

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

RACISMO E SEXISMO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DO DF: PRÉ-NATAL,
PARTO E PÓS-PARTO DE MULHERES NEGRAS

Autora: Kauara Rodrigues Dias Ferreira

Brasília, 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

RACISMO E SEXISMO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DO DF: PRÉ-NATAL,
PARTO E PÓS-PARTO DE MULHERES NEGRAS

Autora: Kauara Rodrigues Dias Ferreira

Dissertação apresentada ao Departamento
de Sociologia da Universidade de
Brasília/UnB como parte dos requisitos
para a obtenção do título de Mestre.

Brasília, 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

RACISMO E SEXISMO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DO DF: PRÉ-NATAL,
PARTO E PÓS-PARTO DE MULHERES NEGRAS

Autora: Kauara Rodrigues Dias Ferreira

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Mara Campos de Almeida (UnB)

Banca

Profa. Dra. Marília Marques Silva (MEC)

Profa. Dra. Lourdes Bandeira (UnB)

Prof. Dr. Joaze Bernardino-Costa (UnB)

Suplente: Prof. Dr. Fabrício Monteiro Neves (UnB)

Dedico este trabalho à minha avó Ivone Rodrigues Dias (*in memoriam*), que mostrou com seu exemplo de coragem, força, energia e perseverança, a importância de viver o tempo presente com alegria e gratidão. Saudades, sempre.

AGRADECIMENTOS

À Professora Tânia Mara, minha orientadora, um agradecimento especial pelo incentivo, paciência, leituras atentas, indicações e trocas valiosas.

Às Professoras Mireya Suarez, Lourdes Bandeira e ao Professor Joaze Bernardino, pelas importantes contribuições na banca de qualificação.

À minha mãe, em especial, por seu exemplo de força, energia e senso prático para seguir em frente, sempre. Por entender minhas ausências e “sumiços” nos últimos meses. Às minhas irmãs, Karla e Rayza, por compartilharem comigo a (re)construção de laços familiares. Ao meu pai, por incentivar os estudos. Ao Floquinho, meu pequeno e fiel companheiro.

Às amigas Ana Claudia, Bruna, Patrícia e Sarah, e ao amigo André, que representam fontes de afeto, inspiração e disciplina.

À Ana Luisa, Carmen, Elisa, Henrique, Juliana e Raquel, “marmotas” para sempre! Considero vocês “amigas/os-irmãs/os” e um presente na minha vida.

À Ana Regina, pela amizade de décadas, compartilhando alegrias, tristezas, transformações e crescimentos. À Mirna Maria, minha querida amiga esotérica.

À Kelvia, pela leitura, contribuições e incentivo. À Gabi, Rafa, Raquel e Rodrigo, por trazerem mais diversão, apoio e leveza à pesada rotina durante essa caminhada.

À Carol e Paulinha, amigas desde o ensino fundamental, companheiras de banda de rock e outras “presepadadas” mil. Mesmo passando longos tempos fisicamente distantes, nossos encontros são sempre uma festa.

À Raquel, que além de colega de mestrado, tornou-se uma amiga, compartilhando as angústias dessa jornada e o esforço diário de superação. À Natália, Jean e Pedro, colegas queridos/as de mestrado, estudos no ICS e importantes trocas.

Ao Mário Bispo, colega da pós-graduação, pela inestimável ajuda e interesse na pesquisa.
Ao Lauro e Rafael, colegas e companheiros de estudos no ICS, pelos almoços e trocas de ideias.

Às funcionárias e funcionários do Instituto de Ciências Sociais: Paula, Patrícia e Leonardo, sempre atenciosas/os, cuidadosas/os e prestativas/os.

Às/aos companheiras/os e amigas/os do CFEMEA, um agradecimento especial. Foram anos de muitos aprendizados, experiências e desafios compartilhados.

À sabedoria sagrada de todas as religiões e espiritualidades, que me mostra a cada dia que a racionalidade, sozinha, não é capaz de nos salvar.

Agradeço especialmente a todas as mulheres que entrevistei, por compartilharem comigo suas histórias e seu tempo. Minha gratidão!

Eu-Mulher
Uma gota de leite
me escorre entre os seios.
Uma mancha de sangue
me enfeita entre as pernas.
Meia palavra mordida
me foge da boca.
Vagos desejos insinuam esperanças.
Eu-mulher em rios vermelhos
inauguro a vida.
Em baixa voz
violento os tímpanos do mundo.
Antevejo.
Antecipo.
Antes-vivo
Antes – agora – o que há de vir.
Eu fêmea-matriz.
Eu força-motriz.
Eu-mulher
abrigo da semente
moto-contínuo
do mundo.
(Conceição Evaristo, 2008)

RESUMO

A presente dissertação traz como tema as experiências de mulheres negras no pré-natal, parto e pós-parto/puerpério na relação com serviços e profissionais de saúde do Distrito Federal/DF. O objetivo central foi investigar e analisar como a cor/raça, em sua articulação com o gênero, participa das interações das mulheres negras com instituições e profissionais de saúde durante o pré-natal, parto e pós-parto/puerpério, gerando discriminações e violências sobre elas. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com quinze mulheres, que fizeram pré-natal e pariram no DF. A partir, então, da articulação e diálogo entre diferentes pesquisas teóricas e empíricas, dados oficiais do governo brasileiro e os relatos das entrevistadas, foi possível ampliar o entendimento sobre como as mulheres negras vivenciam e elaboram suas experiências acerca desses três importantes momentos relacionados à saúde reprodutiva, bem como obter elementos sobre o racismo e o sexismo institucional. Constatou-se que os tratamentos recebidos, somados aos entraves à garantia de seus direitos, se manifestam em uma dinâmica relacional que envolve discriminação racial interconectada com a reprodução das desigualdades de gênero, associadas a diferentes marcadores sociais, que reforçam ou amenizam os efeitos do racismo e do sexismo. Foram também encontradas aproximações com representações sociais racistas e sexistas acerca dos corpos e papéis sociais das mulheres negras por meio de sua interação com serviços e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Pré-natal. Parto. Pós-parto. Mulheres negras. Racismo. Sexismo institucional.

ABSTRACT

This dissertation addresses the topic of black women's experiences of dealing with health services of Distrito Federal/DF during prenatal, delivery and postpartum/puerperium. The main purpose was to investigate and analyse how race, in articulation with gender, interferes in the interactions between black women and health institutions and professionals during prenatal, delivery and postpartum/puerperium. The research was conducted through semi-structured interviews with fifteen women who received prenatal care and gave birth in DF. The reports of the interviewees - articulated with findings of theoretical and empirical researches and official data from the Brazilian government - provided important elements to increase understanding on how black women experience and formulate their experiences about these three important moments of their reproductive lives. It was possible to verify that the treatments received, as well as obstacles to ensuring black women's rights are showed in relational dynamics involving racial discrimination interconnected with the reproduction of gender inequalities associated with different social markers that reinforce or alleviate the effects of racism and sexism. In addition, the research found approximations with racist and sexist social representations about the bodies and social roles of black women in their interaction with health services and professionals.

Keywords: Prenatal. Puerperium. Delivery and postpartum. Black women. Racism. Institutional sexism.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- CEDAW** - Comitê para a Eliminação de Discriminação contra a Mulher
- CEP/IH/UnB** - Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília
- CODEPLAN** - Companhia de Planejamento do Distrito Federal
- DF** - Distrito Federal
- DFID** - Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza
- Fiocruz** - Fundação Oswaldo Cruz
- HUB** – Hospital Universitário de Brasília
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IRAMUTEQ** - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*
- MS** - Ministério da Saúde
- NOAS** - Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde
- ODM** - Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- ONU** - Organização das Nações Unidas Análise Fatorial de Correspondência (A.F.A)
- OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde
- PAISM** - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PCRI** - Programa de Combate ao Racismo Institucional
- PNA** - Pesquisa Nacional de Aborto
- PNA** - Pesquisa Nacional de Aborto
- PNAISM** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PNSIPN** - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
- PAISM** - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- SDH** - Secretaria de Direitos Humanos
- SEPPPIR** - Secretaria de Promoção de Políticas da Igualdade Racial
- SESC** - Serviço Social do Comércio
- SIM** - Sistema de Informações Sobre Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	24
CAPÍTULO 1. GESTANDO TEORICAMENTE: SAÚDE, GÊNERO E RAÇA.....	37
1.1 Gênero, saúde reprodutiva e violência obstétrica.....	37
1.2 Violência institucional e obstétrica	39
1.3 Atenção à saúde das mulheres: principais políticas públicas.....	41
1.4 Pensamento médico, raça e saúde; racismo institucional.	45
1.4.1 Raça, medicina e saúde	45
1.4.2 Saúde reprodutiva, raça e instituições.....	47
1.4.3 Relações raciais no Brasil	50
1.4.4 O conceito de racismo institucional: um pouco de história	53
1.5 Feminismo negro e “interseccionalidade”	58
CAPÍTULO 2 “LEVANDO COM A BARRIGA”: GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL.....	64
2.1 Principais dados encontrados no software IRAMUTEQ.....	65
2.2 O pré-natal no Brasil.....	66
2.3 A descoberta da gravidez e o planejamento reprodutivo	66
2.4 Renata: estratégias de resistência na negociação com profissionais e o sistema de saúde	67
2.5 Joice: A representação do corpo da mãe preta.....	69
2.6 Beatriz: Gestação gemelar e preconceito.....	72
2.7 Pamela: A “saga” do pré-natal.....	77
2.8 Nádia: “Quando você tá grávida, parece que você é muito mais acolhida por todo mundo” ..	80
2.9 Clarice: Longas esperas por consultas rápidas.....	83
2.10 Classificação racial de médicos/as e profissionais de saúde: hierarquias raciais na saúde	85
2.11 Percepção em relação às informações fornecidas por profissionais e serviços de saúde: qualidade do atendimento no pré-natal.....	87

CAPÍTULO 3 O MOMENTO DO PARTO E O PÓS-PARTO: CONTRAÇÕES, DORES, DÚVIDAS E SURPRESAS	91
3.1 Principais dados encontrados no software IRAMUTEQ.....	92
3.2 O parto no Brasil	93
3.3 Joice: “A maior contribuição da médica foi não interferir tanto no parto”	95
3.3.1 Joice: “A maior contribuição da médica foi não interferir tanto no parto”	101
3.4 Renata: “Doutor, você sabe mais que eu que um filho não nasce dessa forma, né?”	103
3.4.1. Pós-parto: “Isso era o lembrete de que realmente aconteceu aquela violência comigo”	107
3.5 Beatriz: “Quase que eu fui pra terra dos pés junto”	109
3.5.1 Pós-parto: “Eu achei que ela foi um pouco racista com ele”	111
3.6 Laura: “Mil vezes ter filho em casa”	111
3.6.1 Pós-parto: “Eu quis me levantar para tomar banho por ouvir que tinha um médico que mandava abrir todas as janelas pra sair o cheiro de mulher parida” ...	115
3.7 Pamela: “A gente tem pouco contato com mulheres negras nesse contexto do parto humanizado, entendeu?”	116
3.8 Nádia: “Não, mãezinha, isso é coisa da sua cabeça”	119
3.9 Presença do/a acompanhante: um direito desrespeitado	122
3.10 Episiotomia: uma intervenção desnecessária, frequente e dolorosa.....	124
3.11 Pós-parto/puerpério	125
3.12 E se a gravidez fosse hoje?	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132
REFERÊNCIAS	141
ANEXO I – Roteiro de Entrevista.....	152
ANEXO II – Caracterização das Entrevistadas	154
ANEXO III – Representações gráficas das classes de palavras	155

INTRODUÇÃO

Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. *É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto.* É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada. (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004, grifo nosso).

No dia 11 de novembro de 2002, Alyne da Silva Pimentel Teixeira – mulher negra, 28 anos, moradora da Baixada Fluminense (Rio de Janeiro), casada, mãe de uma menina de 5 anos e grávida de seis meses – foi até a Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, onde fazia pré-natal, em Belford Roxo/RJ, com fortes náuseas e dores abdominais. Era o início de uma verdadeira peregrinação.

Na ocasião, apesar dos sintomas indicarem uma gravidez de alto risco, Alyne não foi examinada e recebeu apenas orientações para tomar vitamina B, um remédio para náusea e usar um gel para dor vaginal. Como as dores não cessaram, Alyne retornou à instituição de saúde, quando foi maltratada pela médica que a havia atendido anteriormente. Ao insistir nas queixas, foi encaminhada para outro médico, marido daquela que a destratou, que resolveu admitir Alyne. No entanto, não tomou nenhuma medida imediata, não tendo inclusive detectado os batimentos cardíacos do feto. Ela ficou sem atendimento por quase seis horas, quando os/as médicos/as resolveram induzir o parto, ocasião em que deu à luz a um feto natimorto.

Na sequência, Alyne deveria ter sido operada imediatamente para remover a placenta, prevenir hemorragia e infecção pós-parto, conforme indicado pelos padrões médicos estabelecidos. No entanto, só foi operada no dia seguinte, quase 14 horas após o parto. Logo após a cirurgia, passou a apresentar grave hemorragia e a vomitar sangue, sem que os/as médicos/as realizassem os exames para diagnosticá-la corretamente.

A mãe de Alyne, Maria de Lourdes Pimentel, ligava no centro de saúde para saber do estado da filha, e a equipe médica assegurava que ela estava bem, mesmo se encontrando em um quadro grave. No dia 15 de novembro, seu estado de saúde continuava se agravando sem que a hemorragia cessasse, quando os/as médicos/as informaram à mãe de Alyne que sua filha necessitava de uma transfusão de sangue e seria transferida para o

Hospital de Nova Iguaçu. A ambulância demorou mais de 14 horas. Alyne chegou ao hospital com sinais de coma e sem os registros médicos, que tiveram de ser providenciados por sua mãe. Quando a visitou no dia 16 de novembro, a mãe a encontrou no corredor, sem atendimento médico, com sangue em sua boca e em suas roupas. Naquela mesma noite, Alyne faleceu, cinco dias após ter procurado a unidade de saúde.

O caso de Alyne, considerado emblemático por reunir uma série de problemas enfrentados por mulheres de todo o Brasil em instituições de saúde, foi denunciado ao Comitê para a Eliminação de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da Organização das Nações Unidas (ONU). Em agosto de 2011 o Brasil foi condenado e, como sanção, determinou-se reparação financeira à família de Alyne e a implantação de uma série de recomendações. Trata-se da primeira morte materna¹ evitável reconhecida como resultado de várias violações de direitos humanos. Assim, julgado pelo Comitê CEDAW, concluiu-se que o Estado brasileiro falhou em proteger os direitos humanos de Alyne: o direito à vida, o direito à saúde e o direito à igualdade e não discriminação no acesso à saúde. Em março de 2014, doze anos após o falecimento de Alyne, sua mãe recebeu a indenização do governo brasileiro.

A reparação financeira é simbólica e não é capaz de alcançar todas as consequências da morte de Alyne para sua família, que ficou em condições ainda mais precárias, aumentando sua vulnerabilidade social. Sua mãe, que já tinha outros/as dois/duas filhos/as, acabou assumindo sozinha a responsabilidade pelos cuidados da neta, que tinha cinco anos quando Alyne faleceu. O pai da menina desapareceu e não se responsabilizou pelos cuidados da filha, evidenciado como em uma estrutura machista o papel do cuidado ainda é relegado às mulheres. Dessa forma, alguns grupos de pessoas são especialmente impactados pela morte violenta e estúpida de alguém da sua família ou rede comunitária, pois terão ainda mais restrições ao exercício de direitos e a uma vida plena.

É gritante no caso de Alyne o fato de que sua morte poderia ter sido evitada – assim como a maioria das mortes maternas no país – caso ela tivesse tido acesso a um

¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela.

atendimento básico de obstetrícia de qualidade, que é responsabilidade do Estado Brasileiro, conforme definido pela Constituição Federal de 1988².

Em novembro de 2015, fará 13 anos que Alyne morreu no sexto mês de gestação. Morreu em virtude da falta de acesso ao pré-natal e à assistência obstétrica de qualidade. Morreu após sofrer com os maus-tratos, a negligência médica e a desumanização. Morreu em decorrência do racismo institucional³.

O contato com a trágica morte de Alyne⁴ se deu a partir de minha trajetória profissional, marcada pela atuação durante alguns anos (entre 2007 e 2012), em uma Organização Não Governamental feminista⁵ como assessora técnica e parlamentar, nos temas de saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos, com enfoque na temática do aborto. Tal experiência trouxe-me inquietações e reflexões em relação aos limites e desafios enfrentados pelas mulheres brasileiras para o exercício pleno dos chamados direitos reprodutivos. Particularmente, chamavam-me atenção os dados relativos à mortalidade materna no país, situando-o em posições muito desfavoráveis no cenário internacional. Os dados apontavam também que o acesso ao pré-natal vinha crescendo no país, no entanto, a mortalidade materna não caía em proporção equivalente, especialmente entre as mulheres negras.

A questão da qualidade do atendimento durante o pré-natal, parto e pós-parto/puerpério emerge então como elemento central nas altas taxas de mortalidade materna no país. Daí partiu meu interesse de pesquisa, bem como algumas perguntas incipientes, que acabaram norteando o projeto desta dissertação: as experiências e vivências das mulheres durante o pré-natal, parto e pós-parto são semelhantes ou distintas? O que as diferencia? Como a cor/raça das mulheres participa das interações com

2 O direito à saúde é definido no Artigo 196 da Constituição Federal Brasileira como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

3 O racismo institucional pode ser entendido como “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações”. (CRI, 2006, p. 22). Esse conceito será aprofundado ao longo do Capítulo 1.

4 Para mais informações sobre o “Caso Alyne”, ver: http://www.unaids.org.br/biblioteca/relatorio_finalizado0001.pdf.

5 Trata-se do Centro Feminista de Estudos e Assessoria – CFEMEA. Para mais informações, ver: www.cfemea.org.br. Acesso em: 07 jul. 2015.

profissionais e instituições de saúde? Como as mulheres negras vivenciam e elaboram suas experiências?

Contextualizando o problema de pesquisa: direitos reprodutivos, saúde reprodutiva, mortalidade materna e desigualdades raciais na saúde

Cabe salientar aqui que os conceitos de direitos reprodutivos e de saúde reprodutiva, apesar de relacionados, são distintos. Assim, os direitos reprodutivos podem ser entendidos como

o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (VENTURA, 2009, p. 21).

A concepção atual dos direitos reprodutivos não se limita à mera proteção da reprodução, “mas envolve a realização conjunta dos direitos individuais e sociais referidos, por meio de leis e políticas públicas que estabeleçam a equidade nas relações pessoais e sociais neste âmbito” (VENTURA, 2009, p. 20). Tal concepção parte de uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações pessoais e sociais e uma ampliação das obrigações do Estado na promoção, efetivação e implementação desses direitos.

Já o conceito de saúde reprodutiva internacionalmente adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) se refere a:

[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes o deve fazer. [...] (CIPD, 1994, apud VENTURA, 2009, p. 76).

Dessa forma, a definição de direitos reprodutivos é mais ampla que a de saúde reprodutiva, e diz respeito a direitos humanos fundamentais, envolvendo uma amplitude maior que as questões de saúde. Ademais, a construção prática dos direitos reprodutivos configura uma conquista dos movimentos feministas e de mulheres, possuindo uma forte dimensão política e afirmando a autonomia e a liberdade na esfera da reprodução, sobretudo para as mulheres (VENTURA, 2009).

A morte materna é um importante indicador das condições de saúde de uma população e do compromisso que a sociedade e o Estado têm com a garantia dos direitos

das mulheres. No Brasil, a morte materna é uma das dez principais causas de óbito entre mulheres de 10 a 49 anos. Em 2010, foram registradas 68 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos. Para a OMS o máximo deveria ser de 20 casos de morte materna a cada 100 mil nascimentos. Nesse sentido, melhorar a saúde materna é o objeto do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo que a meta estabelecida para seu cumprimento se refere à redução da mortalidade materna para 35 óbitos por 100 mil nascidas/os vivas/os até o ano de 2015 (BRASIL, 2015). Considerando que a queda tem sido lenta nos últimos anos, dificilmente o país cumprirá tal meta.

Segundo dados de 2012, as desigualdades relativas à mortalidade materna no Brasil se expressam regionalmente: “as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentavam percentuais por causas diretas acima da média nacional, 72,1%, 70,3% e 67,2%, respectivamente” (BRASIL, 2015, p. 30). Além disso, outra desigualdade considerável refere-se à cor/raça das gestantes ou parturientes que foram à óbito:

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

Militantes e pesquisadoras/es da temática têm apontado em estudos e entrevistas que a alta taxa de mortalidade materna no Brasil se deve principalmente à má qualidade do atendimento e à falta de organização das redes de serviços; não à falta de acesso aos serviços. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), cerca de 90% dos casos de mortalidade materna no país são evitáveis, mostrando a necessidade de se consolidar avanços na organização e qualidade dos serviços de atenção à saúde das mulheres no Brasil. Nesse sentido, apontam Leal et al. (2014),

Embora o Brasil tenha atingido uma elevada cobertura na assistência pré-natal e a taxa de parto hospitalar tenha sido maior que 98% em 2010, ainda persistem elevadas a razão da mortalidade materna (68,2/100 mil nascidos vivos) e a de mortalidade perinatal, sugerindo problemas na qualidade da atenção materna e perinatal. (LEAL et al., 2014, p. 18).

Diferentes dados e denúncias dos movimentos de mulheres negras apontam também a presença da violência institucional no sistema de saúde (tanto público quanto privado) durante o pré-natal e parto das mulheres negras, revelando baixa qualidade e precariedade nos atendimentos e acompanhamentos de pré-natal, parto, pós-parto, planejamento reprodutivo, aborto inseguro etc. (GARCIA, 2014). No entanto, a interpretação desses

dados esbarra na ausência de descrições e análises dos mecanismos cotidianos de produção das desigualdades raciais e das representações sociais que norteiam as interações cotidianas no Brasil. Isso faz com que a vivência do racismo pelas mulheres negras ainda esteja por ser problematizada e conhecida em maior profundidade.

Embora a literatura e os discursos militantes e governamentais indiquem a necessidade de se dar atenção ao cruzamento entre os recortes de gênero com os de raça, deparei-me com a escassez de estudos empíricos sobre as dinâmicas sociais racistas e sexistas a que as mulheres negras estão sujeitas. Isso configura um entrave para o aperfeiçoamento do arsenal teórico-conceitual e do enfrentamento de práticas que perpetuam as desigualdades.

José Alcides Figueiredo Santos, em estudos e pesquisas quantitativas e de estratificação social, aponta a importância da variável raça na saúde, que gera efeitos independentes das diferenças socioeconômicas entre os grupos raciais. Segundo ele, negros/as apresentam piores resultados em saúde mesmo quando comparados a brancos/as com níveis estatisticamente equivalentes de posição socioeconômica (SANTOS, 2011). Além disso, enfatiza a importância das interseccionalidades para compreender as desigualdades raciais em saúde, indicando que as análises devem contemplar as consequências que advêm da combinação aditiva e interativa de raça com outras categorias de status social.

Neste sentido, gênero emerge como uma categoria central para análises de dinâmicas sociais. Conforme Lourdes Bandeira (1999, p. 183), o conceito de gênero, ao tratar de “pontualizar não apenas a diferença, mas as diferenciações dos e entre os sexos e, ainda, o constituinte da identidade dos sujeitos”, é fundamental para conhecer a dinâmica das relações de poder existentes entre os sexos. Assim, “exige ou impõe uma forma plural de pensar, acentuando que as representações sobre a ordem biológico-anatômica podem ser múltiplas” (BANDEIRA, 1999, p. 182).

O horizonte de questões trazido por aspectos relacionados à saúde reprodutiva das mulheres é particularmente propício a esta observação. Em primeiro lugar, a literatura médica ressalta que a maior parte das mortes maternas - diretamente relacionada à violação dos direitos reprodutivos das mulheres - é considerada evitável a partir de intervenções pré-natais e peripartais oportunas e adequadas (VOLOCHKO, 2010). Além disso, o acompanhamento adequado da gestação requer o contato mensal das gestantes com as

instituições de saúde, conformando períodos de interação repetida que favorecem a reflexão das mulheres sobre as práticas e discursos que marcam a garantia ou o desrespeito a seus direitos.

O governo federal tem se dedicado a fornecer alguns dados sobre desigualdades raciais, reconhecendo em pronunciamentos oficiais que, no campo da saúde, a variável interseccionada “raça/cor” define desde as condições gerais de vida de uma determinada população – a partir das quais se pode estimar o grau de vulnerabilidade e o tipo de risco à saúde que este grupo está exposto – até a qualidade do tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este posicionamento motivou, a partir da forte atuação de pesquisadores/as e militantes negros/as, a criação e publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria nº 992/2009), que tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no SUS, bem como promover a equidade em saúde deste segmento populacional (BRASIL, 2010).

No mesmo sentido, uma série de pesquisas realizadas no Brasil mostra que as desigualdades social e racial típicas do país desde a época colonial marcam também a prática do aborto. Segundo Diniz e Medeiros (2012, p. 1674), “[...] as características mais comuns das mulheres que fazem o primeiro aborto é a idade até 19 anos, a cor negra e com filhos”. Segundo a autora e o autor, a diferenciação sociorracial é percebida até no acompanhamento durante o procedimento médico, de forma que as mulheres negras relatam menos a presença dos companheiros que as mulheres brancas. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), “[...] o aborto é comum entre mulheres de todas as classes sociais, cuja prevalência aumenta com a idade, com o fato de ser da zona urbana, ter mais de um filho e não ser da raça branca” (DINIZ; MEDEIROS, 2012, p. 1675).

Outro motivo que torna o campo da saúde reprodutiva especialmente propício a este tipo de estudo diz respeito à necessidade de produzir explicações sobre as desigualdades que acometem as mulheres negras que se contraponham a noções biológicas de gênero e raça. Com isso, é possível apontar horizontes analíticos sobre as desigualdades que contextualizem as dinâmicas macro e microssociais a que os corpos das mulheres negras são submetidos, em substituição a perspectivas essencializantes que atribuam a eles características naturais e estáticas. Trata-se, portanto, de identificar o processo pelo qual a diferença é transformada em desigualdade (SUÁREZ, 1992).

Partindo de dados e denúncias que revelam os piores índices em saúde reprodutiva das mulheres negras no país, a presente dissertação propôs identificar, levando em consideração o ponto de vista das próprias mulheres negras, como tais violências de raça e de gênero ocorrem e são operacionalizadas nas interações com profissionais e instituições de saúde durante o pré-natal, parto e pós-parto/puerpério. Embora a pesquisa tenha se restringido ao Distrito Federal (DF), as reflexões trazidas podem ser expandidas para o país, especialmente ao se estabelecer correspondência entre elas e a literatura geral sobre o tema.

Importante ressaltar que a utilização das variáveis raça/cor e gênero para a análise das desigualdades e iniquidades verificadas na saúde de pessoas e grupos não afasta outras variáveis também importantes na produção de diferenciais e injustiças nesse campo, tais como os fatores socioeconômicos, escolaridade, idade etc. Tais fatores atuam de forma concomitante entre si e determinam a ampliação ou redução dos diferenciais e seus impactos. Por exemplo, na vigência do racismo, outras formas de inferiorização social a ele se associam, aprofundando e intensificando sua ação e seus efeitos. Assim, surge a necessidade de considerar as múltiplas dimensões que interagem (interseccionalidades), dando ênfase, dentre elas, à articulação entre gênero e raça.

Justificativa e objeto de estudo

Há, no Brasil, considerável produção de estudos quantitativos e qualitativos sobre desigualdades de gênero, bem como acerca de desigualdades de raça com diferentes enfoques teórico-analíticos. No entanto, de acordo com Paixão e Gomes (2012, p. 297), “[...] embora os estudos sobre gênero tenham ampliado horizontes e eixos teórico-metodológicos, ainda pouco sabemos a respeito das conexões históricas entre raça e gênero”.

No que se refere ao estudo das relações raciais no país, é notório que se trata de um campo constituído por uma produção profícua e complexa, que mobiliza pesquisadores/as brasileiros/as e estrangeiros/as desde o início do século XX. Contudo, apesar destes estudos terem motivado a produção de um conjunto considerável de dados empíricos sobre desigualdades e discriminação racial, o conhecimento das vivências produzidas em seu bojo (por estas desigualdades) e a descrição das dinâmicas que as produzem e reproduzem

é ainda uma lacuna a ser suprida, especialmente aquelas inscritas nos e a partir dos corpos das mulheres negras⁶.

Nesse sentido, Guimarães (2004) aponta para o fato de que o campo ainda não dispõe de um corpo teórico capaz de, ao mesmo tempo, compreender as especificidades das relações raciais brasileiras; explicar como as desigualdades raciais são reproduzidas; e fornecer uma definição mais precisa do racismo.

Lívio Sansone (2004) ressalta a influência da raça, origem étnica e classe social na vivência de questões relacionadas à saúde reprodutiva. No entanto, ressalta também que “[...] a forma pela qual esta conexão funciona no dia-a-dia ainda continua bastante inexplorada” (p. 57). Diante disso, há uma lacuna nos estudos sistemáticos com enfoque sobre a dinâmica das relações raciais no acesso das mulheres negras aos seus direitos reprodutivos nos serviços de saúde.

Desde a década de 1930, a temática das relações raciais vem sendo uma das mais exploradas pelas Ciências Sociais brasileiras (GUIMARÃES, 2002). Sem dúvidas, tais estudos e pesquisas constituem uma referência central na exploração de aspectos particulares do racismo e da discriminação racial no Brasil e podem ajudar a compreender a dinâmica complexa das interseccionalidades de diferentes eixos de opressão e das desigualdades raciais.

Objetivos

A presente pesquisa teve, como objetivo geral, a busca pela identificação e análise das vivências de mulheres negras durante o pré-natal, o parto e o pós-parto/puerpério em meio à interação com profissionais e instituições de saúde, que envolvessem dinâmicas e discriminações de gênero e raça interconectadas. Afinal, essas vivências configuram-se em momentos e aspectos centrais da sua saúde reprodutiva.

Como objetivos específicos, foram definidos:

- Levantar as contribuições dos estudos no campo do feminismo negro e das ciências sociais, para o entendimento das desigualdades raciais no que diz respeito à saúde

⁶ Mulheres negras são aquelas que se autodeclararam pretas e pardas, de acordo com as categorias do senso IBGE.

reprodutiva das mulheres brasileiras, buscando compreender quais as conexões entre corpo, raça, gênero e classe social nas quais elas se baseiam;

- Investigar como a cor/raça era entendida por mulheres negras nas suas experiências nos serviços de saúde em relação ao pré-natal, gestação, parto e pós-parto;
- Identificar representações vigentes sobre o corpo grávido e o corpo em trabalho de parto das mulheres negras por meio de sua interação com serviços de saúde;
- Analisar em que medida os tratamentos relatados se aproximam das representações racistas “naturalizadas” na sociedade sobre as mulheres negras.

Estrutura da dissertação

A presente “Introdução” divide-se em duas partes: na primeira explicita as motivações e contextualiza o problema de pesquisa; em seguida, justifica o objeto de estudo e apresenta seus objetivos geral e específicos. A segunda parte, a ser apresentada a seguir, aborda as considerações metodológicas, apontando as estratégias e desafios do trabalho de campo e trazendo o perfil e caracterização de todas as informantes.

As perguntas norteadoras e os objetivos do trabalho foram organizados em três capítulos. No primeiro deles, realizo algumas aproximações teóricas com base nas contribuições para a reflexão sobre o objeto e o material empírico obtido através da pesquisa de campo. Em primeiro lugar, abordo as temáticas de gênero, saúde e violência obstétrica, privilegiando suas interligações. Em seguida, pensamento médico, raça e saúde, relações raciais, bem como o conceito de racismo institucional são tratados. Por fim, são trazidas algumas contribuições do chamado feminismo negro, além do conceito de interseccionalidades, consideradas fundamentais para refletir sobre as vivências e experiência de mulheres negras durante o pré-natal, parto e pós-parto.

No decorrer do Capítulo 2, busco identificar tanto um campo comum como diferenciações nas narrativas, sentimentos, percepções, práticas, dinâmicas, representações, sentidos e significados que tenham implicações para a experiência vivenciada pelas informantes durante a gestação e o pré-natal e que digam respeito simultaneamente à cor/raça e ao gênero na interação com os serviços e profissionais de saúde.

No Capítulo 3, trato das vivências durante o parto e pós-parto, visando também identificar nos discursos e elaborações das informantes campos comuns e diferenciações na

interação com profissionais e serviços de saúde. Para tanto, ao descrever e analisar as narrativas das informantes, incorporo uma abordagem das categorias gênero e raça/cor a em uma perspectiva interseccional. Dessa forma, ao longo dos Capítulos 2 e 3, busquei analisar o material empírico de forma dialógica com as elaborações teóricas tratadas mais especificamente no Capítulo 1.

Por fim, nas Considerações Finais, abordo os principais aspectos, resultados e achados da pesquisa, apontando tanto as limitações como os possíveis desdobramentos acadêmicos e, indiretamente, políticos para avançar nos resultados encontrados.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Com vistas ao alcance dos objetivos da presente pesquisa, foi adotada a metodologia qualitativa e, por conseguinte, empregados métodos qualitativos. O uso do *software* IRAMUTEQ, como será justificado e descrito adiante, apesar de levar em conta aspectos quantitativos dos dados coletados, como por exemplo a frequência de algumas palavras existentes nas entrevistas e a análise fatorial do *corpus* de análise, caracteriza-se como um instrumento para auxiliar pesquisas com textos e narrativas. Todos os dados foram coletados no DF, especificamente nas seguintes Regiões Administrativas: Brasília (Asa Norte e Asa Sul), Guará, Ceilândia e São Sebastião.

Foram realizadas no total quinze entrevistas semiestruturadas com mulheres que realizaram pré-natal e pariram no DF nos últimos cinco anos. Tal recorte temporal foi estabelecido levando em conta que, passados muitos anos, o resgate à memória acerca da experiência da gestação, parto e pós-parto poderia tornar-se mais difícil e distante, e os relatos poderiam não alcançar a riqueza de detalhes e elaborações relevantes sobre a temática. Ademais, o recorte de tempo tem a vantagem de reunir um universo mais homogêneo em relação à implantação de políticas públicas relacionadas à saúde das mulheres gestantes.

Do total de quinze entrevistadas, dez eram negras e cinco brancas. Importante ressaltar que o número de mulheres brancas entrevistadas foi menor que o de mulheres negras por formar um “grupo de controle” da variável cor/raça, em uma tentativa de aproximá-las do perfil socioeconômico das mulheres negras previamente selecionadas. Ou seja, esse conjunto de entrevistas se configurou como um parâmetro de comparação entre as narrativas, com o objetivo de facilitar a emergência da identificação das problemáticas trazidas pelo entrecruzamento da negritude com a condição de mulher, as quais não estariam presentes nas falas das mulheres brancas. Foi utilizado um roteiro para orientar as entrevistas semiestruturadas (Anexo I), previamente testado em uma entrevista-piloto.

Para a realização das entrevistas, o processo de identificação e seleção das mulheres a serem entrevistadas se deu, inicialmente, a partir de contatos estabelecidos por mim em rodas de conversa sobre maternidade negra, promovidas por integrantes do movimento de mulheres negras do DF, bem como em grupos de gestantes realizados no Hospital

Universitário de Brasília (HUB), além de visitas à Casa de Parto de São Sebastião - DF. Também busquei mulheres que não fazem parte de grupos organizados em torno desta temática, com o intuito de não registrar a fala apenas daquelas que já refletem ou têm opiniões formadas a esse respeito. Dessa forma, solicitei às entrevistadas indicações de pessoas conhecidas dentro do perfil escolhido para a pesquisa - mulheres que pariram nos últimos cinco anos no DF – e que estivessem dispostas a falar sobre suas experiências a partir de uma sondagem prévia (técnica “bola de neve”)⁷. A partir daí, foi possível acessar mulheres de classes sociais e de locais de moradia distintos, abarcando uma diversidade de experiências e vivências em relação à gestação, parto e pós-parto. Ressalto que a dimensão classe social não foi utilizada para orientar a busca de informantes, de forma que apliquei critérios simplificados para classificar as informantes em relação a esse quesito⁸. Apesar disso, como busquei recrutar mulheres com diferentes perfis e trajetórias, foi possível obter também uma diversidade de classes sociais.

O projeto da presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/IH/UnB e a participação das entrevistadas foi voluntária, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Todas as entrevistas foram iniciadas com a leitura do TCLE pela entrevistada na minha presença, sendo reiterado que estaria à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários antes, durante e após a entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas, e o conteúdo do material obtido ao final da investigação foi sistematizado em categorias, temas e subtemas, bem como analisado à luz das referências teóricas.

Todas as indicações e referências às informantes e pessoas mencionadas por elas foram feitas por meio de pseudônimos, de forma a preservar-lhes o anonimato. Cada uma das entrevistas foi realizada de forma individual, sem a interferência de terceiros/as, com estrita preocupação quanto ao sigilo das informações prestadas. As entrevistas foram agendadas previamente, conforme a disponibilidade das informantes, sendo algumas realizadas em locais públicos como cafés, lanchonetes, restaurantes, e outras na casa de

7 A técnica conhecida como “Bola de Neve” é bastante utilizada em pesquisas sociais. Em síntese, se refere à aquela na qual a busca e o contato com informantes é construído a partir de uma cadeia de indicações de outros/as informantes. Para mais informações sobre a referida técnica, ver: Figueiredo (2007); Diehl e Tatim (2004); Biernacki e Waldorf (1981).

⁸ Optei por utilizar a classificação do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – para a definição das classes econômicas, baseado no salário mínimo brasileiro no ano de 2014 (R\$ 724,00).

algumas delas. Cabe ressaltar que nenhuma das entrevistadas foi abordada e tampouco nenhuma entrevista foi realizada dentro de instituições de saúde.

Na apresentação dos relatos, busquei manter no texto as palavras, termos e expressões utilizados pelas informantes, interferindo o mínimo possível na representação de suas falas e elaborações. Reconhecendo e ressaltando os limites do meu lugar de pesquisadora, busquei valorizar e visibilizar suas experiências, bem como suas interpretações teóricas sobre a realidade. Entendo que os relatos, a partir do ponto de vista das informantes, configuram um ângulo privilegiado de conhecimento sobre a temática.

Ao longo do texto desta dissertação, optei por utilizar a linguagem inclusiva, com a flexão de palavras para ambos os gêneros feminino e masculino, com o uso da barra (/). Ademais, quando busquei chamar atenção das/os leitoras/es para alguns conteúdos específicos, especialmente em trechos tanto das citações teóricas como das entrevistas, utilizei o mesmo padrão: marquei o referido trecho em itálico, seguido da expressão “grifo nosso”.

Utilização do software IRAMUTEQ

A degravação das quinze entrevistas gerou um vasto material textual (*corpus de análise*). Para subsidiar a organização e análise de todo o *corpus* da pesquisa, recorri a um *software* de análise de dados qualitativos denominado IRAMUTEQ⁹. Na primeira análise, o programa IRAMUTEQ auxiliou a identificar como as diversas variáveis (inclusive cor/raça) influenciam no discurso e na formação das classes de palavras. Nessa etapa, ao processar todas as quinze entrevistas juntas no programa, foi possível uma visão mais ampla a partir de uma abordagem tridimensional, auxiliando a identificar três categorias: 1. Um campo comum; 2. Algumas diferenciações; e 3. Em que se baseiam essas diferenciações individuais (ancoragem).

A análise do referido *corpus* revelou a existência de dois eixos (A e B) em torno dos quais se articula o pensamento das entrevistadas: um englobando as classes de palavras 1 e

⁹ O IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) é um software gratuito e com fonte aberta, que permite fazer análises de diferentes formas de análise de dados textuais, desde as mais simples, como a lexicografia básica (como cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial). Desenvolvido inicialmente em língua francesa, este programa começou a ser utilizado no Brasil em 2013. (CAMARGO; JUSTO, 2013).

2 e o outro, as classes 3, 4 e 5. O eixo A, no qual estão as classes 1 e 2, refere-se às percepções, sentimentos e narrativas concernentes ao atendimento pré-natal. Já o Eixo B, com as classes 3, 4 e 5, traz os discursos relacionados ao parto e pós-parto.

Essas três grandes categorias contemplam os três principais momentos das experiências relatadas pelas entrevistadas: 1. Gestação e Pré-natal; 2. Parto; e 3. Pós-parto/puerpério. Por vezes, tais momentos misturam-se e confundem-se e, apesar de não corresponderem a uma perfeita linearidade temporal, foram bem demarcados nas falas das informantes. Além disso, ao gerar diferentes gráficos, o programa informou em termos percentuais o quanto cada classe de palavras representa do *corpus*. As classes geradas têm percentuais muito próximos, sem predominância significativa de nenhuma delas. Diante disso, decidi basear a organização dos capítulos da dissertação em tal divisão temporal, de forma que o Capítulo 2 trata do momento do pré-natal e o Capítulo 3 aglutina os momentos do parto e do pós-parto/puerpério.

Dentro de cada uma das grandes categorias e classes, formulei unidades ou núcleos de sentido relacionados, observando tanto as listas e nuvens de palavras geradas pelo programa IRAMUTEQ, como também analisando de forma qualitativa os conteúdos das entrevistas (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). O referido *software*, ao processar um conjunto de texto coloca em evidência os campos lexicais usuais evocados pelas informantes, de forma que os resultados quantitativos favoreceram a interpretação qualitativa, a partir de traços típicos das categorias entre si, na sua relação com o objeto de estudo.

Busquei também o entendimento das variações e diferenças individuais entre as informantes. Para tanto, o *software* utiliza o recurso da Análise Fatorial de Correspondência (A.F.A), que possibilita visualizar, numa representação gráfica, as relações e oposições entre diferentes fatores: classes, palavras e variáveis. Tais fatores são representados espacialmente, por pontos no gráfico fatorial, de forma que, quanto maior a proximidade, maior a ligação entre eles. Em consequência da proximidade entre os pontos no gráfico, eles são visualizados como se estivessem formando nuvens.

Após processar o conjunto completo de entrevistas no programa, o *corpus* foi dividido em dois: o primeiro e mais relevante para os fins dessa pesquisa, com as dez entrevistas realizadas com mulheres negras; e o segundo com o grupo de controle, as cinco informantes brancas. A partir daí, foi também possível visualizar por meio de imagens,

nuvens de palavras e gráficos gerados, os campos e discursos comuns, além das diferenciações nos discursos das informantes, tanto dentre aquelas do mesmo grupo racial, como entre os dois grupos raciais.

O *corpus* referente às informantes negras, central para os fins da pesquisa, gerou as mesmas quatro classes encontradas no *corpus* completo, excetuando a classe relacionada ao pós-parto/puerpério, que se fundiu com as classes 3 e 4, formando o eixo parto e pós-parto/puerpério, abordado no Capítulo 3.

A partir do *corpus* referente ao grupo controle com as entrevistas das mulheres brancas, surgiram cinco classes. No entanto, as classes 1, 2 e 3 formam apenas um eixo ou bloco, com uma ligação forte com a classe 4. Somente a classe 5 ficou isolada.

A partir de tais procedimentos e de leituras sucessivas do *corpus*, foi possível identificar, na articulação entre as classes dentro de cada grupo racial, diferentes blocos de significação, que originaram subcategorias, analisadas em articulação com a literatura apresentada ao longo dos três capítulos.

Os resultados do programa IRAMUTEQ, com as imagens e figuras geradas pelo referido *software*, serão apresentados no final dos Capítulos 2 e 3, bem como nas Considerações Finais, englobando os aspectos gerais das análises. Ademais, todas as imagens e figuras estão disponíveis no Anexo III.

Estratégias, observações e desafios em campo

A adoção de entrevistas semiestruturadas mostrou-se uma técnica adequada, especialmente devido à elasticidade na duração das entrevistas, permitindo aprofundamento em determinados assuntos, além da interação com as entrevistadas favorecer a enunciação de respostas espontâneas, conforme ressaltam Boni e Quaresma (2005). Tais vantagens foram perceptíveis quando solicitado às informantes que falassem sobre o momento em que descobriram a gravidez, sobre a vivência do pré-natal, do parto e também do pós-parto, pois houve uma abertura e por vezes empolgação e emoção ao relatarem suas experiências. Ao tocar em temas mais complexos e delicados, tais como a relação e interação com profissionais de saúde nos serviços e consultórios médicos e as violências vivenciadas nesses espaços, algumas informantes manifestaram o desejo de ter

espaços e oportunidades para abordarem a temática, o que resultou uma valorização do momento da entrevista.

Ressalto que, para além de compreender os fatos relatados em si, meu objetivo primordial era ter acesso às percepções, interpretações e sentidos fornecidos pelas informantes a eles, trazendo também para o centro da investigação o resgate de suas experiências no enfrentamento do racismo e do sexismo, conforme procuro indicar ao longo dos três capítulos.

Classificação racial das informantes

Em relação à classificação racial na fase de busca das informantes, aquelas que eram do meu conhecimento e foram por mim identificadas a partir da participação em rodas de conversa e grupo de gestantes foram então previamente consultadas quanto à própria denominação racial. Em busca de perfis diferenciados de informantes, solicitei indicações a pessoas conhecidas e às próprias informantes, recorrendo à classificação feita por elas em relação à cor/raça das potenciais informantes.

Uma ampla bibliografia aborda as dificuldades quanto à classificação racial¹⁰, que por vezes envolve dilemas metodológicos nas pesquisas sociais. Diante disso, chegada a fase da realização das entrevistas, recorri às recomendações feitas por Guimarães (2003) em relação à classificação em termos raciais:

[...] Deve-se tomar o cuidado, portanto, sempre que possível, de se fazer uma pergunta aberta, deixar a pessoa falar o que quiser e anotar, posto que não há hoje em dia consenso sobre que categorias são usadas nativamente. Finalmente manter a forma de classificar do IBGE, sempre fraseada com a palavra “cor”, faz-se necessário para manter-se a comparabilidade entre diversas fontes de dados. (GUIMARÃES, 2003, p. 105).

Dessa forma, em primeiro lugar, indiquei no roteiro de entrevista a minha percepção sobre a cor/raça das informantes, de acordo com as categorias utilizadas pelo IBGE (branca, preta, parda, amarela ou indígena). A seguir, durante a entrevista, perguntei às informantes como declaravam sua cor/raça de forma livre, obtendo respostas espontâneas. Por fim, solicitei às entrevistadas classificarem-se segundo as categorias do IBGE.

¹⁰ Ver Guimarães (2003); Osório (2003); Pizza; Rosemberg (2009).

A partir daí, observei durante as entrevistas a incorporação e uso pelas informantes das categorias do IBGE no momento da pergunta aberta, de forma que a categoria parda apareceu amplamente. Surpreendentemente, não obtive categorias abertas como “morena”, “mulata” etc. Importante também registrar que nem sempre a autoclassificação de forma livre das informantes coincidiu com a classificação fechada segundo as categorias do IBGE e a heteroclassificação. Dessa forma, duas informantes declararam sua cor/raça como parda na pergunta aberta, mas quando questionadas em relação às categorias do IBGE, atribuíram-se a cor/raça branca. Eu as classifiquei como brancas.

De acordo com os dados da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN, 2014), o sexo feminino no DF representou, segundo o Censo Demográfico 2010, 52,2% da população residente. E dentro do universo feminino, as mulheres que se autodeclararam negras (55%) representavam maioria. Na faixa entre 15 e 59 anos (onde se situa o perfil etário de mulheres entrevistadas), as negras sobressaíram-se com 55,4%.

Dimensão racial nos relatos das informantes

Embora os relatos das informantes tenham sido ricos em detalhes no que se refere à vivência da gestação, do momento do parto e das surpresas e desafios do pós-parto, quando abordei o elemento racial nessas experiências, excetuando os relatos de duas informantes, deparei-me com dificuldades em desenvolver o tema. Tais dificuldades eram previstas antes de dar início ao trabalho de campo e serão desenvolvidas no decorrer dos Capítulos 2, 3 e das Considerações Finais desta dissertação.

Para lidar com esse desafio do trabalho de campo e favorecer a emergência do elemento racial nos relatos, estabeleci novas estratégias de abordagem durante as sete últimas entrevistas. Para tanto, optei por questionar as informantes também sobre a percepção das vivências de outras mulheres conhecidas, inclusive aquelas com as quais conviveram durante suas interações com os serviços e profissionais de saúde, seja na sala de espera, nos corredores ou quartos das clínicas, hospitais ou maternidades. Ademais, antes de adentrar na temática racial inserida na vivência do pré-natal, parto e pós-parto, passei a indagá-las primeiramente acerca de situações de racismo em quaisquer outros contatos com profissionais e instituições de saúde. Tais estratégias, aliadas ao uso de

exemplos de situações de racismo identificados em outros estudos empíricos e na literatura, colaboraram para o desenvolvimento da temática pelas informantes.

Tal estratégia foi citada nas análises realizadas por Venturi, Aguiar e Hotimsky (2010) sobre a violência institucional no parto em maternidades brasileiras a partir dos dados da pesquisa de opinião pública “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – 2010”. Segundo os/as autores/as,

O fato de se reconhecer mais frequentemente os maus tratos sofridos quando estes são especificados e menos quando estes se enquadram em uma categoria e recebem uma denominação geral – “maus tratos” - sugere uma aproximação com pesquisas sobre violência doméstica nas quais o reconhecimento de uma série de abusos sofridos não implica no reconhecimento de se ter sofrido “violência”. Indicar agressões sofridas é aparentemente menos complicado do que reconhecer essas formas de agressão como “violência” ou “maltrato”. (VENTURI; AGUIAR; HOTIMSKY, 2010, p. 2-3).

Perfil e caracterização das informantes

Em relação à cor/raça¹¹ das quinze entrevistadas, para os objetivos da presente pesquisa, as informantes foram caracterizadas em dois grupos distintos: negras (pretas e pardas) e brancas, sendo dez negras - três pretas e sete pardas - e cinco brancas (grupo controle). Na data das entrevistas, todas as quinze informantes tinham pelo menos um/uma filho /filha (recorte da pesquisa), sendo que, dentre as dez negras, cinco tinham apenas um/uma filho/filha (primíparas); duas tinham dois/duas filhos/as (multíparas); duas tinham três filhos/as (multíparas); e uma delas tinha cinco filhos/filhas (multípara). Já entre o grupo das cinco brancas, quatro tinham um/uma filho/filha (primíparas); e uma tinha três filhos/filhas (multíparas).

A maioria das informantes havia migrado de outras cidades, majoritariamente da região Nordeste, à exceção de quatro delas, naturais do DF. Dentre essas quatro, duas são negras e duas brancas. Apesar de todas elas terem parido no DF, duas delas não mais aqui residiam na data da entrevista: uma informante negra migrou para Vitória da Conquista/BA e a outra, branca, para São Jorge/GO. Todas as demais residem no DF, de forma que no

¹¹ Como critérios de classificação racial, foi utilizada a combinação da autoclassificação livre das entrevistadas com a heteroclassificação (feita pela pesquisadora) a partir das categorias utilizadas pelo IBGE (preto, branco, pardo, amarelo e indígena).

grupo das negras, duas são moradoras do Plano Piloto¹², duas do Guará¹³, duas da Ceilândia¹⁴, uma de Planaltina¹⁵; uma do Jardim Botânico¹⁶; e uma de Sobradinho¹⁷. Dentre as brancas, duas são moradoras do Plano Piloto; uma de São Sebastião¹⁸; e uma de Planaltina.

As informantes tinham, na data das entrevistas, entre 22 e 42 anos. No grupo das negras, três delas estavam na faixa dos 20 anos, seis na faixa dos 30 anos e uma na faixa dos 40 anos. No grupo das brancas, duas estavam na faixa dos 20 anos e três na faixa dos 30 anos. No que se refere ao grau de escolaridade, dentre as negras, três possuem Ensino Superior Completo, sendo que uma possui Pós-Graduação; três possuem Ensino Superior Incompleto; três completaram o Ensino Médio; e uma possui Ensino Fundamental. Dentre as brancas, quatro possuem Ensino Superior Completo, sendo uma com Pós-Graduação; e uma completou o Ensino Médio.

No que se refere à situação conjugal das entrevistadas em relação ao pai do (s)/da (s) filho (s)/filha (s), no grupo das negras, três são separadas/divorciadas; duas são casadas; três declararam que não casaram mas estão junto com os companheiros - sendo que uma mora junto com o genitor do (s)/da (s) filho (s)/filha (s); uma declarou estar namorando o pai da filha, apesar de não morarem juntos/as; e a outra declarou que morava junto, mas está “dando um tempo”; duas são solteiras, sendo que uma afirmou que o pai de sua filha sequer assumiu a paternidade. Dentre as brancas, duas são casadas, duas separadas/divorciadas e uma mora com o pai de seus/suas filhos/as.

A ocupação das entrevistadas é variada, sendo que no grupo das negras: duas são jornalistas, uma servidora pública, uma cabelereira, uma depiladora, uma agente de portaria, uma diarista, uma estudante e artista autônoma, uma doula e estudante e uma declarou-se desempregada. Dentre as brancas, uma é advogada, uma é servidora pública, uma é fisioterapeuta, uma é terceirizada de uma empresa de limpeza e uma é dona de casa.

¹² O Plano Piloto constitui uma Região Administrativa de Brasília/DF, localizado na zona central da cidade e é considerada nobre, especialmente pelos altos valores dos imóveis e do custo de vida.

¹³ O Guará é uma Região Administrativa do DF, composta pelos Guará I e II e está localizado a 11 km do Plano Piloto.

¹⁴ Ceilândia é uma Região Administrativa do Distrito Federal e constitui a área mais populosa do DF. Está localizada a cerca de 30 km do Plano Piloto.

¹⁵ Planaltina é uma Região Administrativa do DF, situada a 40 km do Plano Piloto.

¹⁶ O Jardim Botânico é uma Região Administrativa do DF, composta basicamente por condomínios fechados. O nome Jardim Botânico, é derivado do Jardim Botânico de Brasília, área de preservação ambiental que se localiza na região administrativa do Lago Sul, área nobre de Brasília/DF.

¹⁷ Sobradinho é uma Região Administrativa do DF, localizada a 22 km de Brasília/DF.

¹⁸ São Sebastião é uma Região Administrativa do DF localizada a 23 km do Plano Piloto.

No que diz respeito à religião, no grupo das negras, três entrevistadas afirmaram ter como religião o candomblé; uma declarou-se católica; duas evangélicas/protestantes, sendo que uma dessas é testemunha de Jeová; uma declarou-se ecumênica; duas afirmaram não terem religião definida. Uma entrevistada declarou-se apenas cristã, mas tendo frequentado por mais tempo igrejas evangélicas. No grupo das brancas, três declararam-se católicas, uma declarou como religião o Santo Daime e uma afirmou não ter religião definida.

A renda pessoal das informantes - fora duas que declararam não possuir fonte de renda individual - varia entre R\$560 e R\$6.000. Com relação à classe econômica em que se inserem, dentre as negras, três das entrevistadas enquadram-se na chamada classe C, três na classe D, três na classe E e uma não tem fonte de renda individual pois estava desempregada. No grupo das brancas, duas enquadram-se na classe C, uma na classe D, uma na classe E, e uma não tem fonte de renda individual. As mulheres que residem no Plano Piloto apresentam, em geral, renda mais elevada que aquelas que moram em outras regiões do DF.

Um quadro com a caracterização detalhada de cada entrevistada está disponível no Anexo II. Nele encontram-se informações conforme o roteiro de entrevistas utilizado (idade, escolaridade, ocupação atual, com quem mora, situação conjugal em relação ao genitor do (s) filho (s) /filha (s), local de moradia, raça /cor, renda mensal, número de filhos /as e religião), além do tipo de parto e de instituição de saúde.

Apresento abaixo um breve perfil individual de cada uma das informantes, com o objetivo de fornecer uma rápida apresentação e facilitar a situar o contexto no qual se inserem os relatos de cada uma delas ao longo dos capítulos 2 e 3:

Renata é uma jovem mulher preta, que contava, à época da entrevista, com vinte e quatro anos. Nasceu em Recife/PE e migrou para Brasília/DF com a família há 15 anos, quando estava com nove anos de idade. Possui ensino superior completo e trabalha como jornalista. Foi mãe aos vinte e um anos de idade e pariu seu único filho (com três anos à data da entrevista) em um hospital particular no Plano Piloto/DF. Mora com ele e a mãe em um condomínio residencial no Jardim Botânico/DF. É solteira, namorou o pai do filho, mas ficaram juntos até mais ou menos os três primeiros meses da gestação. Declara que sua religião é o Candomblé.

Joice é uma mulher preta, com trinta e três anos de idade à data da entrevista, pós-graduada e jornalista. Pariu seu único filho (de um ano de idade) de parto vaginal em uma

clínica particular no Setor Sudoeste/Plano Piloto e mora com ele na Asa Sul, Plano Piloto/DF. Declarou que estava “dando um tempo” do pai do filho. Nasceu em Curitiba/PR e migrou para Brasília/DF com a família aos onze anos de idade. Sua religião é o Candomblé.

Beatriz é uma mulher preta que contava com trinta e cinco anos quando a entrevistei. Finalizou o ensino médio e trabalha como cabelereira. Natural de São Luiz/MA, engravidou aos dezessete anos da primeira filha e três anos depois da segunda. Veio sozinha para Brasília/DF aos vinte e um anos e começou a trabalhar como trançadeira. Assim que conseguiu se estabelecer na cidade, voltou ao Maranhão para buscar suas duas filhas pequenas. Atualmente, tem cinco filhos/as, sendo que os dois mais novos são gêmeos e têm um ano e dois meses, que nasceram de parto cesárea em um hospital público no Plano Piloto/DF. A filha mais velha tem dezoito anos, a segunda quinze e a terceira nove. Mora no Guará/DF com os/as cinco filhos/as e o pai dos gêmeos, com o qual não se casou. Declara que sua religião é ecumênica.

Laura é uma mulher parda, com quarenta e dois anos na data da entrevista. Nasceu em Paranaguá/PI, possui ensino médio completo e trabalha como diarista. Mora com os/as três filhos/as, com o único neto e um sobrinho em Planaltina/DF. Não tem relação com o pai da filha mais velha, de vinte e um anos, tampouco com o pai do filho do meio, de dezesseis anos. Chegou a juntar com o pai do filho mais novo, de quatro anos, e ficaram juntos durante dez anos, mas estão separados. Pariu o filho mais novo em casa e declara que sua religião é o Catolicismo.

Nádia tinha trinta e nove anos na data da entrevista, é natural de Corrente/Piauí, de onde migrou aos sete anos para a Ceilândia/DF, a maior cidade em termos populacionais do Distrito Federal, localizada a cerca de 35km do centro da capital Brasília. Lá reside com a mãe, uma irmã, um sobrinho de quatro anos e a filha de três anos, que nasceu de parto cesárea em um hospital público na Asa Norte, Plano Piloto/DF. Foi casada com o pai de sua filha, de quem está divorciada. Possui o Ensino Fundamental completo e trabalha como depiladora. Declara sua cor/raça como parda e sua religião como Testemunha de Jeová.

Clarice é uma mulher parda de vinte e seis anos na data da entrevista, cursava o Ensino Superior e trabalha como agente de portaria. Nasceu em Ceilândia/DF, onde mora até hoje com os/as três filhos/as: uma menina de oito anos, uma de seis e um menino de quatro anos. Em relação à religião, declarou-se cristã, tendo frequentado diferentes igrejas,

sendo a maioria delas evangélicas. Chegou a se casar com o pai dos/as filhos/as, mas está separada. Fez todo o pré-natal do filho mais novo pelo SUS, que nasceu de parto cesárea, em um hospital público na Asa Norte, Plano Piloto/DF.

Simone contava com trinta e seis anos à época da entrevista. É natural de Belém/PA e atualmente mora no Guará/DF com o esposo e os dois filhos, um com oito anos e o outro com 6 meses, que nasceu de cesariana em um hospital público na Asa Norte, Plano Piloto/DF. Fez todo o pré-natal de seu filho mais novo pelo SUS. Cursava faculdade, mas abandonou e estava desempregada na data da entrevista. Declara sua cor/raça como parda e sua religião como evangélica.

Pamela é uma mulher parda que tinha trinta e um anos quando a entrevistei. Nascida e criada em Sobradinho/DF, reside lá com o marido e o filho de dois anos, que nasceu de parto vaginal domiciliar. Tem ensino superior completo em Biologia, trabalhava como doula e cursava uma segunda graduação em Psicologia. Afirmou não ter uma religião definida, apesar de ser ligada a “trabalhos espirituais”.

Adriana é parda e tinha trinta e sete anos na data da entrevista. Natural de Salvador/BA, morou em Brasília/DF durante alguns anos e reside atualmente em Vitória da Conquista/BA com a filha de 1 ano, que nasceu de parto vaginal domiciliar. Tem também um filho de dezoito anos, que mora e estuda em Salvador. É solteira e relata que o pai da filha não assumiu a paternidade, não tendo registrado a criança. Possui Ensino Médio completo e é servidora pública. Declara sua cor/raça como parda. Sua religião é o Candomblé.

Joana, vinte e dois anos à data da entrevista, nasceu em Brasília/DF e é moradora da Asa Norte/Plano Piloto, juntamente com a mãe, a irmã e a filha de três meses, que nasceu de parto vaginal em um hospital público na Asa Sul, Plano Piloto/DF. Namora com o pai da filha e pretende morar com ele no Recanto das Emas/DF. Cursa faculdade, possuindo Ensino Superior incompleto. Afirmo que não tem religião definida, mas às vezes costuma frequentar centros de umbanda. Declara sua cor/raça como parda.

Rita tinha trinta e um anos e estava grávida do seu segundo filho na data da entrevista. É natural do Rio de Janeiro/RJ, residiu em Brasília/DF durante alguns anos e mora atualmente no município de São Jorge, na Chapada dos Veadeiros/GO, juntamente com o pai de seu filho de quatro anos, com quem se relaciona há quinze anos, mas não são casados. Pariu seu primeiro filho de parto vaginal em um em um hospital público na Asa

Norte, Plano Piloto/DF. Declara sua cor/raça como branca e afirma que sua religião é o Santo Daime.

Iara, trinta e nove anos na data da entrevista, é natural de Ribeira do Pombal/BA, residiu durante anos em Salvador/BA e migrou para Brasília/DF por motivo de trabalho, onde mora com a filha de quatro anos na Asa Norte/Plano Piloto. O parto foi cesariano em um hospital privado no Plano Piloto/DF. Possui ensino superior completo e é advogada. Está separada do pai da filha. Declara sua cor/raça como branca e afirma não ter religião definida. Teve formação católica, passou pelo espiritismo cardecista e frequenta às vezes o Candomblé.

Gisele é uma mulher branca que contava com vinte e oito anos na data da entrevista, nasceu em Brasília/DF e reside no Sudoeste/Plano Piloto com o marido e o filho de um ano, que nasceu de cesariana em um hospital privado no Plano Piloto/DF. Tem ensino superior completo e é servidora pública federal. Afirma que sua religião é o Catolicismo.

Aline, trinta e dois anos à época da entrevista, nasceu em Brasília/DF e reside em São Sebastião/DF com a mãe, o pai e suas/seus três filhas/os: uma menina de cinco anos, uma de dois anos e o mais novo com quatro meses, que nasceu de cesariana em um hospital privado do DF. Está separada do pai das filhas/os. Possui ensino superior completo, mas define sua ocupação como dona de casa. Declara sua cor/raça como branca e afirma que sua religião é o Catolicismo.

Taís, vinte e sete anos na data da entrevista, nasceu no município de Nova Russas/CE e reside atualmente em Planaltina/DF, juntamente com o esposo e a filha de cinco anos, que nasceu de parto vaginal em um hospital público do DF. Possui ensino médio completo e trabalha como terceirizada na Universidade de Brasília (UnB). Declara que sua religião é o Catolicismo e sua cor/raça branca.

CAPÍTULO 1

Gestando teoricamente: saúde, gênero e raça

No presente capítulo, são realizadas aproximações teóricas com base nas contribuições para a reflexão sobre o objeto e o material empírico. Em primeiro lugar, são abordadas as temáticas de gênero, saúde e violência obstétrica, privilegiando suas interligações. Em seguida, pensamento médico, raça e saúde, relações raciais, bem como o conceito de racismo institucional são tratados. Por fim, são trazidas contribuições do “feminismo negro” e do conceito de interseccionalidades - consideradas fundamentais para refletir acerca das experiências e vivências de mulheres negras no pré-natal, parto e pós-parto.

1.1 Gênero, saúde reprodutiva e violência obstétrica.

A perspectiva de gênero tem possibilitado enriquecer as reflexões teóricas e metodológicas na saúde, “podendo-se somar a outros esforços intelectuais e políticos para a compreensão da saúde e seus determinantes na luta contra as desigualdades e pela justiça social” (AQUINO, 2006, p. 121). Ao realizar estudo com o objetivo de descrever o perfil e as tendências da atividade científica sobre gênero e saúde no Brasil, Aquino (2006) sistematiza os principais temas tratados, em quais áreas do conhecimento, as metodologias utilizadas e os desafios encontrados, entre os quais, destaca as dificuldades envolvidas na integração entre conhecimentos advindos das ciências biomédicas e sociais. Isso porque, além da necessidade de desnaturalizar os fenômenos tratados e revelar as representações de gênero que orientam a produção do conhecimento, “os aspectos biológicos não podem ser tratados somente em sua dimensão simbólica e cultural na investigação de inúmeras questões na área da saúde” (AQUINO, 2006, p. 128). Outro desafio destacado pela autora refere-se “à transversalidade do gênero e à necessidade de articular essa categoria analítica a outras como raça/etnia, classe social e geração” (p. 128).

A literatura feminista tem afirmado que há maior concentração de intervenção médica – tanto de práticas como de discursos – sobre os corpos das mulheres¹⁹. Tal

¹⁹ Para mais informações, ver Carmen Simone Grilo Diniz; Elisabeth Meloni Vieira; Eleonora Menecuci de Oliveira; Sônia Correa.

controle é atribuído, em grande parte, ao aspecto da reprodução, de forma que a gravidez configura um dos momentos mais medicalizados da vida das mulheres (CORREA; GUILLEM, 2006). A medicalização está relacionada ao “processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais” (VIEIRA, 1999, p. 67). Dessa forma,

Por meio do discurso biomédico, a mulher grávida se vê cercada, hoje, de uma rede de vigilância de seu corpo, passando a ser responsabilizada não só pela própria saúde, mas pela produção de um feto saudável. Por tudo isso, o pré-natal é um *locus* privilegiado do discurso de risco (CORREA; GUILLEM, 2006, p. 2142).

Ao descrever as mudanças nas reflexões acerca da temática da gravidez, da maternidade e do parto dentro dos movimentos feministas, Carmen Simone Diniz (2000), ressalta as denúncias relacionadas às intervenções violentas nos corpos das mulheres e a apropriação da autoridade delas sobre a reprodução pelas instituições de saúde. Em suas palavras:

Dentro do movimento de mulheres, havia um crescente reconhecimento de que, mesmo quando a maternidade era uma escolha consciente, era vivida em condições de opressão relacionadas ao *controle social das grávidas*. Isto é, eram tratadas não como pessoas, com necessidades adicionais e singulares, mas sim como *embalagens do feto, como uma “pélvis ambulante” assexuada, a ser vigiada e submetida a um conjunto de intervenções institucionais irracionais, arriscadas, violentas e de eficácia duvidosa, em especial no campo da medicina*. [...] O movimento de mulheres passou a questionar o modelo médico centrado numa concepção do feminino como condição essencialmente “defeituosa” e que, com base nesse juízo, tratava o parto como patológico e arriscado, usando tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa. Além disso, as feministas afirmavam que esse modelo “suprimia e ignorava as dimensões sexuais, sociais e espirituais do parto e do nascimento” (BWHBC, 1993:398). *Nós destacamos a perda da autonomia e a expropriação da autoridade das mulheres sobre a reprodução pelas instituições de saúde, assim como o caráter desumano da tecnologia usada* (DINIZ, 2000, p. 81-82, grifo nosso).

Nesse contexto, as mulheres são impossibilitadas de controlar seus próprios corpos, seja para o prazer, reprodução ou contracepção e, ainda associadas à reprodução, permanecem objeto de controle social, absorvendo valores de submissão, sacrifício e obediência. Tendo em vista essas constantes intervenções, denunciadas pelos movimentos feministas e de mulheres, deve-se levar em conta que as práticas médicas geradas em volta da reprodução possuem relevância na formação subjetiva das mulheres, podendo apresentar forte elemento nas construções identitárias do ser feminino e negro. Ademais, deve-se levar em conta que as identidades necessariamente são intercaladas por categorias como classe, gênero, nacionalidade, raça e etnicidade (SILVA, 2010).

1.2 Violência institucional e obstétrica

Conforme aponta Aquino (2006, p. 127), a “[...] articulação entre violência, gênero e saúde apresenta imenso potencial de desconstrução do essencialismo biológico, constituindo tema valorizado pelo feminismo”. Segundo a autora, inicialmente os estudos voltaram-se para visibilizar a violência no âmbito doméstico e familiar, bem como nos serviços de saúde. Tais estudos destacaram, também, o papel dos serviços de saúde na produção da violência institucional. Dessa forma, o desenvolvimento do gênero – tanto como conceito quanto como categoria analítica – trouxe uma verdadeira pluralidade aos estudos sobre a violência, possibilitando múltiplos e inovadores enfoques (PEREIRA, 2013).

Os movimentos feministas têm denunciado e trazido reflexões acerca da violência institucional no parto desde os anos 1980 no Brasil e, a partir da década de 1990, a temática tem motivado a produção de trabalhos acadêmicos e intervenções políticas.

Sabe-se que os abusos cometidos por profissionais de saúde contra gestantes e parturientes têm comprometido seriamente a saúde das mulheres, trazendo à tona e colocando em cheque a questão da qualidade dos atendimentos, apesar da ampliação do acesso aos serviços de saúde materna no SUS e das políticas de humanização do parto.

A frequência desse tipo de violência aponta para sua banalização e, conseqüentemente, para a necessidade de visibilizá-la, o que vem ocorrendo apenas recentemente no país. Como se trata de um fenômeno dirigido às mulheres e que traz particularidades em suas manifestações, remetem claramente aos valores tradicionais e relações de poder intrínsecas às relações de gênero em nossa sociedade. Logo, trata-se de violência de gênero (VENTURI; AGUIAR; HOTIMSKY, 2010).

Nesse sentido, diversos estudos têm indicado também que o fenômeno da violência institucional e obstétrica não atinge todas as mulheres da mesma forma, “[...] havendo diferenças quanto às suas manifestações segundo paridade, estado civil e/ou marcadores de raça e/ou classe social e/ou segundo o serviço público ou privado no qual a mulher é atendida” (VENTURI; AGUIAR; HOTIMSKY, 2010, p. 1).

Uma parceria entre a Fundação Perseu Abramo e o Serviço Social do Comércio (SESC) possibilitou o desenvolvimento da pesquisa nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” (NÚCLEO DE OPINIÃO PÚBLICA DA FPA,

2010), a qual mostra ser a violência institucional e obstétrica um fenômeno frequente em serviços de atenção ao parto nos hospitais públicos e privados. Esse estudo é pioneiro por sua abrangência (25 estados da federação e 176 municípios) e por trazer indicadores da magnitude desse problema de saúde pública, assim como revela algumas de suas manifestações mais frequentes. As formas específicas de abuso abordadas na pesquisa foram agrupadas em quatro tipos de violência no atendimento ao parto: a violência física foi vivenciada com maior frequência (17%), seguida da negligência (14%), violência verbal (13%) e, por último, o abuso sexual (1%).

Dentre as ações de violência física mais usualmente identificadas pelas mulheres, destacaram-se o exame de toque feito de forma dolorosa²⁰ e ter o/a profissional de saúde se negado ou deixado de oferecer alívio à dor. A violência verbal, tal como a física, é mais frequente na rede pública que na rede privada e se explicita reiteradamente por meio de jargões pejorativos e moralistas, tais como “*Na hora de fazer não chorou*”. Esses atos configuram estratégias utilizadas por alguns/algumas profissionais de saúde no intuito de disciplinar as pacientes (VENTURI; AGUIAR; HOTIMSKY, 2010).

Em relação à percepção da negligência, não houve diferença significativa nas redes pública e privada, ou seja, “as mulheres atendidas em ambas frequentemente se queixam que os profissionais se negaram a atendê-las ou lhes negaram informações sobre determinados procedimentos que estavam realizando” (VENTURI; AGUIAR; HOTIMSKY, 2010, p. 5). No entanto, houve diferenças quanto às percepções de negligência segundo a escolaridade, de forma que mulheres com grau de instrução maior tendem provavelmente a ter maiores expectativas quanto às informações que os/as profissionais deveriam lhes fornecer em relação aos procedimentos realizados.

Ao tratar dos sentidos e conflitualidades em torno da humanização de partos e nascimentos, Ramos (2013) vai na mesma direção, indicando as muitas faces da violência institucional: a violência simbólica, a violência física – uma das mais típicas são os toques grosseiros e desnecessários –, a verbal e a psíquica – implicada em todas situações de violência. Todas essas especificidades da violência compõem a violência institucional, estreitamente ligada à violência obstétrica, uma vez que os constrangimentos institucionais corroboram seu acontecimento, perpetuação e silenciamento.

²⁰ O exame de toque doloroso no contexto da atenção ao parto frequentemente sinaliza a aplicação de uma manobra denominada dilatação manual do colo do útero, que tem por intuito acelerar o trabalho de parto e é, além de desnecessária, proscrita. (NÚCLEO DE OPINIÃO PÚBLICA DA FPA, 2010).

Diferentemente do Brasil, em países sul-americanos, como a Venezuela e a Argentina, a violência obstétrica é tipificada no ordenamento jurídico e reconhecida como um crime cometido contra as mulheres, a partir da seguinte definição:

A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia e a capacidade de decidir sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (SÃO PAULO, 2015, p. 1²¹)

Todos esses dados e o contexto apresentados estão relacionados ao pano de fundo da presente pesquisa, não se constituindo em seu objeto principal. No entanto, são fundamentais para contribuir com as reflexões e elaborações trazidas pelas informantes em suas interações com as instituições e os/as profissionais de saúde, que serão abordadas nos Capítulos 2 e 3.

1.3 Atenção à saúde das mulheres: principais políticas públicas

Ao longo dos anos e de diferentes governos, sucessivas políticas públicas de saúde vêm marcando a construção da atenção à saúde das mulheres no país (HEILBORN et al., 2009). De acordo com Heilborn et al., “até a década de 1970, a saúde da mulher estava centrada em sua dimensão procriativa, priorizando-se cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal” (p. 269). Nesse sentido, a saúde pública era marcada por um “caráter pró-natalista e a medicina reforçava a naturalização das diferenças entre os sexos, enfatizando a visão da mulher como mãe” (HEILBORN et al., 2009, p. 269), conforme também ressaltado no texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM):

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004, p. 15).

Foi no início da década de 1980 que se intensificaram as reivindicações acerca da reformulação do modelo de assistência à saúde no país, a partir do processo de redemocratização da sociedade brasileira e da contestação do regime político vigente

²¹ A Defensoria Pública do Estado de São Paulo fez uma campanha para incentivar a denúncia da violência (SÃO PAULO, 2015).

realizada pelos movimentos sociais. Nesse contexto, ocorreram amplos debates envolvendo diferentes atores que lutavam pela reforma da saúde brasileira pautada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, tais como sanitaristas, profissionais de saúde, pesquisadores, sindicalistas e feministas (HEILBORN et al., 2009).

Em 1983, foi lançado pelo MS o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), formulado com ampla participação e protagonismo dos movimentos feministas. O programa representou um marco na história das políticas públicas voltadas às mulheres, incorporando seus direitos de cidadania, questionando a relação autoritária entre profissionais de saúde e usuárias, enfatizando as práticas educativas e criticando as políticas demográficas (HEILBORN et al., 2009). Além disso, no que se refere à contracepção, o PAISM “[...] acatava a separação entre sexualidade e procriação, defendia o respeito à autonomia dos indivíduos envolvidos no processo reprodutivo, condicionando a oferta de métodos à intenção da mulher ou do casal em limitar a prole” (HEILBORN et al., 2009, p. 270).

A implementação do PAISM foi diretamente influenciada pelas características da nova política de saúde, no contexto de proposição do SUS. Nessa direção, foi influenciado “[...] pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde na Família” (BRASIL, 2004, p. 17).

Editada em 2001 pelo MS, a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS) encontra-se no rol de marcos regulatórios do SUS. No que tange à saúde das mulheres, essa norma estabeleceu para os municípios brasileiros a garantia de ações mínimas básicas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção de colo de útero. Já as ações de maior complexidade direcionadas às mulheres seriam asseguradas por conformações organizadas pelos estados (BRASIL, 2004).

Com o avanço dos debates em torno dos direitos das mulheres, em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), apresentando princípios e diretrizes para atuação do setor da saúde, elaborada em parceria com diversos segmentos sociais, tais como: movimentos de mulheres, movimento negro, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores/as do SUS e agências de cooperação internacional.

A PNAISM trouxe o importante enfoque de gênero e incorporou princípios norteadores do SUS como, por exemplo, a integralidade e a promoção da saúde, buscando

consolidar “os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual” (BRASIL, 2004, p.7).

Um avanço importante da PNAISM foi a consideração da heterogeneidade que caracteriza o país e da diversidade de mulheres. Nessa direção, mencionou segmentos específicos da população feminina, entre as quais lésbicas, mulheres negras, indígenas, mulheres residentes e trabalhadoras na área rural e mulheres em situação de prisão. Em relação às questões étnico-raciais, tal política reconheceu em seu texto que “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” (BRASIL, 2004, p. 49). Reconheceu, ainda, o menor acesso de mulheres negras a ações de saúde como a assistência obstétrica, desde o pré-natal até o puerpério.

Nesse contexto, a Política inseriu como um de seus objetivos específicos e estratégias a promoção da atenção à saúde das mulheres negras, destacando ações como: a melhoria do registro e da produção de dados, a inclusão e consolidação do recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher no SUS e o fortalecimento da interlocução da saúde com movimentos e entidades relacionadas à saúde da população negra.

Na tentativa de romper com o enfoque biologicista e medicalizador dado à saúde das mulheres até então, a PNAISM adotou o conceito de integralidade na saúde, propondo atender as mulheres em todas as etapas de suas vidas. Englobou em seu texto, inclusive, populações e segmentos, até então, à margem dos serviços de saúde.

Não obstante a consideração desses avanços, percebe-se que a integralidade da assistência às mulheres não é uma realidade. Isso porque, atualmente, há evidentes dificuldades no sistema de saúde brasileiro em assistir as mulheres em suas diversidades e especificidades. Sobre a PNAISM, Freitas et al. (2009, p. 428) destacam:

Apesar do inegável avanço, é essencial questionar a real implementação desses princípios nos municípios e estados brasileiros. (...) A valorização da mulher, enquanto ser humano e cidadã é algo destacável, e, devido a isto, recebeu um investimento diferenciado em relação às ações de saúde. Não desmerecendo os avanços obtidos, ainda estamos longe de desfrutar de forma plena dos conceitos e pressupostos da promoção da saúde da mulher, que estão contemplados, teoricamente, nos princípios e diretrizes da PNAISM.

Em 2011, por meio da Portaria nº 1.459, foi instituída no âmbito do SUS a Rede Cegonha. De acordo com essa normativa, a Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados

que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Frente aos altos índices de mortalidade materna e infantil, a Rede Cegonha apresenta componentes para atuação que englobam o pré-natal, o parto e nascimento, o puerpério e a atenção integral à saúde da criança, o sistema logístico, transporte sanitário e regulação. Seus principais objetivos são: promover a implementação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento; organizar a rede de atenção à saúde da mulher e da criança, de forma que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente perinatal (BRASIL, 2011).

Uma das principais ações dessa estratégia de âmbito nacional é reforçar os motes *Gestante não peregrina e Vaga sempre para gestantes e bebês* na rede hospitalar. Na prática, isso significa sempre oferecer vagas para gestantes e recém-nascidos nas unidades de saúde. O escopo dessa estratégia engloba, também, a criação de novas estruturas de assistência e acompanhamento, como as Casas da Gestante e do Bebê, para o acolhimento e assistência às gestantes com risco clínico, e os Centros de Parto Normal.

Apesar de estabelecer como diretrizes dessa estratégia a garantia de acesso a boas práticas e ações mais qualitativas e resolutivas, a completa implementação da Rede Cegonha enfrenta desafios consideráveis. Tais desafios apresentam-se, especialmente, em razão das dificuldades de gestão para operacionalizar suas ações, bem como das práticas profissionais arraigadas que submetem as mulheres a intervenções inadequadas antes, durante e após o parto. Ademais, outro desafio refere-se à dificuldade de assegurar que suas ações e diretrizes alcancem mulheres com demandas específicas, como por exemplo, as mulheres negras, as mulheres do campo e da floresta e as mulheres em situação de rua. Importante ressaltar também que, desde o seu lançamento em 2011, a Rede Cegonha tem sido criticada por movimentos feministas, especialmente devido ao seu silenciamento quanto à atenção ao abortamento, uma das principais causas de mortalidade materna no país.

Ao considerar o resgate histórico de ações governamentais direcionadas à saúde das mulheres brasileiras, é certo que há muito ainda a avançar nesse campo, especialmente no que se refere à consideração da integralidade das mulheres, bem como à garantia de ações que considerem as demandas próprias e específicas de diversos grupos de mulheres.

1.4 Pensamento médico, raça e saúde; racismo institucional.

1.4.1 Raça, medicina e saúde

Ao tratar das interfaces entre medicina, saúde pública e racismo no Brasil, Marcos Chor Maio e Monteiro (2005, p. 420) aponta que tais relações “[...] estiveram em voga entre as últimas décadas do século XIX e os anos 40 do século XX, enquanto fontes inspiradoras de políticas públicas”. Segundo ele, nesse período, medidas tomadas pelo governo brasileiro para conter surtos de febre amarela “são interpretadas por parte da historiografia como componentes de um período em que as políticas sanitárias privilegiaram a proteção aos europeus recém-chegados” (MAIO; MONTEIRO, 2005, p. 420). Com o fim da escravidão e o advento do regime republicano, elites políticas e intelectuais teriam se deparado com o desafio de repensar a nação e suas possibilidades de adentrar o mundo moderno (MAIO, 2004, p. 37).

Houve nas primeiras décadas do século XX uma disputa entre diferentes projetos de nação, baseados no conhecimento médico e sanitário da época. Teriam prevalecido duas vertentes interpretativas no país: a primeira, operando a partir de visão determinista biológica, com forte influência no campo da medicina-legal, particularmente nos trabalhos de Nina Rodrigues e seus discípulos. Tal corrente influenciou “nos processos de controle e identificação das ‘classes perigosas’ e, não menos relevantes, nos estudos sobre o negro” (MAIO; MONTEIRO, 2005, p. 421). A outra vertente, inspirada na tradição médico-higienista, atribuía “[...] ao saneamento, à higiene e à educação as melhores alternativas para a superação do atraso econômico e social” (p. 421). Em síntese,

De um lado, verifica-se a proposta liberal e racista enunciada pelo discurso de Rui Barbosa de substituição do povo brasileiro, constituído em grande parte por mestiços e negros, por levas de imigrantes europeus. De outro, intelectuais médicos antiliberais, como Belisário Pena, críticos contundentes da Primeira República, anti-racistas, afirmam que a superação das doenças endêmicas que grassavam na população seria a precondição para a construção da nação (MAIO, 2004, p. 38).

Jerry Dávila, na obra *Diploma de Brancura: Política Social e Racial no Brasil – 1917-1945*, analisa “como uma elite branca médica, científico-social e intelectual emergente transformou suas suposições sobre raça em políticas educacionais” (DÁVILA,

2006, p. 22), com impactos também para o campo da saúde. O autor ressalta que tais políticas projetavam as visões da elite sobre degeneração em formas que contribuía para a “[...] desvantagem de brasileiros pobres e não-brancos, negando-lhes acesso equitativo aos programas, às instituições e às recompensas sociais que as políticas educacionais proporcionavam” (p. 22). De acordo com ele, a negritude era tratada pelas elites brancas como associada “[...] à falta de saúde, à preguiça e à criminalidade” e a branquaria encarnaria “as virtudes desejadas de saúde, cultura, ciência e modernidade” (DÁVILA, 2006, p. 25).

Para o autor, a eugenia combinava com as ideias sobre raça defendidas pelas elites brasileiras, que consideravam pobres e negros inferiores, buscando “recuperar” essa população. Segundo ele,

Para os brasileiros que a adotavam, a eugenia não era apenas um meio de aperfeiçoar indivíduos ou grupos específicos. Era uma forma de superar o que eles percebiam ser as deficiências da nação, aplicando uma série de diagnósticos e soluções científicas. Tratava-se de um nacionalismo eugênico, que congregou médicos, sociólogos, psicólogos, higienistas e antropólogos. Essas autoridades científicas procuravam vias em meio às políticas e instituições públicas para aplicar suas mãos curativas sobre uma população a quem costumavam encarar com brando desprezo. Eles se agruparam, reunindo diversas disciplinas da ciência e regiões geográficas, para criar *programas de saúde pública e educação* que seriam o campo onde iriam aplicar sua intervenção redentora (DÁVILA, 2006, p. 32, grifo nosso).

No mesmo sentido, Fátima Oliveira (2003, p. 75) afirma que “[...] a ressonância do movimento eugênico no Brasil foi vigorosa”. Os dois principais pólos médicos de opiniões eugênicas se formaram na Bahia e no Rio de Janeiro, sendo que o primeiro teria surgido com o desenvolvimento da medicina legal e seu principal representante seria Nina Rodrigues. Já o segundo teria surgido sob a forma de ideias higienistas, liderado pelo médico Miguel Couti, com destaque para médicos psiquiatras (OLIVEIRA, 2003). A autora também ressalta a ideia fortemente presente entre as elites intelectuais do campo literário, jurídico, das ciências sociais e biológicas de que a mestiçagem da população brasileira representava um sério empecilho ao desenvolvimento do país porque levaria à degeneração da raça. A solução buscada pelas vertentes higienistas e eugenistas era “[...] favorecer ou potencializar o embranquecimento da população brasileira” (OLIVEIRA, 2003, p. 76).

Após a Segunda Guerra Mundial e a ditadura do Estado-Novo, com a experiência democrática entre 1946-1964, Maio e Monteiro (2005, p. 421) destaca que prevaleceu a

concepção “de que os agravos em saúde eram impeditivos à modernização do Brasil” e “diversas iniciativas foram deslanchadas na direção da ampliação do acesso da população aos serviços de saúde em consonância com as reformas sociais em curso”. No entanto, o golpe militar de 1964 impediu a expansão desse processo e empreendeu um amplo processo de privatização da saúde. Somente na década de 1980, a partir da atuação do movimento da reforma sanitária, “[...] legitima-se no plano constitucional o projeto de universalização do acesso à saúde, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS) em contexto de democratização do país” (MAIO; MONTEIRO, 2005, p. 421).

Segundo ele, a tradição sanitarista continuou a não atribuir importância à temática racial e foi apenas no século XXI que as relações entre raça e saúde voltaram à cena pública, a partir da forte atuação e articulação do movimento negro com diferentes atores nacionais e internacionais. A proposta de criação de uma política focal direcionada à população negra baseia-se na concepção de que as desigualdades raciais repercutem de forma específica na esfera da saúde pública e, portanto, devem ser objeto de ação governamental a fim de superá-las. A política antirracista na saúde surge no contexto da discussão sobre políticas de ação afirmativa no Brasil, iniciada na década de 1990 (MAIO, 2004; MAIO; MONTEIRO, 2005). Conforme já mencionado na Introdução, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) se deu apenas em 2009 (por meio da publicação da Portaria nº 992/2009), a partir da forte atuação de pesquisadores/as e militantes negros/as. Tal política tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no SUS, bem como promover a equidade em saúde deste segmento populacional (BRASIL, 2010). Sua implementação, no entanto, configura ainda um desafio a ser superado.

1.4.2 Saúde reprodutiva, raça e instituições

Ao analisar aspectos relacionados às trajetórias reprodutivas de mulheres negras, Francisco Inácio Bastos afirma que “[...] os trabalhos brasileiros só muito recentemente têm atentado para diversas especificidades da inter-relação entre raça e saúde (o que inclui dimensões sociais, culturais e biológicas)” (BASTOS, 2004, p. 252). Segundo ele, as tendências eugênicas, dominantes no período da formação das ciências sociais no Brasil que prevaleceram até pelo menos a década de 1930, frequentemente reemergem.

Rosely Gomes Costa (2004), ao analisar como é feita a seleção de doadores/as de gametas para a realização de fertilização *in vitro* em clínicas de São Paulo e sua relação com noções sobre raça, mostra que as características fenotípicas categorizadas pela noção de raça são compreendidas pelos/as médicos/as e pacientes como transmitidas pelo sangue, transmitidas pelos genes. A autora destaca as relações referentes ao processo reprodutivo, bem como ressalta o poder dessas instituições e equipes em classificar racialmente doadores/as e receptores/as, de acordo com seus próprios critérios:

Desta forma, o que se nota é que os corpos são espaços de inscrições e sentidos em um processo no qual as próprias inscrições e sentidos são considerados como transmitidos pelo sangue, geneticamente. Assim, a classificação de cor e raça dos bancos de sêmen já é um filtro realizado pelas instituições médicas, que definem quem é, e o que é ser branco, negro, mulato, mulato claro, mulato escuro; ter a pele branca clara ou média etc (COSTA, 2004, p. 237).

Costa (2004) afirma que um dos principais critérios para a escolha de doadores/as se refere à semelhança fenotípica entre doador/a e receptor/a, sendo a cor da pele, do cabelo e dos olhos as principais características observadas. No entanto, um dos resultados da pesquisa se refere ao fato de que houve casos de escolha de doadores/as mais claros/as, mas nenhum caso de escolha de doador/a mais escuro/a que o/a receptor/a. Assim, prevaleceu o entendimento, tanto por parte de instituições e equipes médicas como de receptores/as de gametas, de que “[...] o escurecimento da pele da criança traria problemas, enquanto o clareamento não” (COSTA, 2004, p. 249). A autora destaca a fala da médica responsável por um banco de sêmen, ao afirmar que o sêmen mais procurado é o do “[...] homem branco de cabelo escuro e liso porque este é o biótipo do brasileiro” (COSTA, 2004, p. 242).

O trabalho de Costa (2004) é emblemático do processo amplo descrito por Suárez (1992) em sua análise da associação do feminino e da negritude à natureza, e de como dados supostamente biológicos são manipulados por profissionais de saúde. Evidenciando a compreensão das características raciais como essencialmente genéticas (ou seja, biológicas), o estudo torna visível a preferência pela branquitude. Raça, então, não é entendida como mera diferença, e sim como marcador de superioridade e inferioridade.

Além disso, os resultados de tal estudo dão pistas de como podem operar as relações e o intercruzamento entre raça, saúde reprodutiva, profissionais e instituições de saúde na contemporaneidade. Conforme Laura Moutinho (2004, p. 193), “[...] ‘raça’, gênero e sexualidade são aspectos de fundamental importância no acesso a bens, status e

ocupação/emprego e, igualmente, tanto no cuidado de si quanto no acesso ao sistema de saúde”.

O tema do racismo é ainda um tabu na sociedade brasileira e captar percepções sobre atitudes, disposições emocionais e pensamentos racistas, bem como as formas como o racismo opera nas instituições são, ainda, um desafio para as ciências sociais. Dados de pesquisa realizada na década de 1990 embasam tal diagnóstico, ao apontar que, enquanto 89% dos/as entrevistados/as consideravam que o brasileiro é racista, apenas 10% disseram ser eles/as próprios/as racistas (TURRA; VENTURI, 1995).

Historicamente, o Estado brasileiro se negou a nomear oficialmente a categoria raça, configurando este posicionamento de antirracismo. No entanto, essa postura não significou e não tem garantido um antirracismo no país, já que ainda haveria resistências por parte dos poderes públicos, tanto em reconhecer e identificar a ocorrência de discriminação racial/racismo como em adotar mecanismos para coibir e puni-la.

De acordo com Bernardino-Costa, Santos e Silvério (2009, p. 215), “[...] o antirracismo do Estado brasileiro, que perdurou como discurso hegemônico pelo menos entre a década de 1930 até o início deste milênio, não significou um antirracismo”. O que aconteceu foi justamente o contrário,

[...] ao lado do antirracismo estatal, o racismo não só ganhou fôlego como se cristalizou na sociedade brasileira, assim como foi um dos fatores que ajudou a construir e a reproduzir, principalmente entre cidadãos brancos e negros, visíveis e incontestáveis desigualdades de renda, de escolaridade, de acesso à saúde, de acesso à água e ao saneamento básico, de tipos de habitação, entre outras desigualdades, como têm demonstrado os dados e pesquisas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A estratégia da não nomeação ou do não reconhecimento oficial da questão racial no nosso país, demonstrou-se inócua, falhando quanto ao propósito da eliminação do preconceito, da discriminação e das desigualdades raciais (COSTA; SANTOS; SILVÉRIO; 2009, p. 216).

Assim, apontam os autores, a partir da constatação da ineficiência do antirracismo do país, emergiu como contra discurso a interpretação de que, para o desenvolvimento de uma estratégia eficiente contra o racismo e as desigualdades raciais, é necessário “[...] nomear a raça como categoria relevante no plano da vida social” (COSTA; SANTOS; SILVÉRIO, 2009, p. 216). Tal interpretação, à qual esta dissertação se alinha, nega a fundamentação biológica da raça e a compreende como construção social, uma categoria e “[...] dimensão relevante tanto para a explicação de desigualdades entre negros e brancos na sociedade brasileira quanto para a formulação de políticas públicas adequadas

para superá-las” (COSTA; SANTOS; SILVÉRIO, 2009, p. 216). A raça opera juntamente com outras dimensões da vida social, tais como gênero, classe, geração e sexualidade. No bojo dessa estratégia racialista e antirracista, as áreas da educação e saúde têm se destacado por força de sua intensa atuação e mobilização no país.

1.4.3 Relações raciais no Brasil

A chamada “ideologia da miscigenação” tem ocupado lugar central na autoimagem nacional e tem influenciado a produção das ciências sociais no Brasil. Tal ideologia se materializou com uma política de branqueamento do país no final do século XIX, com o incentivo da imigração europeia como forma de promover a assimilação gradual pela população brasileira de características (somáticas, mentais e psicológicas) atribuídas à branquitude, consideradas superiores (GUIMARÃES, 2004).

Ao tratar do tema do branqueamento e branquitude no Brasil, Maria Aparecida Silva Bento afirma que “havia uma expectativa de o Brasil tornar-se um país branco, como consequência do cruzamento de raças” (BENTO, 2012, p. 47). Tal visão se estendia para além do campo da ciência, estando presente nas artes, nos escritos dos pesquisadores, na imprensa, o que evidenciava uma resposta ao medo das elites brancas do final do século XIX e início do século XX, “[...] gerado pelo crescimento da população negra e mestiça que, segundo o Censo de 1972, chegava a 55% do total de brasileiros” (BENTO, 2012, p. 47).

A despeito da violência que pautou esse processo, a ideologia da miscigenação ainda persiste no imaginário social, apresentando o Brasil como uma nação onde o racismo e a discriminação racial não existem, uma vez que há uma crença generalizada e reforçada de que miscigenação e racismo seriam fenômenos contraditórios.

Além disso, conforme Guimarães (1999, p. 39), “os brasileiros se imaginam numa democracia racial”, noção que tem raízes profundas na história e na produção intelectual do país, que, até pelo menos a década de 1970, “[...] reafirmou (e tranquilizou), tanto aos brasileiros quanto ao resto do mundo, o caráter relativamente harmônico de nosso padrão de relações raciais” (p. 39). O autor analisa a “democracia racial” brasileira como uma ideologia historicamente datada, materializada em práticas sociais, em políticas estatais e

em discursos literários e artísticos. Essa ideologia teve muita força entre 1930 e 1970, quando passou a ser mais fortemente confrontada (GUIMARÃES, 2002).

Conforme aponta Raquel Souza (2004), a questão racial conformada pelos referidos mecanismos ideológicos, é identificada mais facilmente, no âmbito da retórica, como forma de exclusão social. No entanto, “no campo das relações cotidianas isso é mais difícil, haja vista a enorme dificuldade para nomear, identificar e localizar aqueles que seriam as vítimas da discriminação” (SOUZAS, 2004, p. 3). A autora atribui a isso o “mito da democracia racial”, que estaria inculcado na população brasileira e que esconderia a problemática, mascarando episódios de discriminação.

No que se refere à experiência das mulheres negras em relação ao processo de miscigenação, Costa (2009, p. 97) ressalta que “[...] essa miscigenação foi fruto, primeiramente, da dominação e exploração sexual dos homens brancos sobre as mulheres negras e índias”. Corrêa (1996, p. 43) considera que:

É como se fosse impossível tratar de raça sem tratar de sexo ou de sexualidade: produto de relações sexuais (espúrias) o mulato trazia já no nome escolhido para designá-lo a marca de sua origem. (Durante algum tempo discutia-se na literatura médica se os mulatos, como o seu nome indica, eram ou não estéreis – como as mulas, produtos do cruzamento entre éguas e jumentos).

Teorizações acerca da ideologia da miscigenação, do branqueamento e do mito da democracia racial favorecem a compreensão da dinâmica das relações raciais. Assim, uma vez que a miscigenação integra uma estratégia de atingir a branquitude, a referência para a classificação racial é a cor da pele, somada a aspectos como a textura do cabelo e a fisionomia. Tal classificação é feita de forma relacional, provisória e flexível, em combinação com outros aspectos, como gênero e classe social.

Iray Carone (2009) ressalta que, enquanto no período pré e pós-abolição da escravatura, o branqueamento convinha às necessidades, desejos, preocupações e medo das elites brancas, hoje ele assume outras conotações, sendo um discurso que atribui às/aos negras/os o desejo de embranquecer e de obter privilégios da branquitude com base em sua inveja, imitação ou falta de uma identidade racial positiva. Dessa forma, manifestações concretas de racismo, ao serem denunciadas por pessoas negras, são vistas como exageradas e auto-vitimistas, resultando em uma espécie de censura cultural em torno do assunto (SHERIFF, 2001), ao mesmo tempo em que práticas cotidianas de discriminação perpetuam uma estrutura social racista (GOLDSTEIN, 2003, p. 105).

Goldstein observa ainda que, nesse contexto marcado pela interdição cultural em torno do racismo e pela vigência de leis contra o racismo e a discriminação racial mais rígidas, formas indiretas de comunicação são usadas como um escape: em vez de ofensas raciais deliberadas, predominam piadas sobre negras/os e silêncios subentendidos, mecanismos que se prestam menos à descrição e à sua eliminação.

Essa visão sobre as interações raciais converge com a noção de Segato sobre raça ser signo, cujo significante é dado pelo contexto histórico em que opera. As interações sociais, em geral, baseiam-se em uma classificação binária de incluídas/os e excluídas/os, no interior da qual a cor é fundamental (SEGATO, 2005, p. 46), um signo que se refere a um *lócus* histórico polarizado entre vencidas/os – não-brancas/os – e vencedoras/es – brancas/os. A realidade do que chamamos de raça é uma seleção cognitiva de traços físicos transformada em traços diacríticos, de forma a marcar grupos populacionais e atribuir a eles um destino como parte da hierarquia social (SEGATO, 2005, p. 31-40). Assim, as reclassificações, seja no sentido de enegrecer ou de embranquecer, são frutos de estratégias sociais em contextos específicos que visam acesso ou impedimento a determinadas vantagens sociais, políticas ou econômicas.

Ainda a esse respeito, Segato (2003, p. 2) propõe a ideia de racismo e sexismo automáticos, se referindo a “[...] um conjunto de mecanismos legitimados pelo costume para garantir a perpetuação do status” relacionados ao gênero, à ordem racial e outras ordens, como de classe, regional etc. Esse caráter automático opera no controle da permanência das hierarquias sociais e frequentemente escapa à formalidade das leis e encontra poucas formas de resistência, já que sua naturalização dificulta sua percepção e problematização, bem como permite que os próprios sujeitos, frequentemente vítimas dessas ideologias, reproduzam atos racistas e sexistas. Tanto o racismo como o sexismo se concretizam em ações silenciosas e rotineiras, produtoras de sentidos, dificilmente flagrados, mas capturados por sua recorrência e pela eficácia dos microscópicos e rotineiros gestos de discriminação e dano moral.

Embora a constatação de que as práticas são alimentadas por um imaginário no qual a negritude aparece como marca de inferioridade pareça óbvia, poucos estudos têm se dedicado a identificar representações sociais e dinâmicas que as fundamentam. Dessa forma, escassas são as reflexões sobre os mecanismos do racismo nas instituições,

possivelmente devido às dificuldades das próprias instituições em reconhecerem tais mecanismos e se autoexaminarem como (re)produtoras de racismo (LÓPEZ, 2012).

1.4.4 O conceito de racismo institucional: um pouco de história

Para designar a forma como os poderes públicos produzem e reproduzem dinâmicas racistas nas instituições, cunhou-se o conceito “racismo institucional”, que pode ser verificado “[...] por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas” (BRASIL, 2011, p. 8). Nas instituições, o racismo se manifesta de diferentes formas – tais como ausência da produção e uso de dados desagregados, ausência de mecanismos de responsabilização e punição de atitudes discriminatórias etc –, de forma que tal conceito e as práticas decorrentes dele necessitam ser aprofundados, explorados e ganhar mais visibilidade nas instituições.

Kalckmann et al. (2007) ressaltam que a prática do racismo institucional na área da saúde afeta preponderantemente as populações negra e indígena. Ao minimizar as possibilidades de diálogo dos/as usuários/as com os serviços, o racismo participa decisivamente da saúde das pessoas e, logo, reforça a exclusão social. Dessa forma,

A invisibilidade das doenças que são mais prevalentes nestes grupos populacionais, a não inclusão da questão racial nos aparelhos de formação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da atenção à saúde, assim como o acesso aos insumos, determinam diferenças importantes nos perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros (KALCKMANN et al., 2007, p. 148).

Laura Cecília López (2012), ao refletir sobre o racismo institucional e suas aplicações no campo da saúde, mostra que o conceito emerge no contexto dos anos 1990, com ênfase nos anos 2000, como “[...] organizador de uma nova pauta de ações que possibilita a mobilização dos vários atores sociais que intervêm no processo de elaboração de políticas públicas de promoção da igualdade racial” (p. 126-127). Ao refletir sobre o conceito em relação a sua pertinência para a realidade brasileira, ressalta que

O racismo institucional, tal como o definem Silva et al. (2009), não se expressa em atos manifestos, explícitos ou declarados de discriminação (como poderiam ser as manifestações individuais e conscientes que marcam o racismo e a discriminação racial, tal qual reconhecidas e punidas pela Constituição brasileira). Ao contrário, *atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, que operam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população*

do ponto de vista racial. Ele extrapola as relações interpessoais e instaura-se no cotidiano institucional, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades. (LÓPEZ, 2012, p.127, grifo nosso).

A utilização do conceito é relevante e oportuna, na medida em que desloca o debate do plano exclusivo das relações interpessoais para o campo de sua dimensão político-institucional e social. Possibilita compreender de forma mais ampla a produção e a reprodução das desigualdades raciais no país, além de favorecer as “[...] possibilidades de se efetivarem, nas políticas públicas e nas políticas organizacionais, novas frentes para se desconstruir o racismo e promover a igualdade racial” (LÓPEZ, 2012, p. 126-127).

Em 2005, foi implementado no Brasil o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), tendo como foco principal a saúde, por meio de uma parceria entre a Secretaria de Promoção de Políticas da Igualdade Racial (SEPPIR), o Ministério Público Federal, o MS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Segundo a definição adotada pelo PCRI, o racismo institucional se refere ao:

[...] fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (CRI, 2006, p. 22).

Os dados desagregados por cor/raça do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) sobre saúde no Brasil mostram diferenças entre a população branca e negra: “[...] para os brancos, 54% dos atendimentos e 59% das internações foram cobertos pelo SUS; e para os negros as proporções foram de 76% e 81,3%, respectivamente. Este fato dá fortes indícios do quanto a população negra é SUS-dependente” (IPEA, 2008, p. 21). Quando são analisados os dados de cobertura por planos privados de saúde, a relação se inverte: “33,2% dos brancos possuem planos de saúde privados, enquanto apenas 14,7% dos negros estão na mesma situação” (IPEA, 2008, p. 21).

Em relação à saúde das mulheres, os dados do IPEA mostram que “[...] 36,4% das mulheres de 25 anos ou mais de idade nunca fizeram o exame clínico de mamas, sendo que entre as brancas a proporção é de 28,7% e entre as negras a proporção sobe para 46,3%”

(IPEA, 2008, p. 21). Conforme apontam os/as pesquisadores/as, tal desigualdade não se explica pelo fato de as mulheres negras terem menos educação formal e menores rendimentos, dificultando seu acesso aos serviços de saúde, já que as desigualdades permanecem mesmo entre as mulheres com mais de 12 anos de estudo: “10,5% das mulheres brancas com este nível educacional e 18% das negras nunca fizeram exame clínico de mama” (IPEA, 2008, p. 21). Tais números remetem às desigualdades na qualidade do atendimento prestado, “[...] relacionadas a práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de preconceitos e estereótipos racistas, próprios do racismo institucional” (IPEA, 2008, p. 21).

Segundo dados mais recentes, provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 realizada pelo IBGE em convênio com o MS, 10,6% das pessoas com 18 anos ou mais (ou 15,5 milhões) já haviam se sentido discriminadas ou tratadas de maneira pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum/alguma médico/a ou outro/a profissional de saúde (IBGE, 2015). Os percentuais foram significativamente maiores nas regiões Norte (13,6%) e Centro-Oeste (13,3%). Dentre as pessoas que já se sentiram discriminadas por profissionais de saúde, destacaram-se as mulheres (11,6%); as pessoas de 30 a 39 anos (11,9%) e de 40 a 59 anos (12,0%); as pessoas de cor preta (11,9%) e parda (11,4%); e as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (11,8%).

A pesquisa também investigou os motivos percebidos pelas pessoas que se sentiram discriminadas nos serviços de saúde e os dados revelam que mais da metade da população de 18 anos ou mais de idade respondeu como motivos a falta de dinheiro (53,9%) e a classe social (52,5%). Os motivos como cor ou raça (13,6%), tipo de ocupação (15,6%) e tipo de doença (14,8%) obtiveram percentuais relevantes da população que já se sentiu discriminada no serviço de saúde. A idade foi motivo de discriminação sentido por 12,0% das pessoas; religião/crença por 8,1%; sexo por 3,7%; e preferência sexual por 1,7%. A pesquisa revelou também que o plano de saúde era mais presente entre brancos (37,9%) do que pardos (18,7%) e pretos (21,6%), confirmando os dados do IPEA de que a população negra é dependente do SUS (IBGE, 2015).

Nesse contexto, as mulheres negras têm denunciado a violência obstétrica e o tratamento racista nas instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas. Em 25 de novembro de 2014, o MS e a Secretaria de Direitos Humanos (SDH) lançaram a campanha

de conscientização “SUS Sem Racismo”²² para dar visibilidade e enfrentar a discriminação racial no Sistema Único de Saúde (SUS), incentivando as pessoas a denunciarem atos de discriminação racial. Com o *slogan* “Racismo faz mal à saúde. Denuncie, ligue 136!”²³, a campanha trouxe também algumas estatísticas oficiais e dados do IBGE, DATASUS e do Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde que embasam os argumentos das mulheres negras: são atendidas, em média, por menos tempo do que as mulheres brancas e são 60% das vítimas de mortalidade materna. Além disso, diferentemente das 46,2% das mulheres brancas que foram acompanhadas durante o parto, apenas 27% das mulheres negras receberam o mesmo acompanhamento e somente 62,5% das mulheres negras foram orientadas sobre a importância do aleitamento materno, contra 77% das mulheres brancas.

Segundo Batista (2005, p. 72), “[...] a construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos e negros condiciona a sua forma de viver como grupos sociais”. O espaço social que homens e mulheres, brancos e negros, ocupam na sociedade afeta diretamente o processo do nascimento, saúde, doença e morte. Produções acadêmicas vêm problematizando a “saúde da população negra”, relacionando os conceitos de vulnerabilidade e racismo e seus impactos na saúde (BARBOSA, 1998; BATISTA, 2002; LOPES, 2005). Referem-se ao conceito de vulnerabilidade como contextos gerados a partir de condições sociais de violência cotidiana e injustiça estrutural, que provocam uma fragilidade política e institucional na promoção, proteção ou garantia de direitos de determinados grupos ou indivíduos.

Nesse sentido, a vulnerabilidade pode ser analisada a partir de três dimensões: individual, relacionada às condições socioculturais que afetam os sujeitos na promoção de sua saúde; social, que se refere à posição dos sujeitos ou grupos nos processos sociais; e programática, relacionadas às condições institucionais promovidas por políticas públicas e distribuição de recursos. Segundo López (2012, p. 130), ao relacionar o conceito de racismo institucional com o de vulnerabilidade - especialmente na sua dimensão programática - encontra-se uma “[...] continuidade de raciocínio ao se pensarem

²² Para mais informações sobre a campanha, ver: <https://www.facebook.com/SUSnasRedes?fref=ts>. Acesso em: 10 dez. 2014.

²³ À época de sua divulgação, o Conselho Federal de Medicina (CFM) se pronunciou contra a Campanha e divulgou uma nota de repúdio na qual acusa a campanha de racista. Para mais informações, ver: <http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2014/11/cfm-repudia-campanha-do-governo-que-e-contrario-racismo>; http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25221:cfm-repudia-campanha-do-governo-sobre-o-racismo&catid=3. Acesso em: 21 set. 2015.

mecanismos e condições institucionais para ‘fazer viver’ e ‘deixar morrer’ determinados segmentos da população, em conformidade com uma biopolítica”. De acordo com ela:

Nesse sentido, o fato de o racismo institucional se tornar objeto de reflexões acadêmicas articuladas a mobilizações da sociedade civil põe em evidência estratégias contemporâneas de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte, que atingem, diferencialmente, populações do ponto de vista racial. Ao mesmo tempo, visibiliza modos de subjetivação em relação a discursos de verdade que, historicamente, vêm racializando indivíduos. Esses sujeitos passam hoje a definir sua cidadania em termos de seus direitos à vida e à saúde. (LÓPEZ, 2012, p. 130).

Ainda segundo López (2012), as pesquisas acadêmicas de Leal, Gama e Cunha (2005), Martins (2007 apud LÓPEZ, 2012) e as de Martins (2006) tornaram-se referências para a demanda pela desconstrução do racismo institucional no SUS. A primeira identificou persistente situação desfavorável das mulheres de pele preta e parda em relação às brancas, constatando dois níveis de discriminação – a racial e a educacional – “[...] que perpassam a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérpera do Município do Rio de Janeiro” (LEAL et al., 2004, p. 100). As mulheres gestantes se diferenciam nos serviços de saúde segundo a raça e o grau de instrução, de forma que, no pré-natal, as mulheres pretas e pardas tiveram menor acesso à atenção adequada de acordo com padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde; no momento do parto foram mais penalizadas por não serem aceitas na primeira maternidade que procuraram e, durante o parto, receberam menos anestesia. Tais diferenças no tratamento oferecido pelos serviços de saúde foram identificadas pelas mulheres ao avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos a elas.

Martins (2007 apud LÓPEZ; MARTINS, 2006) analisou dados sobre mortalidade materna com perspectiva racial, verificando que “[...] o risco de mortalidade provocada por eclampsia (derivada de um diagnóstico não adequado no exame pré-natal) é maior entre as mulheres negras, configurando importante expressão de desigualdade” (LÓPEZ, 2012, p. 130). A autora mostra a importância do quesito cor na informação sobre mortalidade materna, referindo que no Município de São Paulo e no Estado do Paraná “[...] o quesito cor dos óbitos maternos é investigado desde 1993, constituindo-se em importante fonte de informação para o estudo da mortalidade materna de mulheres negras” (MARTINS, 2006, p. 2476). No entanto, a coleta dos dados por cor não era feita de forma ininterrupta em outros estados, o que, segundo Martins, acaba reforçando o racismo institucional. A partir

de ambas as pesquisas, López (2012) traz importantes questionamentos acerca do racismo institucional na saúde:

[...] o que as instituições em saúde disseminam seriam, de fato, *práticas sistemáticas baseadas em um imaginário de fragilidades intrínsecas à mulher branca e uma “força natural” que dispensa maiores cuidados para a mulher negra, ou, de outra parte, a negligência em relação a problemas de saúde que as atingem.* Outro questionamento se relacionaria como *descaso quanto a considerar relevante a informação do quesito cor, inviabilizando a possibilidade de se evidenciar desigualdades raciais,* e, ainda, de se questionarem dispositivos de biopoder que “elegem” a vida ou a morte de determinados segmentos da população. (LÓPEZ, 2012, p.131, grifo nosso).

Outro importante estudo exploratório, realizado no município de São Paulo em 2005, evidenciou que a população negra vem sendo discriminada nas unidades de saúde, tanto como usuários/as quanto como profissionais (KALCKMANN et al., 2007). Apesar de a maioria dos relatos do estudo remeter a serviços públicos, os planos privados também foram citados. Dessa forma, os serviços de saúde atuam aumentando “[...] a vulnerabilidade desses grupos populacionais, ampliando barreiras ao acesso, diminuindo a possibilidade de diálogo e provocando o afastamento de usuários” (KALCKMANN et al., 2007, p. 146). Dessa forma, do total dos/as respondentes ao questionário,

43,3% (104) responderam que já perceberam alguma discriminação racial nos serviços de saúde, 60%, 44,2% e 40,8%, entre os de cor preta, branca e parda, respectivamente. *A proporção de pessoas que relataram ter vivenciado o racismo foi muito maior que a encontrada na pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo (2004), realizada com a população em geral. Essa pesquisa constatou que o setor saúde é o principal local discriminador,* pois 3% dos entrevistados relataram ter sofrido discriminação ao buscar cuidados de saúde (1% brancos, 3% pardos, 6% pretos e 3% indígenas). (KALCKMANN et al., 2007, p.150, grifo nosso).

1.5 Feminismo negro e “interseccionalidade”

Conforme a socióloga negra norte-americana, Patricia Hill Collins (1998; 2011), as ideias associadas aos estudos de raça, gênero e classe social vêm sendo elaboradas no exterior da academia por ativistas, intelectuais e feministas negras pelo menos desde o século XIX, por ocasião de reflexões sobre suas condições de vida em uma estrutura social racista e sexista. Na década de 1980, após a revogação do regime de segregação racial e com o acesso de afro-americanas/os às instituições de ensino superior dos Estados Unidos, os estudos de gênero, feminismo, raça e classe foram transformados, “[...] de forma a contemplar as experiências de grupos raciais não-hegemônicos e a considerar fenômenos

sociais que acometem as mulheres destes grupos” (PEREIRA, 2013, p. 5). A entrada das ideias de militantes na academia favoreceu, ao mesmo tempo, sua adaptação para versões mais disciplinadas dos estudos de gênero, raça e classe, se comparadas àquelas produzidas no bojo dos movimentos sociais.

Nutrindo-se destas discussões, a ativista negra e teórica racial crítica Kimberlé Crenshaw elaborou a versão atualmente mais conhecida da análise concomitante de gênero, raça e classe, difundida sob a rubrica de “interseccionalidade” (PEREIRA, 2013). Mais que um debate teórico, a produção deste conceito por Crenshaw foi motivada pela identificação da necessidade de uma ferramenta heurística que combatesse a invisibilidade da experiência das mulheres negras na política antirracista e feminista e contemplasse dinâmicas operantes no fenômeno da violência contra as mulheres negras:

Argumento que as mulheres negras às vezes são excluídas da teoria feminista e do discurso da política antirracista porque ambos pressupõem um conjunto distinto de experiências que frequentemente não refletem a interação de raça e gênero de maneira precisa. Estes problemas de exclusão não podem ser resolvidos por meio da simples inclusão das mulheres negras em uma estrutura analítica já estabelecida. Como a experiência interseccional é maior do que a soma do racismo e do sexismo, qualquer análise que não considere a interseccionalidade não pode abordar exaustivamente a subordinação das mulheres negras. Portanto, para que a teoria feminista e o discurso da política antirracista incluam as experiências e as preocupações das mulheres negras, o quadro analítico que vem sendo usado como base para traduzir a “experiência feminina” ou “a experiência das/os negras/os” em demandas políticas concretas deve ser repensado e reformulado como um todo (CRENSHAW, 1989, p. 58, tradução nossa)²⁴.

O objetivo de suas reflexões é aumentar a proteção jurídica conferida às mulheres negras, partindo, para tanto, da análise e comparação de casos. Suas conclusões apontam para o fato de que as mulheres do grupo racial não-hegemônico, por vezes, vivenciam expressões da discriminação que resguardam semelhanças em relação aos homens negros e às mulheres brancas. Contudo, frequentemente, elas são submetidas a tipos diversos, que emanam da dupla discriminação de mulheres e de negras/os ou ainda da fusão de ambos, determinando formatos de violência específicos direcionados às mulheres negras.

²⁴ “I argue that sometimes Black women are excluded from feminist theory and antiracist policy discourse because both are predicated on a discrete set of experiences that often does not accurately reflect the interaction of race and gender. These problems of exclusion cannot be solved simply by including Black women within an already established analytical structure. Because the intersectional experience is greater than the sum of racism and sexism, any analysis that does not take intersectionality into account cannot sufficiently address the particular manner in which Black women are subordinated. Thus, for feminist theory and antiracist policy discourse to embrace the experiences and concerns of Black women, the entire framework that has been used as a basis for translating “women’s experience” or “the Black experience” into concrete policy demands must be rethought and recast”.

Crenshaw (1989) constata, no mais, que o enquadramento de suas demandas em categorias analíticas monolíticas obscurece suas experiências e enfraquece seus direitos.

O conceito de interseccionalidade “busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação”. Nesse sentido, trata da “forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições de mulheres, raças, etnias, classes e outras”. Trata também da “forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento” (CRENSHAW, 2002, p. 177). Assim, a noção de interseccionalidade pode ser considerada uma crítica e problematização à ideia de dupla e tripla discriminação, pois encontra-se em meio a eixos que se entrecruzam em dinâmicas que estruturam a vida social, de forma a hierarquizar a posição de indivíduos.

Para Collins (2000, p. 23), o conceito de interseccionalidade deve ser complementado pela ideia de eixos de opressão que inscrevem-se em uma “matriz de dominação”. Além de raça, diferenças e hierarquias entre grupos sociais são operadas por outros marcadores relevantes, tais como classe, gênero, sexualidade, dentre outros, que operam de forma interconectada. Desta forma, abandona-se o modelo de “soma” de opressões, considerando que cada sistema depende do outro para atuar.

Aplicado desta maneira, o conceito de interseccionalidade explora as vulnerabilidades e opressões vivenciadas por mulheres situadas nos chamados pontos de encontros de dois ou mais eixos de poder. Essa é uma importante ferramenta analítica para entender a experiência de mulheres negras em relação ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto na interação com os serviços e os/as profissionais de saúde. Conforme ressalta Pereira (2013, p. 20),

[...] o significado atrelado à interseccionalidade recusa noções monolíticas de desigualdade priorizadas pelo feminismo e pelo estudo das relações raciais. Quando usado como um recurso descritivo, a interseccionalidade do feminismo negro amplia o campo de visão no qual o estudo das relações raciais tem se firmado, permitindo compreender como a opressão racial é dependente e combinada a opressões organizadas segundo gênero, heteronormatividade e exploração econômica (PEREIRA, 2013, p. 20).

Bell Hooks (1995)²⁵ destaca a articulação entre o racismo, o sexismo e a exploração de classe, denunciando que o corpo feminino negro é encarado como mais próximo do natural, animal e primitivo, desregrado e destinado apenas a servir. Segundo ela, as mulheres negras têm sido historicamente consideradas “só corpo sem mente”:

A utilização de corpos femininos negros na escravidão como incubadoras para a geração de outros escravos era a exemplificação prática da ideia de que as “mulheres desregradas” deviam ser controladas. Para justificar a exploração masculina branca e o estupro das negras durante a escravidão, a cultura branca teve de produzir uma iconografia de corpos de negras que insistia em representá-las como altamente dotadas de sexo, *a perfeita encarnação de um erotismo primitivo e desenfreado*. Essas representações incutiram na consciência de todos a ideia de que as negras eram *só corpo, sem mente*. A aceitação cultural dessas representações continua a informar a maneira como as negras são encaradas. Vistos como “símbolo sexual”, os corpos femininos negros são postos numa categoria, em termos culturais, tida como bastante distante da vida mental. (HOOKS, 1995, p.469, grifo nosso).

Collins (2000) enfatiza a necessidade de se explorar essas representações ao tratar da dimensão ideológica da opressão das mulheres negras afro-americanas, constatando que “certas qualidades atribuídas às mulheres negras são utilizadas para justificar a opressão” (p. 5). Tais estereótipos negativos fazem parte de ideologias racistas e sexistas hegemônicas, que são vistas e nomeadas como naturais e inevitáveis.

Analogamente às experiências das mulheres negras norte-americanas, o movimento de mulheres negras no Brasil se constitui justamente a partir do cruzamento das questões de gênero, raça e classe social e o acúmulo de suas discussões e debates refletem a “complexidade entre o ser mulher e o ser negra” (RIBEIRO, 1995, p. 452). No entanto, ao contrário do que aconteceu nos Estados Unidos, a menor permeabilidade acadêmica impediu a constituição de um campo de estudos das mulheres negras no país (CRENSHAW, 2011), obedecendo à tendência constatada por Collins (2000) de que conhecimentos e pensamentos subalternos são silenciados e invisibilizados pelos pensamentos hegemônicos e dominantes, pois são considerados transgressores.

Sueli Carneiro (2003) afirma que o discurso clássico sobre a opressão das mulheres não tem reconhecido a experiência histórica diferenciada das mulheres negras, bem como “não tem dado conta da diferença qualitativa que o efeito da opressão sofrida teve e ainda tem na identidade feminina das mulheres negras” (p. 49). Análises substantivas têm sido promovidas pelas ativistas negras. Antes mesmo da popularização dos escritos de

²⁵ O nome é um pseudônimo grafado em letras minúsculas para marcar, segundo a autora, que o mais relevante em suas obras é o conteúdo e suas ideias e não os nomes e títulos.

Crenshaw no país, intelectuais como Lélia Gonzalez (1983) já combatiam a invisibilidade da dimensão racial da opressão contra as mulheres, formulando quadros analíticos em que racismo e o sexismo aparecem como determinantes da exploração capitalista.

Dos coletivos militantes, emanaram também considerações sobre o aprisionamento e controle do corpo das mulheres negras e das representações sociais inferiorizantes na cultura hegemônica. A este respeito, Carneiro (2003, p. 49) afirma:

Quando falamos do mito da fragilidade feminina, que justificou historicamente a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres, de que mulheres estamos falando? Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca fomos tratadas como frágeis. Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas [...]

Tais análises tiveram papel central no desenvolvimento do conceito de saúde reprodutiva. A atuação de ativistas negras no campo da saúde e dos direitos reprodutivos consolidou-se por meio de denúncias sobre políticas de controle de natalidade que teriam como alvo principal a população negra²⁶ (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

A explicação dessas assimetrias passou a ser atribuída por elas a um controle diferenciado do corpo das mulheres negras por parte do Estado e da sociedade, uma vez que a discriminação é baseada em uma concepção ontológica animalizada, que associa seus corpos à “natureza que deve ser dominada”. Além disso, é importante considerar também que “[...] pela especificidade da experiência da escravidão, as mulheres negras tiveram mais intenso o controle físico imposto sobre seus corpos e, desprovidas de sua condição de ‘sujeito’, foram marcadas tanto racial quanto sexualmente” (RIBEIRO, 2012, p. 190).

Segundo Jurema Werneck (2004, p. 1), o “[...] racismo, mais que o sexismo, tem sido o fator determinante na definição dos limites ou das possibilidades de vivência livre dos chamados direitos reprodutivos pela maioria das mulheres do mundo”. A partir da perspectiva das mulheres negras, a manipulação de sua capacidade procriadora ocorre há séculos, desde a vigência do regime escravista nas Américas e Europa, quando as negras eram obrigadas a procriar segundo pressupostos econômicos racistas:

²⁶ Sobre o tema da esterilização de mulheres negras, ver: Werneck (2004); Carneiro (2003); Berquó (1999); Roland (1995).

A transição do regime de escravidão para o de liberdade significou, entre outras, a mudança de definição ou do *status* conferido aos corpos das mulheres e aos frutos concebidos por eles. Em comum, as duas épocas partilham a perspectiva da inferioridade racial e de gênero das mulheres negras (WERNECK, 2004, p. 2).

Assim, as noções de que a variável “raça” é fundamental para a interpretação dos dados sobre saúde reprodutiva e que o racismo e o sexismo são fenômenos centrais para explicar as desigualdades nesse campo têm origem entre intelectuais negras e aparece de forma recorrente em seus discursos e formulações teóricas. Ademais, suas constatações inspiraram pesquisas empíricas com recorte de gênero e raça, que começaram a se desenvolver nos anos 1960 e ganharam visibilidade na década de 1980, com os estudos dos sociólogos Carlos Hasenbalg e Nelson do Valle Silva.

Enfim, na medida em que se dá a configuração de um novo marco interpretativo sobre a saúde pública no Brasil e que os esforços políticos de grupos de mulheres negras foram decisivos para a inclusão do tema dos direitos reprodutivos na agenda pública governamental, suas interpretações devem ser consideradas imprescindíveis e expandidas para temas como o da presente dissertação.

CAPÍTULO 2

“Levando com a barriga”: gestação e pré-natal

*O racismo se pauta pelo não fazer, não olhar e não perceber*²⁷.

Em linhas gerais, o presente capítulo apresenta e discute os principais dados encontrados a partir da análise do *software* IRAMUTEQ e dos relatos obtidos pelas entrevistas, de modo entremeado com dados sobre o acesso ao pré-natal no país e embasamentos da literatura teórica pertinente. O expediente da triangulação metodológica, onde diferentes fontes e tratamento de dados confluem para o favorecimento da precisão dos resultados e sua análise, é ora empregado na apreensão de uma realidade tão difusa e de difícil aproximação: o racismo brasileiro e suas articulações com gênero no tema desta dissertação.

Particularmente, em relação aos dados desta pesquisa, busco, a partir das elaborações das informantes, identificar um campo comum de narrativas, sentimentos, percepções e práticas, que tenham implicações para a experiência delas na gestação e no pré-natal e que digam respeito, simultaneamente, à cor/raça e ao gênero. Nesse sentido, abordo – por vezes de maneira indireta – como a cor/raça é entendida na interação com os serviços e os/as profissionais de saúde durante o pré-natal, além de apreender representações vigentes sobre o corpo grávido e a gestação das mulheres negras, por meio dessa mesma interação.

Em seguida, exponho algumas diferenciações nos discursos das informantes, explorando como as diferentes variáveis e marcadores sociais (como, escolaridade, renda e local de moradia) constituem tais discursos, não apenas os influenciando. Nesse percurso, trago à tona alguns dados e pesquisas relacionadas ao tema, além das estratégias utilizadas pelas informantes para lidar com as situações vivenciadas. Ademais, procuro evidenciar em que medida os tratamentos relatados se aproximam das representações, ideias e ações racistas “naturalizadas” na sociedade sobre as mulheres negras. Privilegio nas interpretações das informantes aspectos e expressões relacionados simultaneamente à cor/raça e ao gênero.

²⁷ Disponível em: <http://www.geledes.org.br/teorias-e-praticas-cientificas-legitimam-producao-de-iniquidades-alertam-pesquisadores-reunidos-no-recife/>. Acesso em: 16/09/2015.

Para tanto, destaco as falas de Renata, Joice, Beatriz e Nádia como especialmente reveladoras dos aspectos tratados, sem deixar de considerar as falas de outras informantes, como Clarice e Pamela, que também trazem contribuições relevantes.

2.1 Principais dados encontrados no software IRAMUTEQ

O *corpus* com os dados de todas as informantes revelou a existência de dois eixos em torno dos quais se articula cinco classes de palavras, conforme apontado nas Considerações Metodológicas. Já o *corpus* com os dados das entrevistas com as mulheres negras gerou dois eixos e quatro classes de palavras, sendo duas referentes ao pré-natal (classes 1 e 3), tratadas no presente capítulo, e as outras duas relacionadas ao parto e pós-parto/puerpério (classes 2 e 4), que serão tratadas no decorrer do capítulo 3. Essas classes foram pistas importantes para a organização dos relatos das informantes, conforme será mostrado nos itens a seguir.

As entrevistas trouxeram as narrativas sobre a gestação e o pré-natal sintetizadas em palavras como “médico”, “acompanhamento”, “plano de saúde”, “consultas”, “pré-natal”, e como foram construídas as decisões sobre o parto nesse processo, relacionando a palavras como “normal”, “humanizado” e “cesáreo”, “decidir”, “desistir”, “pagar”. Ademais, a recorrência de palavras como “negra”, “relação”, “coisa”, “difícil”, “claro”, “branco”, “ruim”, remetem às relações racializadas na interação com profissionais e serviços de saúde durante o pré-natal.

Ou seja, a partir da análise dessas classes, emerge a dimensão racial de forma mais explícita para as informantes nas relações pessoais e interações diretas com profissionais de saúde. Já as dimensões do racismo institucional se configuram de forma difusa e conseqüentemente, são mais dificilmente identificadas, nomeadas e percebidas pelas informantes, contribuindo para sua invisibilidade.

Ademais, o *corpus* com as narrativas das mulheres brancas (grupo de controle) não gerou uma classe de palavras relacionada à raça/cor. Tal dado aproxima-se de outros estudos que afirmam que as mulheres brancas não se veem, tampouco são vistas como portadoras de uma problemática racial. Ser branca é considerado ser portadora de um estado neutro.

