bibliográficas trabalhadas, identifica-se o racismo institucional como um dos maiores propulsores dos dados de violência obstétrica entre a população de gestantes negras. Pois ambos os relatos apresentados contêm queixas em relação ao atendimento realizado pelos médicos, inclusive chacotas, humilhações e piadas com a situação reprodutiva dessas mulheres. Além disso, foi possível identificar certo conservadorismo presente nas instituições conforme relatado por algumas mulheres, terem se sentindo desconfortáveis e vulneráveis sem a presença de um marido no momento do parto.

Constata-se que a violência obstétrica pode ir muito além de uma violência física, uma mulher gestante pode sofrer mais de um caráter de violência, como no caso dos relatos 1,2 e 3. As respondentes possivelmente sofreram simultaneamente três dos caracteres da violência obstétrica: psicológico, físico e sexual

Outro ponto relevante a ser considerado frente a pesquisa realizada encontra-se na produção científica, através do levantamento concluído foi possível identificar apenas uma publicação na área de Ciências Sociais Aplicadas. Remete a salientar a importância de se problematizar o tema nos espaços que ocupa o Serviço Social, principalmente os assistentes sociais que atuam no campo da saúde e podem usar

de seus mecanismos profissionais a favor do combate à violência obstétrica. Acredito também na relevância e impacto que as produções acadêmicas podem ocasionar na área, proporcionando conhecimento e relevância ao tema.

Destarte, o tema trabalhado apresenta inúmeras possibilidades de vertentes investigativas de estudo e pesquisa. Portanto, podemos considerar que o tema é pouco problematizado na sociedade, e deve continuar e se fortalecer, com intuito de impulsionar o enfrentamento à violência obstétrica, com um viés étnico-racial, e com um olhar voltado para a saúde reprodutiva das mulheres negras no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, SILVIO. O QUE É RACISMO ESTRUTURAL? **A psicanalise dos contos de fadas. Tradução Arlene Caetano**, [s. l.], p. 466, 2018.

AMARAL, Sharyse Piroupo do. A ESCRAVIDÃO NO BRASIL. [s. l.], 2010.

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], n. 133, p. 547–565, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.159>

AZEVEDO, Beatriz Regina Zago de. **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Porto Alegre: Ensaios FEE, 1985. v. 6 *E-book*.

CIELLO, Cariny *et al.* Violência Obstétrica “Parirás com dor”: dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. **Senado federal**, [s. l.], p. 1–188, 2012. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC_VCM_367.pdf

DAVIS, Angela. Mulheres, Raça e Classe. **SER Social**, [s. l.], v. 19, n. 41, p. 543–547, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.26512/ser_social.v19i41.14956

DE CAMARGO, Kenneth R. **Questões da Saúde reprodutiva**. [S. l.: s. n.], 1999. ISSN 01037331.v. 22 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100001>

ECON, Pesquisa *et al.* RETRATO DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO E RAÇA. [s. l.], 2011.

FERNANDES, Danubia De Andrade. O gênero negro : apontamentos sobre gênero , feminismo e. [s. l.], v. 24, n. 3, p. 691–713, 2016.

FNUAP. **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO**. [S. l.: s. n.], 1995.

GIL, ANTONIO CARLOS. **MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA**. [S. l.: s. n.], 1978. ISSN 00034886.v. 10

GONZALES, Lélia. Racism and sexism in Brazilian culture [Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira]. **Revista Ciências Sociais Hoje**, [s. l.], p. 223–243, 1984.

LEMOS, Gabriela *et al.* VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN BRASIL: UNA REVISIÓN NARRATIVA. [s. l.], p. 1–11, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. [S. l.: s. n.], 1998. *E-book*.

MOURA, CLOVIS. **Clovis Moura - História do Negro Brasileiro**. 2 ediçãoed. São Paulo - SP: [s. n.], 1992.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violencia obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, [s. l.], n. 49, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>

PNAISM. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **IEEJ Transactions on Power and Energy**, [s. l.], ano 106, n. 3, 2004. p. 294. Disponível em: <https://doi.org/10.1541/ieejpes1972.106.294>

PNS. **Pesquisa nacional de saúde**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2013. ISSN 0101-4234.v. 39*E-book*.

POMPEU, Kelen Da Costa *et al.* Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s. l.], v. 7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1142>

PROCOPIO, ANA PAULA. **O CONTRÁRIO DE “CASA GRANDE” NÃO É SENZALA. É QUILOMBO! A CATEGORIA PRÁXIS NEGRA NO PENSAMENTO SOCIAL DE CLÓVIS MOURA**. 9–15 f. 2017. [s. l.], 2017.

ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes da; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, n. 125, p. 556–568, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>

SANTOS, JUSSARA DE ASSIS DOS *et al.* **ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MULHERES NEGRAS NUMA MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO NA PERSPECTIVA DE GESTORAS (ES) E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. 1–14 f. 2019. [s. l.], 2019.

SAÚDE, Ministério da. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. [s. l.], 2017.

SILVA, Claudio Vicente da. Mulheres, Raça e Classe. **SER Social**, [s. /], v. 19, n. 41, p. 543–547, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.26512/ser_social.v19i41.14956

VIEIRA, Damaris Rebeca; APOLINÁRIO, Josiane Aparecida. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA COMPREENSÃO SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LINS Lins – SP. [s. /], 2017.

ANEXO 1

(Questão 1) Você se autodeclara:

Preta, Parda, Branca, Indígena.

(Questão 2) Faixa etária:

até 18 anos, 19 a 23 anos, entre 24 e 30 anos, 31 a 40 anos, acima de 41 anos

(Questão 3) Informe qual a sua escolaridade:

Ensino Fundamental incompleto, ensino fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino médio completo, Ensino Superior incompleto, Ensino Superior completo, Técnico.

(Questão 4) Quando sofreu violência obstétrica foi em uma instituição:

Particular, Pública.

(Questão 5) A violência obstétrica ocorre por diversas formas, assinale aquela(s) que você identifica ter vivenciado:

Violência por negligência (negar atendimento, dificuldade ao acesso a serviços de saúde)

Violência física (Práticas e intervenções em vão, ou sem o consentimento da mulher)

Violência verbal (comentários ofensivos ou humilhantes)

Violência psicológica (toda ação que cause sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança)

(Questão 6) Caso sinta-se à vontade, relate nesse espaço abaixo maiores detalhes sobre o tipo de violência obstétrica ocorrido: