

## ARTIGOS

DOI: 10.36482/1809-5267.ARBP2020v72s1p.156-169

# A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS

Paula Land Curi<sup>I</sup>

Mariana Thomaz de Aquino Ribeiro<sup>II</sup>

Camilla Bonelli Marra<sup>III</sup>

## RESUMO

Este artigo examina a violência obstétrica contra mulheres negras no Sistema Único de Saúde (SUS), partindo de experiências de estágio e extensão universitária em Psicologia, em maternidades públicas, de distintos níveis de complexidade, coadunadas a pesquisas de Iniciação Científica Pibic/CNPq. Em nossa cultura, as mulheres sempre foram corpos para reprodução e, há poucos séculos, passaram a ser subjugadas ao saber médico – sobretudo, da obstetrícia e ginecologia. A expropriação das mulheres, de seus corpos, de seus protagonismos reprodutivos, ratificada pelos homens da elite branca – cientistas – impactaram na assistência a elas prestada. O SUS, marcado por princípios como universalidade, equidade e integralidade, reproduz opressões, discriminações, violências e violações sobre os corpos femininos, especialmente sobre aqueles cujos tons se distanciam do modelo dominante. Para evidenciar a reprodução de racismo e machismos estruturais no SUS, tomamos a violência obstétrica como analisador.

**Palavras-chave:** Mulheres Negras; SUS; Violência Obstétrica; Machismo; Racismo.

---

Obstetric violence against black women in SUS

## ABSTRACT

This article examines obstetric violence against black women in SUS, starting from internship and university extension experiences in Psychology, in public maternity hospitals of different levels of complexity, coadunated to PIBIC/CNPq Scientific Initiation research. In our culture, women have always been bodies for reproduction and for centuries they have been subjugated to medical knowledge – especially obstetrics and gynecology. The expropriation of women from their bodies, their reproductive protagonisms, ratified by the men of the white elite – scientists – has impacted the assistance provided to them. The Unified Health System, marked by principles such as universality, equity and integrality, reproduces oppressions, discrimination, violence and violations over women's bodies, especially over those whose shades are far from the dominant model. In order to evidence the reproduction of racism and structural machisms in SUS, we take obstetric violence as an analyzer.

**Keywords:** Black Women; SUS; Obstetric Violence; Chauvinism; Racism.

Violência obstétrica contra as mulheres negras em o SUS

## RESUMEN

Este artículo examina la violencia obstétrica contra las mujeres negras em o SUS, a partir de experiencias de pasantía y extensión universitaria em Psicología, em maternidades públicas de diferentes niveles de complejidad, coadyuvadas a la investigación de la Iniciación Científica del PIBIC/CNPq. Em nuestra cultura, las mujeres siempre han sido cuerpos para la reproducción y durante siglos han estado sometidas a los conocimientos médicos – especialmente de obstetricia y ginecología. La expropiación de las mujeres de sus cuerpos, de sus protagonismos reproductivos, ratificada por los hombres de la élite blanca – científicos – repercutió em la asistencia que se les prestó. El Sistema Único de Salud, marcado por principios como la universalidad, la equidad y la integralidad, reproduce la opresión, la discriminación, la violencia y las violaciones sobre el cuerpo de las mujeres, especialmente sobre aquellas cuyos matices están lejos del modelo dominante. Para resaltar la reproducción del racismo y el machismo estructural em o SUS, tomamos la violencia obstétrica como un analizador.

**Keywords:** Mujeres Negras; SUS; Violencia Obstétrica; Chauvinismo; Racismo.

**Área** do Conhecimento: Ciências Humanas

**Financiamento:** CNPq/UFF; PROEX/UFF.

---

## De onde falamos?

Se não admitirmos que nossa sociedade é organizada a partir de uma perspectiva eurocêntrica e orientada pela lógica do privilégio do branco, trabalharemos com uma falsa e insustentável ideia de igualdade, porque o racismo é estrutural e institucional (Almeida, 2017).

Começamos este ensaio marcando de onde falamos, pois somos mulheres brancas. Para algumas/alguns, o fato deste estar assinado por nós, *per si*, já seria suficiente para a perda de sua legitimidade. Entendemos seus argumentos, pois, os nossos corpos brancos, efetivamente, nos protegem não só de experienciar o racismo e seus efeitos no cotidiano – opressões, discriminações e violências –, mas também nos concedem privilégios, que reforçam ainda mais a ideia que no centro do mundo há apenas um, o branco. O lugar de fala é o lugar do pertencimento.

Para outras/outros, a nossa cor de pele não é um grande problema, pois, concede-se *um lugar a se construir* ao branco na luta. O branco pode/deve se juntar na luta contra o racismo não apenas não sendo racista, mas sendo antirracista, como já dizia Angela Davis (1981/2016); ou seja, combatendo-o na prática, a partir da sustentação intransigente deste fundamento: racismo não é coisa de negros, é de todos!

Reconhecemos o racismo como estrutura de privilégio racial, econômico e político, e de subordinação. Reconhecemos que, como mulheres brancas brasileiras, nos constituímos racistas por definição, pois, enquanto indivíduos, crescemos sob a égide do mito da democracia racial. Aprendemos a ser racistas. No entanto, assumimos que

podemos desaprender o que aprendemos, desconstruir o naturalizado, nos revisitarmos a partir de um letramento racial, e compor nesta luta tão necessária.

Reconhecemos também que o feminismo brasileiro, tão potente a ponto de ter sido capaz de “destituir o pátrio poder” (Carneiro, 2003, p. 117) em 1988, esteve “por longo tempo, prisioneiro da visão eurocêntrica e universalizante das mulheres” (Carneiro, 2003, p. 118), deixando silenciadas e invisíveis as mulheres negras.

Ao demarcarmos o nosso lugar *em construção* na luta, queremos não só circunscrever o nosso campo de enfrentamento, lá onde o racismo e machismo se interseccionam, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS), nas políticas públicas de saúde para as mulheres, mas também apontarmos para o nosso comprometimento para com a causa, admitindo o compromisso, inclusive enquanto psis, no combate daquilo que se “constitui uma das questões mais fundamentais para a compreensão dos processos de exploração e dominação instalados na sociedade brasileira” (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017, p. 72) – o racismo.

É assumindo que branco precisa falar sobre o racismo – sobre a sua invenção –, que necessitamos combater as desigualdades de gênero e intragênero, que fazemos desta escrita uma aposta ético-política antirracista. Visamos com ela denunciar o “racismo de atitudes” (Guimarães, 1999), silencioso e insidioso nas práticas assistenciais voltadas às mulheres negras, em especial, em situação de gestação, parto, puerpério e abortamento, contestar os componentes racistas do sistema, fundado em princípios como o de universalidade, integralidade e equidade.

Por esta escrita, compartilharemos reflexões oriundas de experiências de estágio, que se deram na maternidade de um hospital universitário (alta complexidade/SUS) com mulheres que a ele foram referenciadas pelas comorbidades existentes; de extensão universitária, em uma maternidade pública municipal, para as mulheres em risco habitual; além de pesquisa em Iniciação Científica, de revisão sistemática, sobre a violência obstétrica.

Ou seja, trataremos das dores e das delícias das atividades que desenvolvemos com mulheres no SUS, quando elas vivenciaram experiências na/de maternidade, ao mesmo tempo em que pesquisávamos teoricamente as produções brasileiras sobre a temática. Não passou despercebido o fato de em seus corpos se escancararem os racismo e machismos estruturais, que se atualizavam em diversas formas de violências e de violações dos direitos.

Entendemos a violência obstétrica como apropriação dos corpos e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, durante o período da gestação, do parto e do puerpério, incluindo a assistência ao aborto. Ela se expressa por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, que levam à perda da autonomia das mulheres e às violações de direitos humanos, sexuais e reprodutivos (Tesser, Knobel, & Andrezzo, 2015).

Sabemos que há um enorme debate sobre o uso do termo violência obstétrica por parte de muitos “representantes da ciência”. Eles insistem na permanência do termo violência institucional para tratar possíveis violências que ocorrem. Seus argumentos são proclamados em defesa a uma ciência neutra, apolítica. Contudo, afirmamos a impossibilidade de ciência imparcial.

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

Estar no SUS como estudantes de psicologia em formação propiciou perceber que um sonho da sociedade brasileira se concretizou. Efeito de muita luta, ele trouxe a novidade de efetivar o direito constitucional de todos à saúde e o dever do Estado. No entanto, o que nos chamou atenção foi o fato de ser neste mesmo sistema, criado por princípios tão caros ao Estado Democrático de Direitos – universalidade, equidade e integralidade –, e tão fundamental para a construção de uma sociedade mais igualitária, que nos deparamos com tantas violências e violações.

Foi nele que descobrimos que as desigualdades e iniquidades estão vividamente presentes, as violências institucionais e violações de direitos são inúmeras, que, a despeito de seus princípios democráticos, reproduzem-se às lógicas hegemônicas – branca e masculina – que vigem em nosso país e alicerçam nossa sociedade.

Foi nele que experienciamos, de forma encarnada, que, efetivamente, a dita sororidade – apoio, união e irmandade entre mulheres oprimidas pelo patriarcado –, hoje facilmente escutada e repetida pelas bocas das mulheres, não contempla as mulheres negras e suas dores, pois, como bem sinaliza Piedade (2017), essas percorrem a história da escravidão, deixaram marcas profundas e são vivenciadas ainda hoje.

No SUS, o nosso encontro se deu com mulheres – negras e brancas – em condição de se tornarem (ou não) mães, nas instituições que a assistem, convidando-nos a passear nos avatares das maternidades. Porém, não sem dor! Este foi o caminho que elegemos para este trabalho. Refletir sobre o que encontramos, sobre dois sistemas de opressão – raça e gênero – que só podem ser pensados se interseccionados.

Por isso, tomamos a violência obstétrica como um analisador – um operador clínico-político - de desigualdades de gênero e raça, pois, corroboramos Barbosa (2006, p. 330): “Historicamente, o corpo feminino tem sido um *locus* no qual incidem políticas de controle sobre a reprodução social, e o sistema de saúde tem sido um poderoso aliado do Estado e dos poderes hegemônicos na consecução dessas políticas.”

## De onde partimos?

Do mesmo modo que as vulnerabilidade especificamente ligadas a gênero não podem mais serem usadas como justificativa para negar a proteção de direitos humanos das mulheres em geral, não se pode também permitir que “diferenças entre mulheres” marginalizem alguns problemas de direitos humanos das mulheres, que nem lhes sejam negados cuidado e preocupação iguais sob regime predominante dos direitos humanos (Crenshaw, 2002, p. 173).

Partimos de nossas experiências no SUS com mulheres grávidas, parturientes, puéperas e em situação de abortamento, nas unidades de saúde chamadas maternidades. Estas, embora em níveis distintos de complexidade, eram bastante homogêneas quanto ao perfil atendido: mulheres negras, pobres, vivendo em situação de vulnerabilidade social e/ou precarização. Nessas instituições, encontramos aqueles corpos que são estigmatizados socialmente, que estão na base da pirâmide social e que, na perspectiva das hierarquias reprodutivas, indicam “como algumas maternidades são mais, ou menos, legítimas e aceitas socialmente do que outras” (Mattar & Diniz, 2012, p. 108).

Nesses espaços, nos quais o imaginário social inunda de ideias de cuidado e felicidade para as futuras mães (sempre se pressupõe que mulheres querem ser mães), que presenciávamos escancaradamente os efeitos da escravidão colonizadora e do laço bem tecido entre preconceito e ciência.

Em um trecho no livro **Mulheres, raça e classe**, Angela Davis (1981/2016) ilustra bem o que poderia marcar o nosso ponto de partida, a despeito das diferenças que se colocam entre os processos escravagistas colonialistas da América e do Brasil. Além de lembrar que “maternidade voluntária era considerada audácia, uma afronta e uma excentricidade por pessoas que insistiam que a esposa não tinha o direito de recusar-se a satisfazer os anseios sexuais do marido” (2016, p. 205), a autora relata que:

Um médico que clinicava na Geórgia por volta da metade do século XIX percebeu que abortos e abortos espontâneos eram muito mais comuns entre suas pacientes escravas do que entre as mulheres brancas que ele tratava. De acordo com o médico, ou as mulheres negras realizavam trabalhos pesados demais, ou como proprietários de terras acreditam, as negras são possuidoras de um segredo por meio do qual destroem o feto no início da gestação [...] Todos os clínicos do país estão cientes das reclamações frequentes dos proprietários de terras [sobre a] [...] tendência antinatural da mulher africana em destruir a sua prole (Davis, 1981/2016, p. 207).

Pronunciado pelas bocas daqueles que detêm o poder médico, mesmo aquilo que não tem qualquer base científica torna-se científico, justificando, assim, formas discriminatórias e violentas de assistir e intervir. Falas como “mulheres pretas são parideiras por excelência”, “negras são fortes, mais resistentes à dor”, “negras têm mais leite”, “negras são mais resistentes à anestesia”, “elas não fazem o pré-natal direito”, dentre outras, são reiteradamente pronunciadas, determinam assistência oferecida, sem qualquer crítica ou mesmo constrangimento. Reverberam entre as instituições, entre os profissionais. Ecoam na sociedade. Falas como essas atravessaram também nossos ouvidos. Ouvimos, mas o que escutamos foi racismo!

Não podemos esquecer que a ciência teve (e ainda tem) uma participação fundamental na construção do racismo no Brasil, sendo ela responsável pela ideia de superioridade e inferioridade entre raças. A partir do século XIX, quando os corpos femininos começaram a passar por um processo intenso de medicalização, os campos que analisavam características fenotípicas ganharam destaque e foram usados para provar as hierarquias entre as raças.

o termo raça é introduzido na literatura mais especializada em inícios do século XIX, por Georges Cuvier, inaugurando a ideia da existência de heranças físicas permanentes entre vários grupos humanos [...] Delineia-se a partir de então certa reorientação intelectual, uma reação ao Iluminismo em sua visão unitária da humanidade (Schwarcz, 1993, p. 63).

### **A medicalização dos corpos femininos**

A desigualdade é naturalizada, internalizada no cotidiano como o normal. Como perceber o próprio privilégio se o que se chama de privilégio é o que se entende como justo? A desigualdade é a norma (Miranda, 2017, p. 62).

Sabemos que o surgimento de uma medicina racionalista, masculina, patriarcal e cristã subverteu a mulher, expropriando-a de sua complexidade, pluralidade e subjetividade, fixando-a em sua anatomia e na sua capacidade de produzir filhos. Desde então, tensas e conflituosas relações vêm sendo historicamente travadas entre a ciência médica e o corpo feminino, visto que esse se tornou *locus* privilegiado de exercício de poder, de opressão, de controle e tutela das mulheres (Barbosa, 2006).

Especialmente no caso brasileiro, podemos afirmar que o Estado forjou, juntamente com a Igreja e a medicina, um “modelo de mulher”, fundamentado na fisiologia e anatomia, mas também a partir de seus interesses políticos, econômicos, morais e

populacionais, o que resultou em formas distintas de se tomar os corpos femininos. Afinal, corpos brancos e negros sempre se diferenciaram neste país escravocrata.

Os avanços dos estudos sobre o corpo da mulher, incluindo a constituição das especialidades obstetrícia e ginecologia, na Europa, criaram, em terras coloniais, uma “mulher-mãe ideal”, espelhada nas mulheres das elites europeias – *white face and blond hair* (Felinto, 1978 como citado em Santos, 2020, p. 1) –, frágeis, histéricas e infantilizadas. Delas, esperava-se um comportamento sacro, mas, daquelas cujos tons de pele serviam para justificar os “achados científicos” esperava-se outra coisa... Promiscuidade se apresentava como característica que as contrapunham daquelas outras. Foram demonizadas, hiperssexualizadas, animalizadas e adjetivadas fortes (Bueno, 2019).

Além disto, não podemos não mencionar que, no Brasil, sempre vigorou padrões extremamente eurocêntricos e excludentes estruturando processos contínuos de exploração das mulheres negras. Eles foram/são diversos e contaram, inclusive, com as mulheres brancas. Como afirmou Beauvoir, ainda nos anos 1940:

vivem dispersas entre homens brancos ligadas pelo *habitat*, pelo trabalho, pelos interesses econômicos, pela condição social a certos homens – pai ou marido – mais estreitamente do que a outras mulheres. Burguesas são mais solidárias dos burgueses e não das mulheres proletárias; brancas, dos homens brancos e não das mulheres negras. [...] O laço que as une a seus opressores não é comparável com nenhum outro (Beauvoir, 2016, p. 16).

Carneiro (2003, p. 120) também evidencia que “a consciência de que a identidade de gênero não se desdobra naturalmente em solidariedade racial intragênero”. O racismo e a discriminação racial, segundo a autora, produzem entre mulheres, negras e brancas, contradições e desigualdades.

A história brasileira das amas de leite – escravas que amamentavam crianças de seus proprietários –, por exemplo, ilustra bem a exploração de negras pelas brancas em favor da ideologia dominante, pois, a exploração da “capacidade” da amamentar permitiu as mulheres negras o seu uso mercantil – “mercadoria escrava leiteira” (Barbieri & Couto, 2012, p. 67).

Em tempos em que as senhoras – consideradas debilitadas, fracas, franzinas e pálidas – delegavam para as escravas – fortes, voluptuosas, resistentes e mais ambientadas ao calor dos trópicos (Pinheiro et al., 2015) – a amamentação de seus próprios filhos, percebe-se a visão da ideologia dominante: “o benefício primeiro do bem estar da criança branca” (Barbieri & Couto, 2012, p. 73). Contudo, seriam estas escravas quaisquer? Não, afirma-se. Elas deveriam ser selecionadas a partir do quanto haviam assimilado da cultura portuguesa, do quanto estavam “menos africanizadas”. Assim, a fim de nutrir a criança branca, a cor de pele transformava-se em um atributo positivo!

Voltemos. Em nossas experiências em maternidades do SUS, escutamos relatos e testemunhamos inúmeras violências obstétricas. É exatamente por isso que insistimos em evidenciar o quanto é imprescindível falar das contribuições do feminismo negro na temática da saúde e dos direitos reprodutivos, reconhecer as diferenças raciais nessa temática e colocar em xeque as chamadas hierarquias reprodutivas. Afinal, como apontam Menezes, Fabiana, Reis, Sales, Jardim e Lopes (2019), elas determinam a possibilidade de sujeição das mulheres a tratamentos diferenciados por parte da equipe médica, segundo atributos que consideram positivos ou negativos. Afirmando: “os atributos considerados positivos: casada, com gravidez planejada, adulta, branca, de classe média, saudável, entre outros e os considerados negativos: pobre, jovem ou velha demais, preta, com baixa escolaridade, entre outros” (Menezes et al., 2020, p. 10).

## **Violência obstétrica: é regra!**

A desigualdade é naturalizada, internalizada no cotidiano como o normal. Como perceber o próprio privilégio se o que se chama de privilégio é o que se entende como justo? A desigualdade é a norma (Miranda, 2017, p. 62).

Alguns estudos realizados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), conduzidos pela pesquisadora Maria do Carmo Leal, evidenciam algumas disparidades raciais que ocorrem no atendimento às mulheres grávidas. Mostram que mulheres negras possuem maior risco de ter um pré-natal inadequado. São aquelas que realizam menos – e mais rápidas – consultas obstétricas do que o indicado pelo Ministério da Saúde. São elas também as que mais peregrinam entre as maternidades, as que vão ter o direito de acompanhante durante o parto violado. São/serão as que mais sofrem/sofrerão violências obstétricas.

A pesquisadora, com vasta experiência em investigações epidemiológicas e estudos avaliativos de programas e serviços de saúde, com ênfase na saúde da mulher, aponta para várias disparidades durante o pré-natal e o parto, e marca que essas expressam o racismo estrutural, não restrito ao setor da saúde, mas sim intrínseco à sociedade brasileira. Alerta que isso, no entanto, não quer dizer que os profissionais não podem fazer algo para melhorar a abordagem do atendimento.

Corroboramos. Os profissionais de saúde não só podem como devem promover cuidados e assistência humanizada e qualificada, sem qualquer tipo de discriminação ou preconceito. Mas, para isso, precisamos pensar nas disparidades que se dá no interior do SUS, operacionalizadas por seus agentes, e reafirmar que não existe ciência neutra.

Várias são as pesquisas e artigos científicos que sinalizam para as mulheres negras como sendo as que mais sofrem violências obstétricas. Mas, o que fazemos com isso? Eis a questão. Parece-nos que não dá mais para não se fazer nada... Por isso, optamos por denunciar machismos e racismos travestidos em cuidados em saúde da mulher, além de violações de direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres negras.

Destacamos que não podemos compreender a violência obstétrica a partir de uma lógica que localiza em equipes ou indivíduos mal treinados, a problemática. Percebemos que ela sequer é exceção! Precisa ser identificada como violência que se impõe por discriminações de gênero e de raça, intrínsecas na sociedade e, por derivação, na cultura médica hegemônica acerca das mulheres e seus processos reprodutivos.

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

Fato é que a violência obstétrica é reconhecida como questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2014, dada as evidências de desrespeito e maus-tratos às mulheres durante a assistência ao parto. Ela ocorre em um dos momentos da vida das mulheres em que elas estão mais vulneráveis e concretiza-se como negligência, violência verbal, violência física – procedimentos desnecessários, indesejados ou mesmo negados – e até sexual (Palharini, 2017). Ela incidirá de formas diversas sobre as mulheres e seus corpos. Em especial, sobre aquelas em são consideradas de segunda, a depender de como seu gênero se intersecciona à sua cor. Ou seja, faz das mulheres negras suas maiores vítimas.

Mais estereotipadas, as mais excluídas, aquelas que sempre “suportam mais dor”, segundo premissas racistas disfarçadas em científicas, são as mais violentadas, as que, por suportarem mais, não recebem anestesia (ou recebem demais), são as que mais morrem. Suas narrativas e vontades são negligenciadas pelos profissionais de saúde – e pelas pesquisas<sup>1</sup>. Suas mortes são possivelmente evitáveis. Elas são perseguidas, esterilizadas, criminalizadas<sup>2</sup> e mortas – preço pago pelas suas escolhas –, na exata medida que em seus corpos, duas categorias se apresentam interseccionadas. São mulheres e são pretas!

Atualmente, em tempos de ativismo digital, percebemos que há relatos importantes sobre o que chamamos de violência obstétrica, circunscritos sob a égide do que foi nomeado como “racismo obstétrico”. Embora ainda não tenhamos nos debruçado sobre os motivos que levaram a cunhar este termo, suspeitamos que ele seja decorrente do “reconhecimento do racismo e da discriminação racial como fatores de produção e reprodução das desigualdades sociais experimentadas pelas mulheres no Brasil” (Carneiro, 2003, p. 129). Serviria para enfatizar e para não omitirmos a centralidade da questão de raça nas hierarquias de gênero.

Em *Alma Negra, Jornalismo Preto e Livre*, encontramos uma reportagem intitulada “O racismo obstétrico na prática”, que revela efetivamente aquilo que vivenciamos no cotidiano de nossas atividades. Optamos por colocar neste trabalho extratos trazidos pela imprensa para salientar o que queremos dizer quando afirmamos que violência obstétrica é regra, e compreendê-la apenas como violência institucional, retirar dela todo o seu caráter racista e machista.

Suplicava por uma anestesia, mas não tinha nenhuma enfermeira no quarto. [...] Em momento algum me perguntaram qual era meu plano de parto. Eu queria o mais natural possível, mas não respeitaram e já injetaram oxitocina em mim. Não permitiram que meu acompanhante entrasse comigo, sendo que é um direito por lei. Ele também usou o fórceps sem consentimento e sem anestesia [...]

Em momento algum ele me informou que faria isso. Eu tinha dilatação total. Logo após a retirada do neném com o fórceps, ele colocou a mão dentro de mim violentamente para tirar a placenta. Ele também colocou vários panos dentro de mim sem avisar [...] Os pontos não foram feitos corretamente, eu terei que fazer outra cirurgia para reparar e retirar a inflamação, porque ele deixou pele sobrando. Está vazando líquido de fezes do meu intestino que, se atingir meu útero, pode contaminar e me deixar estéril [...]

Foi muito traumatizante. Tenho pesadelos até hoje com isso. Meu parto foi normal pela medicina, mas psicologicamente e fisicamente digo que foi anormal.

Eu estava com muita dor por causa da dilatação. O médico injetou em mim um remédio que não me lembro o nome, mas era algo para induzir meu parto. Só que eu não queria que ele fizesse isso [...] Quando eu disse que não iria aguentar de dor pois estava muito forte, tive que ouvir que por ser gorda e negra eu deveria aguentar qualquer coisa. A gente é alvo dessa ideia de que somos infalíveis e fortes, mas não somos sempre, nós também sofremos e sentimos dor, desabafa.

---

<sup>1</sup> Ressalta-se que, em nossa pesquisa de revisão sistemática, encontramos poucos artigos que tratavam especificamente sobre a temática da violência obstétrica em mulheres negras. Embora maioria deles apontassem a necessidade de se interseccionalizar categorias como gênero e raça, eles não avançavam na discussão. Pesquisa: (Re)visitando a violência obstétrica a partir da perspectiva dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. PIBIC/CNPq/UFF – 2019-2020.

<sup>2</sup> Mulheres pretas são aquelas que são as mais criminalizadas pelos abortos realizados. Mulheres pretas, historicamente, foram aquelas que mais foram esterilizadas “porque não entraram no sistema de saúde a oferta e diversidade de métodos contraceptivos reversíveis que lhes permitiriam não ter de fazer a opção radical de não poder ter mais filhos” (Carneiro, 2003, p. 124).

### **Aborto: um capítulo à parte?**

[...] mulheres negras apresentam um risco 3 vezes maior de morrer por aborto inseguro do que as mulheres brancas [...] os óbitos maternos, acontecendo em sua maioria, em mulheres de classes sociais mais baixas, com baixa escolaridade e baixos salários, incide de modo peculiar sobre mulheres negras (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 2012, pp. 14-18).

Quando falamos de maternidade e corpos de mulheres negras no SUS, não há como não falarmos de aborto e da assistência dispensada às mulheres em situação de abortamento. Como dissemos anteriormente, a violência obstétrica não se limita ao momento do parto, estendendo-se tanto ao momento que o antecede quanto aquele que o sucede – gestação e puerpério. Ela incorpora também o aborto.

Em um país conservador como o nosso, com leis bastante restritivas, falar dele é sempre complicado. Contudo, temos que lembrar a todo tempo que aborto é problema de saúde pública e deveria ser oferecido para todas, com segurança, qualidade e no SUS.

Não há como não denunciarmos que, ao excluí-lo das discussões sobre a violência obstétrica, reforçamos os laços que unem maternidade ao parto, ao nascimento de um(a) bebê; que aprendemos a pensar a maternidade por uma única via, sem incorporar a possibilidade de haver mulheres que não querem ser mães. Por isso, falar de maternidades, do ter ou não ter filhos, é falar de hierarquias reprodutivas, de categorias que, tal como raça, determinam a legitimidade e aceitação social dessas e, conseqüentemente, das condições de sua assistência.

Ao considerarmos os dados sobre aborto no Brasil, percebemos o seu lugar de destaque entre as principais causas de mortalidade materna. A OMS lembra-nos que morte materna é um indicador que permite identificar não só o lugar que a mulher ocupa na sociedade, mas também a adequação do sistema de saúde para dar respostas às suas necessidades (World Health Organization [WHO], 1996). Ou seja, falar de mortes maternas por abortos é falar das questões concernentes aos direitos humanos, sexual e reprodutivo das mulheres, das desigualdades sociais, econômica, étnica e de gênero (Santos & Silveira, 2017), mas também do quanto o Estado negligencia seu dever de proteger a vida e a saúde das mulheres, em especial das negras. Não é atoa que o Ministério da Saúde diz que 62,8% das mortes maternas são das negras.

No caso do estado do Rio de Janeiro, onde nos localizamos, o Relatório do Comitê de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal é muito claro: “embora a mortalidade materna afete mulheres de todas as camadas sociais e econômicas, a razão sobre a mortalidade das mulheres da cor preta sobre as de cor branca é mais do que 7 vezes [...]”.

As mulheres, em especial as negras, que conseguem acessar o sistema de saúde – não podemos deixar de lado as iniquidades em saúde – para fins de um aborto legal, ou mesmo de cuidados em saúde por conta das sequelas de um abortamento clandestino, de uma forma geral, sofrem violências que são expressões de racismos e machismos estruturais, de modo que podemos afirmar categoricamente que o aborto faz das mulheres negras suas vítimas privilegiadas. Quando não as mata, as encarcera. Quando não as encarcera, as pune. Quando as pune, é mesmo no SUS!!!

Os dados sobre a realidade do aborto evidenciam de alguma forma que a criminalização atinge intensamente os segmentos mais subalternos da sociedade, apesar da prática ser comum entre todas, ainda que de forma diferente de acordo com a classe e raça (Diniz & Medeiros, 2010, p. 962).

Depois de tanto perambular pelas chamadas Rotas Críticas (termo utilizado para mostrar os (des)caminhos fragmentados e tortuosos vividos pelas mulheres na busca de ajuda quando em situação de violência de gênero), algumas mulheres conseguem acessar as unidades de saúde. Porém, nem sempre sem passar pelos itinerários da clandestinidade. Mas, é fato que acessar serviços pode ainda significar muito pouco.

As vivências das mulheres negras quando necessitam de um aborto legal ou de um procedimento de curetagem, para retirada os restos de um aborto clandestino mal-sucedido, revelam que elas serão, nas unidades e pelos profissionais de saúde, as maiores vítimas de abusos e maus tratos. Como nos lembra Bispo e Souza (2007), nos serviços de saúde, as práticas médicas (práticas de poder) tornam-se corriqueiras e abusivas: assaltam os corpos, omitem cuidados, castigam, ameaçam, expressam uma série de preconceitos. As "agressões têm a justificativa de punir a mulher pelo que ela fez e evitar que ela faça de novo ou fazer com que ela tenha remorso pelo ato" (Bispo & Souza, 2007, p. 28).

Outra questão relevante a ser tocada, embora não alvo desta discussão, está na conduta dos profissionais que estão nos serviços para cuidar de mulheres e lançam mão do dispositivo objeção de consciência como meio de se distanciar daquilo que, segundo eles, vai contra sua (boa) moral, seus (bons) valores e (bons) costumes. Contudo, achamos relevante indagar se seria "apenas" isto. Afinal, ao objetar o que eles reafirmam e reforçam? Sabemos que, muitas vezes, ao nos abstermos, nos alinhamos ao hegemônico. Pensamos que, talvez, na objeção de consciência há algo que diga... deixa morrer!

### **Pela vida das mulheres negras!!!**

Tentamos evidenciar, através desta breve escrita, que partiu de nossas atividades formativas no SUS, que a violência obstétrica é um analisador das condições da (não) assistência prestada às mulheres, em especial, às negras. Ela escancara não só como as violências de gênero e raça interseccionadas operam nas e pelas instituições e serviços de saúde, machistas e racistas, mas também as hierarquias reprodutivas, historicamente construídas e cristalizadas, que impõem quem pode ser mãe, mas também modos de acessar serviços e assistir bastante diferenciados.

Entendemos que não devemos pensar apenas na maternidade por uma perspectiva individual e individualizante, mas, "numa perspectiva de autonomia imbricada às coletividades, às afiliações e às subjetividades presentes na vida da diversidade de mulheres existentes" (Noronha, 2016, p. 2). Desse modo, ao tomarmos a violência obstétrica, intentamos demonstrá-la não somente como uma ocorrência cotidiana, mas como uma violência que explicita a urgência de interseccionarmos sistemas múltiplos de subordinação – outros sistemas discriminatórios que "criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres [...]" (Crenshaw, 2002, p. 177).

Faz-se evidente que não há como discutir assistência à maternidade sem que as políticas públicas e as práticas assistenciais, inclusive as psicológicas, que as sustentam sejam atravessadas pelos princípios universais dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, sem que sejam analisadas à luz das categorias interseccionadas de gênero e raça. Sem que se desconstrua a ideia da "mulher brasileira europeia".

Os Direitos de cada mulher deveriam ser inquestionáveis. Direitos à vida, à liberdade e segurança pessoal, a níveis adequados de saúde, à proteção a sua maternidade e a sua não discriminação. Contudo, no SUS, encontramos muitos destes direitos violados e, em alguma medida, ao não os denunciar, compactuamos para que siga o

*status quo*. Isso, de forma alguma, quer dizer que o SUS não funciona, ou que não deva existir. Pelo contrário, é reforçar a ideia de que temos que tê-lo, defendê-lo e lutar para que seja melhor! Para que seja efetivamente universal, integral e equânime. E, para isso, insistimos em sustentar a exigência de uma política da diferença. Para nós, “não existe posição nem vivência comum a todas as mulheres” (Kollontai, 1977 como citado em Biroli, 2018, p. 100).

A análise da posição concreta dos indivíduos nas relações de poder, consideradas as formas que essa posição assume na vivência cotidiana, é necessária para se avaliarem os direitos constituídos e disputas de direitos. Historicamente, a posição relativa da mulher expõe a baixa efetividade de direitos que foram universalizados nas sociedades ocidentais (Biroli, 2018, p. 10).

É visando a melhoria da assistência às mulheres que entendemos a necessidade de se dar destaque ao conceito de Justiça Reprodutiva, advindo das experiências das mulheres negras americanas – tão caro e tão distante. Ele coloca em xeque as situações que são cotidianamente vividas pelas mulheres negras no âmbito do SUS e potencializa as reflexões que se fazem necessárias em um país como o nosso, onde não só as violências de gênero são institucionalizadas pela ciência, dissimulada sob o nome de cuidados à saúde da mulher, mas também, e mais especificamente, o racismo estrutural se faz presente.

Tratar a violência obstétrica como violência de raça e gênero, expressões de racismo e machismo estrutural, torna-se relevante e urgente por externalizar o histórico processo de violação de direitos no qual as mulheres negras estão/são submetidas, inclusive, no nosso sistema de saúde. Afinal, desigualdades, em especial de raça, nos impõem a considerar as diferentes mulheres e as suas diferentes formas de acesso às políticas e aos sistemas de garantias de direitos.

Por fim, é visível a necessidade de um atendimento baseado no cuidado sob a perspectiva interseccional, de uma maneira que não negligenciemos o papel das políticas públicas e da responsabilidade institucional no cumprimento dos Direitos Sexuais, Reprodutivos e Humanos. A urgência de mais pesquisas na área de Justiça Reprodutiva denuncia e reforça a negligência, o racismo e a misoginia na qual as mulheres negras estão expostas no SUS.

Lutamos pela defesa do SUS e pela assistência de qualidade para as mulheres. Isso quer dizer que defendemos que ele incorpore, a cada dia mais, as desigualdades em que vivemos como eixos centrais de suas políticas.

## **Referências**

- Almeida, N. A. (2017). *Letramento racial: Um desafio para todos nós*. São Paulo, SP: Fundação Tide Setúbal. Recuperado de <https://fundacaotidesetubal.org.br/noticias/noticia/3813/letramento-racial-um-desafio-para-todos-nos-por-neide-a-de-almeida>
- Barbieri, C. L., & Couto, M. T. (2012). As amas de leite e a regulamentação biomédica do aleitamento cruzado: Contribuições da socioantropologia e da história. *Cadernos de História da Ciência*, 8(1), 61-76.
- Barbosa, R. H. S. (2006). Humanização da assistência à saúde da mulher: Uma abordagem crítica de gênero. In S. F. Deslandes (Org.), *Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas* (pp. 323-350). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

- Beauvoir, S. (2016). *O segundo sexo*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Biroli, F. (2018). *Gênero e desigualdades: Limites da democracia no Brasil*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Bispo, C. D. B., & Souza, V. L. C. (2007). Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(1), 19-30. <https://doi.org/10.18471/rbe.v21i1.3909>
- Borges, P. (2018). *Segundo Ministério da Saúde, 62,8% das mulheres mortas durante o parto são negras*. São Paulo, SP: Alma Preta. Recuperado de <https://www.almapreta.com/editorias/realidade>
- Bueno, C. W. (2019). *Processos de resistência e construção de subjetividades no pensamento feminista negro: Uma possibilidade de leitura da obra black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment (2009) a partir do conceito de imagens de controle*. Dissertação de mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil. Recuperado de <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/8966>
- Carneiro, S. (2003). Mulheres em movimento. *Estudos Avançados*, 17(49), 117-133. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000300008>
- Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher - Cladem. (2012). *Relatório alternativo ao relatório brasileiro 2006-2009*. San José: Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher. Recuperado de [https://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/CLADEM\\_forthe\\_session\\_pr.pdf](https://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/CLADEM_forthe_session_pr.pdf)
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2017). *Relações raciais: Referências técnicas para atuação de psicólogas/os*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/09/relacoes\\_raciais\\_baixa.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/09/relacoes_raciais_baixa.pdf)
- Crenshaw, K. W. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, 10(1), 171-188. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>.
- Davis, A. (2016). *Mulheres raça e classe* (H. R. Candiani, Trad.). São Paulo, SP: Boitempo. (Originalmente publicado em 1981).
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
- Diniz, D., & Medeiros, M. (2010). Aborto no Brasil: Uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 959-966. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700002>
- Guimarães, A. S. A. (1999). Combatendo o racismo: Brasil, África do Sul e Estados Unidos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14(39), 103-115. <https://doi.org/10.1590/S0102-69091999000100006>
- Mattar, L. D., & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 107-19. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>

- Menezes, F. R., Reis, G. M., Sales, A. S., Jardim, D. M. B., & Lopes, T. C. (2020). O olhar de residentes em enfermagem obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 24, 1-14. <https://doi.org/10.1590/interface.180664>
- Miranda, J. (2017). Branquitude invisível: Pessoas brancas e a não percepção dos privilégios: verdade ou hipocrisia? In T. M. P. Muller, & L. Cardoso (Orgs.), *Branquitude: Estudos sobre a identidade branca no Brasil* (pp. 57-70). Curitiba, PR: Appris.
- Noronha, R. (2016). *Por que a justiça reprodutiva é relevante para a luta pelo fim da violência contra as mulheres*. Florianópolis, SC: Catarinas. Recuperado de <https://catarinas.info/justica-reprodutiva-e-relevante-para-a-luta-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres/>
- Palharini, L. A. (2017). Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*, (49), 1-37. <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>.
- Piedade, V. (2017). *Dororidade*. São Paulo, SP: Nós.
- Pinheiro, C. W., Araújo A. S., Vasconcelos, A. P. N., Freitas, D. J. N., Alencar, H. C. N., & Rolim, K. M. C. (2015). O cuidado das amas-de-leite e o protagonismo do negro na história da enfermagem: uma luta por equidade. *História da Enfermagem Revista Eletrônica*, 6(1), 124-134.
- Santos, C. S., & Silveira, L. M. C. (2017). Percepções de mulheres que vivenciaram o aborto sobre autonomia do corpo feminino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 304-317. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000582016>
- Santos, R. S. (2019). A branquitude de white face and blonde hair. *Sankofa*, 12(23), 141-158. <https://doi.org/10.11606/issn.1983-6023.sank.2019.169159>
- Schwarcz, L. M. (1993). *O espetáculo das raças: Cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. A., & Diniz, S. G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: O que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
- World Health Organization – WHO. (1996). *Revised 1990 estimates of maternal mortality: A new approach by WHO and UNICEF*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63597/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.11.pdf?jsessionid=DE9663E36E5BD131A8DD5B8984557D04?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63597/WHO_FRH_MSM_96.11.pdf?jsessionid=DE9663E36E5BD131A8DD5B8984557D04?sequence=1)

Submetido em: 21/09/2020

Revisto em: 31/10/2020

Aceito em: 31/10/2020

#### **Endereços para correspondência:**

Paula Land Curi  
paulalandcuri@id.uff.br

Mariana Thomaz de Aquino Ribeiro  
mtaquinoribeiro@id.uff.br

Camilla Bonelli Marra  
camilla\_marra@id.uff.br

I. Docente. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói. Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

II. Discente. Curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói. Estado do Rio de Janeiro. Brasil.

III. Discente. Curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói. Estado do Rio de Janeiro. Brasil.