2.2 O pré-natal no Brasil

O Ministério da Saúde recomenda que as gestantes tenham, pelo menos, sete consultas de pré-natal. Segundo dados do Ministério, em 2012, 62,4% das gestantes realizaram sete ou mais consultas pré-natal; 27,3% tiveram de quatro a seis consultas; 7,3% tiveram de uma a três consultas; e, 3% não tiveram nenhuma consulta pré-natal. Embora os dados mostrem aumento da proporção de gestantes com sete ou mais consultas ao longo do tempo, indicando uma cobertura atual relativamente ampla, permanecem as diferenças regionais. As regiões Sul e Sudeste apresentam maiores proporções e as mulheres das regiões Norte e Nordeste tiveram menos acesso ao atendimento pré-natal conforme recomendado: apenas 41% das gestantes da região Norte e 50,2% das gestantes do Nordeste realizaram sete ou mais consultas – proporções abaixo da média nacional (BRASIL, 2015). A proporção de consultas também aumenta com a escolaridade das mães e, paradoxalmente, diminui nos grupos de “maior risco”, os grupos de idades extremas (BRASIL, 2012).

Além dessas disparidades regionais, destacam-se as desigualdades relacionadas à cor/raça no acesso ao pré-natal. As gestantes brancas tiveram mais acesso ao pré-natal, de forma que quase 75% delas tiveram sete ou mais consultas; entre as gestantes pretas e pardas, apenas 56,4% e 54,8%, respectivamente, tiveram pelo menos sete consultas. Entre as indígenas, apenas 24,3% tiveram acesso ao atendimento recomendado (BRASIL, 2015).

2.3 A descoberta da gravidez e o planejamento reprodutivo

Embora o trabalho de campo não possua valor quantitativo, é significativo o dado de que a maioria das entrevistadas não planejou a gravidez: dentre as dez informantes negras, apenas duas tinham planos de engravidar; e dentre as cinco brancas, apenas uma planejou a gestação. As demais relataram que a gravidez foi um susto, uma surpresa, o que revela falhas no planejamento reprodutivo e a necessidade de aprimoramentos nas políticas públicas relacionadas a esse campo²⁸. Segundo a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito

²⁸ Não foi objetivo da pesquisa explorar as variadas razões para as falhas no planejamento reprodutivo. Para mais informações, ver Heilborn et al (2009); Costa, Guilhen e Silver (2006); Ventura (2009).

Nacional sobre Parto e Nascimento”²⁹, dentre as brasileiras gestantes, menos da metade (45%) declarou ter desejado a gravidez que vivenciaram.

2.4 Renata³⁰: estratégias de resistência na negociação com profissionais e instituições de saúde

Como sua menstruação sempre foi regular, Renata suspeitou do atraso e foi fazer o exame de laboratório, que deu positivo. Sua gravidez não foi planejada, foi “totalmente no susto” e descoberta no último semestre da sua graduação em Jornalismo, quando estava com vinte e um anos. Ao confirmar que estava grávida, fez um esforço para cursar todas as disciplinas que faltavam para se graduar, para não “correr o risco de ter de ir pra faculdade com um bebê”.

Alguns dias após descobrir que estava grávida, teve um sangramento e suspeitou que havia sofrido um aborto espontâneo. Foi até a emergência de um hospital particular vinculado a seu plano de saúde para realizar exames, quando aconteceu, segundo ela, sua “primeira experiência trágica de atendimento” durante sua gestação:

Renata: O médico fez uma ecografia transvaginal e lá ele não viu o que ele esperava ver... Então ele virou para mim e falou assim: “*ai dentro não tem nada. Não tem nada aí*”. E eu, “como assim não tem nada aí?” E ele, “*você não está grávida nem nunca esteve grávida e não tem nada aí*”. Eu disse para ele que tinha feito o exame de laboratório e tinha dado positivo. Mas ele disse que tem algumas doenças que dão essa alteração. *Mas eu saquei que ele não tinha a menor ideia do que ele estava falando e estava só sendo estúpido, sabe?* Aí peguei e me vesti, liguei para o meu médico que era do lado de onde eu tava e pedi para ele me ver e dizer alguma coisa. Levei o exame lá pra ele, ai ele falou que com o tempo de gestação que eu tava – porque eu realmente descobri bem no início – então não dava para ver nada no ultrassom, mas que tinha um negócio lá no ovário que demonstra que o corpo está gestando... (grifo nosso).

²⁹ A pesquisa foi coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ e realizada em maternidades públicas, privadas e mistas (maternidades privadas, conveniadas ao Sistema Único de Saúde – SUS) e incluiu 266 hospitais de médio e grande porte, localizados em 191 municípios, contemplando as capitais e cidades do interior de todos os Estados do Brasil. Foram entrevistadas no total 23.894 mulheres. A coleta de dados teve início em fevereiro de 2011 e término em outubro de 2012. Para mais informações sobre os resultados da pesquisa, ver: LEAL; GAMA. Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2015.

³⁰ Preta, 24 anos, ensino superior completo, jornalista, solteira, candomblecista e reside no Jardim Botânico/DF.

O tratamento recebido por Renata nesse episódio é revelador dos lugares ocupados pelos sujeitos na hierarquia do sistema de saúde: de um lado figura o médico, detentor do conhecimento hegemônico e da objetividade científica, que desconsidera inclusive a informação fornecida pela paciente do resultado positivo do exame laboratorial de gravidez; do outro lado, a mulher paciente, da qual se espera uma postura de passividade ao ouvir o veredito médico comunicado de forma insensível, em um momento permeado por dúvidas e fragilidades. No entanto, Renata chega à conclusão de que ele “não faz a menor ideia do que estava falando”, e decide procurar outro médico, sem insistir no diálogo com o profissional que “só estava sendo estúpido”. Dessa forma, o tratamento oferecido comprometeu a sua satisfação e a confiança no profissional de saúde, e sua postura questionadora e crítica foi determinante na procura por outro médico e por outras informações.

Nesse sentido, é fundamental ressaltar que as construções de gênero e raça orientam a constituição do campo de saúde enquanto especialidade técnica, impactando tanto na constituição de perfis profissionais quanto no contato com as usuárias de serviços. A este respeito, Bandeira e Menicucci de Oliveira (1998) mostram o caráter androcêntrico das relações de poder e sexualidade que subjazem no espaço de atuação de profissionais de saúde. Além disso, ressaltam como a “[...] dicotomia entre saberes de homens e saberes de mulheres, constitui-se em força antagônica propulsora de relações de poder e de hierarquias” (BANDEIRA; OLIVEIRA, 1998, p. 679).

Ao abordar seu pré-natal, Renata relata que desejava ter parto vaginal. Começou a estudar o tema da humanização do parto e tentou fazer acompanhamento com parteiras e médicos/as que trabalham a partir dessa perspectiva. No entanto, nenhum/a aceitava seu plano de saúde e, como não tinha condições financeiras de arcar com os altos custos, acabou realizando todo o pré-natal com um médico particular (ginecologista e obstetra) que já a acompanhava e era vinculado ao seu convênio médico:

Kauara: Você fez todo o pré-natal com o mesmo médico?

Renata: Fiz. Fiz exames de rotina e tal e concomitantemente, estudando, buscando informações sobre humanização. Busquei uma parteira que também ia fazer o acompanhamento, mas como era uma época que eu tava muito sem grana, como era uma época que inspira gastos né, eu optei por não fazer com ela. *E os outros ginecologistas e obstetras humanizados, que não é o caso do meu, eles não aceitam plano de saúde e eu não tinha como.* Aí fui me deparando com um monte de situação, *médico que já dizia logo de cara que no dia do parto você ia ter que dar não sei quantos mil pra ele poder fazer o parto.* Eu falei, eu não vou pagar parteira e também não vou pagar um médico pra fazer o parto do jeito

que ele quiser e tal. *Eu vou me virar, botei na minha cabeça que eu ia dar um jeito, que ia pelo SUS, que eu ia ter na rua, em casa, em qualquer lugar.* E aí foi indo... Aí o pré-natal foi todo prosseguindo, eu sabia que meu médico não tinha por prática fazer parto, que ele só fazia cesárea de todas as pacientes dele, mas *eu meio que fui...levando com a barriga, literalmente assim, sabe?* Jogando pra frente... Tem que fazer exames, então vamos lá fazer exame com ele. (grifo nosso).

Renata ressalta que já na primeira consulta, o médico queria agendar quando seu filho ia nascer, adequando o parto à agenda conveniente a ele. No entanto, Renata revela o uso de estratégias para lidar com as imposições dos/as profissionais e da estrutura do sistema de saúde, que desrespeitam seu direito de escolha, seu corpo, sua história de vida, suas vontades e seus sentimentos, em um momento marcado por mudanças corporais e psíquicas. Diante das condições impostas pelo médico e o plano de saúde, Renata decide não o confrontar e seguir fazendo as consultas e os exames. Ao mesmo tempo, buscou informações em outras fontes e decidiu “dar um jeito” para ter o parto mais próximo do que desejava.

Historicamente as mulheres negras desenvolveram estratégias criativas de resistência para enfrentar o racismo e o sexismo que possibilitaram enfrentar tanto o passado de escravidão, como as diferentes formas de opressão atualizadas no dia a dia. Nesse sentido, no campo da saúde reprodutiva, o trabalho das parteiras tradicionais é bastante representativo das resistências empreendidas para que seus saberes e práticas de cuidado não desapareçam. Conforme apontam Borges, Pinho e Santos (2009) a respeito das parteiras tradicionais na região do entorno de Brasília/DF:

As representações das parteiras evidenciam as estratégias de sobrevivência de sua prática social, que resiste ao longo do tempo ao silenciamento/ausências que vêm sendo impostos ao seu modo de cuidar. Explicitam que o sentido de compromisso com os valores de um determinado grupo confere à sua prática o reconhecimento e respeito, por validarem o bem comum. (BORGES; PINHO; SANTOS, 2009, p. 382).

2.5 Joice³¹: A representação do corpo da mãe preta

Assim como a maioria das entrevistadas, a gravidez de Joice não foi planejada. Ela ressaltou que seu relacionamento interracial com um homem branco era instável, com “muitas idas e vindas”. Apesar disso, ambos decidiram levar a gravidez adiante e

³¹ Preta, militante do movimento negro, 33 anos, candomblecista, pós-graduada, jornalista e reside na Asa Sul/DF.

conversaram muito sobre o desejo de ter um parto o mais natural possível, de forma que buscaram informações e referências sobre parto, doulas e aulas de ioga para gestantes:

Joice: A gente começou a seguir os caminhos pra tentar buscar esse parto mais natural possível. Então procurou pessoas que eram mais conhecidas, por serem adeptas ao parto normal, parto natural, vaginal, e procuramos doulas também. E aí comecei a fazer aula pra gestantes, que foi bem importante. E foram três elementos principais: uma médica, uma doula e essa questão da ioga. E a gente acertou bastante na ioga e na doula.... Na médica, mais à frente viu que não foi tão acertado...

A escolaridade, classe social, militância e acesso às informações emergem como fatores relevantes para a escolha do tipo de parto, preparação para o momento de parir e negociação com médicos/as e profissionais de saúde. No entanto, tais marcadores sociais e acesso a determinados recursos e informações não isentam as mulheres negras de vivenciarem situações de violências de diferentes dimensões, dentre as quais emerge a racial, evidenciada em diversos momentos da entrevista com Joice:

Kauara: Você lembra de alguma referência, feita por parte da equipe de saúde, durante o pré-natal, à cor da sua pele, à textura do cabelo, a algo que remetesse a sua cor/raça em algum momento? Ou mesmo ao fato de você e seu companheiro viverem uma relação inter-racial?

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

O relato de Joice traz à tona a representação essencialista e racializada de profissionais de saúde em relação a seu corpo. Tal aspecto é tratado por bell hooks (1995) que, ao destacar a articulação entre o racismo, o sexismo e a exploração de classe, denuncia que o corpo feminino negro é representado pela cultura branca a partir de duas imagens principais: de um lado, como mais próximo do natural, animal e primitivo, frequentemente um corpo sexual e desregrado; de outro lado, um corpo destinado apenas a servir aos outros, seio que amamenta, ou seja, referências ao corpo da “mãe preta”:

O sexismo e o racismo atuando juntos perpetuam uma iconografia de representação da negra que imprime na consciência cultural coletiva a ideia de que ela está neste planeta principalmente para servir aos outros. Desde a escravidão até hoje o corpo da negra tem sido visto pelos ocidentais como o símbolo quintessencial de uma presença feminina natural orgânica mais próxima da natureza animalística e primitiva [...] Do outro lado das representações das negras como selvagens sexuais desqualificadas e/ou prostitutas, há o estereotipo da mãe preta. Mais uma vez essa imagem registra a presença feminina negra como significada pelo corpo, neste caso a construção de mulher como mãe peito amamentando e sustentando a vida de outros. Significativamente a proverbial mãe preta cuida de todas as necessidades dos demais, em particular dos mais

poderosos. Seu trabalho caracteriza-se pelo serviço abnegado. (HOOKS, 1995, p. 469, grifo nosso).

Os estereótipos utilizados para representar as mulheres negras norte-americanas são analisados por Collins (2000) pela ideia de “imagens de controle” (*controlling images*). Dessa forma, tais estereótipos, ao fomentarem uma desumanização e objetificação das mulheres negras, acabam servindo para justificar o controle dos grupos sociais, mascarando “[...] o racismo, o sexismo, a pobreza e outras injustiças sociais, fazendo-os parecer natural, normal e parte inevitável do cotidiano, sendo, assim, fundamentais para a manutenção das desigualdades sociais” (CARDOSO, 2014, p. 978). Trata-se, portanto, de uma ideia particularmente relevante para a investigação das representações das mulheres negras brasileiras, já que essas imagens de controle têm servido para naturalizar práticas históricas e contemporâneas de dominação racial e de gênero, além de serem usadas para manter a imagem do Brasil como uma "democracia racial" (CALDWELL, 2000).

No Brasil, imagens de controle das mulheres negras têm sido usadas desde o período colonial para aprisioná-las em determinados lugares na sociedade. Lélia Gonzalez, ao analisar as representações das mulheres negras na sociedade brasileira, aponta que, de modo geral, são enquadradas em uma das seguintes categorias, a depender da situação em que são vistas: a mulata, a doméstica e a mãe preta. Cláudia Pons Cardoso, revisando o pensamento de Lélia Gonzalez, afirma que “[...] a mulata, a mucama, a mãe preta, a empregada doméstica são representações racializadas resultantes de construções racializadas de gênero” (CARDOSO, 2014, p. 978). Assim, todas as mulheres são representadas por imagens estereotipadas, mas de diferentes formas. Os estereótipos, segundo ela,

[...] têm cumprido historicamente a função de rebaixar uma parcela da humanidade, transformando particularidades em marcas naturalizadas, essencializadas, em justificativas para as diferenciações sociais, para o controle e a dominação daquelas/es que foram assinaladas/os pelas representações negativas. (CARDOSO, 2014, p. 978).

Tais reflexões e teorizações são relevantes para compreender as representações do corpo de Joice durante sua gestação e pré-natal na interação com profissionais e serviços de saúde. As representações essencialistas de seu corpo, como inato para parir e amamentar, aprisionam as mulheres negras em determinados papéis sociais, geram atendimentos em saúde frequentemente de má qualidade, que desconsideram o histórico médico das gestantes e negligenciam informações relevantes para um bom pré-natal.

Ademais, a experiência de Joice revela que tais representações lhe trouxeram ansiedades e desconfortos, relacionados às dúvidas e medos em não corresponder àquelas sentenças biologizantes de seu corpo negro.

Tais teorizações e considerações também são relevantes para compreender e analisar a experiência da gestação e pré-natal de Beatriz.

2.6 Beatriz³²: Gestação gemelar e preconceito

Beatriz foi uma dentre as duas únicas informantes negras que relataram ter planejado a última gravidez. Ela desejava ter um filho homem, pois já tinha três meninas e seu parceiro não tinha nenhum/a filho/a. Apesar de considerar sua idade um pouco avançada, ressalta que a decisão foi fortemente influenciada pelo desejo de dar um filho ao companheiro:

Kauara: E sua última gravidez foi planejada? Você quis?

Beatriz: Eu quis porque eu já tinha as três meninas e eu era doida pra ter menino e como eu já tava com alguns probleminhas, né? Aí, eu falei assim, eu queria ter logo agora porque quanto mais tempo eu deixasse, aí que eu não ia ter coragem. Então, eu planejei, só que eu não planejei dois, planejei um... (Risos) [...]. *Eu não acho justo eu tá com ele, eu sei o que é ser mãe, ele não sabe o que é ser pai. Então, eu não acho justo ele gostar de mim, tá comigo, querer ter filho e eu “ah não, já tenho, não quero mais”.* Não sou assim, porque tem mulher que é assim né? Então, eu não vou ficar com uma pessoa, eu não vou estragar a relação que ele tem uma relação muito boa comigo, com as minhas filhas, também. (grifo nosso).

O planejamento de sua última gravidez não só foi pautado pelo desejo de dar ao companheiro um filho, proporcionando-lhe a oportunidade de ser pai, como permeado pela possibilidade de que sua não realização poderia “estragar” relação entre o casal, qualificada como “muito boa”. Seu relato sugere, ao se comparar a outras mulheres que não topariam engravidar, não ser como elas, e, por isto, teria uma qualidade especial. Quando confirmou estar grávida, não fazia ideia que era uma gravidez gemelar. Com aproximadamente dezenove semanas de gestação, veio o grande susto de estar gerando duas crianças, quando passou o dia todo chorando, sem saber se “de alegria ou desespero”.

Beatriz realizou todo o pré-natal no SUS, que se iniciou em um posto de saúde no Guará/DF e, após descoberta a gestação gemelar, foi transferida para o serviço de alto risco, também localizado no Guará/DF. Nesse serviço, foi identificada uma diferença no

³² Preta, 35 anos, possui ensino médio, cabelereira, ecumênica e reside no Guará/DF.

crescimento de seus filhos, razão pela qual foi encaminhada para fazer acompanhamento no Hospital Universitário de Brasília – HUB³³, onde haveria especialistas em gestação gemelar. A partir daí, foi uma corrida contra o tempo, porque já estava com seis meses de gestação:

Beatriz: Porque até então pra outra médica tava tudo normal, aí quando eu cheguei no alto risco, aí foi uma corrida contra o tempo. Quando eu fui transferida pra lá, eu já estava com seis meses de gravidez, chegando lá a doutora pediu pra eu fazer acompanhamento no HUB, que lá eles têm uma equipe médica só de gravidez gemelar. Quando chegou lá, eles começaram a fazer a primeira ecografia, eles foram tentar descobrir porque eles estavam com uma diferença tão grande de peso e de tamanho. Aí, eles foram descobrir que eles eram de uma placenta e pra saber se eram de duas bolsas, foi difícil descobrir, porque a membrana deles não dava pra ver a diferença porque eram muito juntos, e eu sou pequena, né? Então, foi muito difícil pra descobrir que eles eram de uma placenta e duas bolsas, são univitelinos né. Só que aí, o Carlos, que é o mais fofinho, ele tinha mais fluxo sanguíneo e mais líquido amniótico e o Fernando não tinha, a bolsa dele era bem pequenininha e tinha tudo de menos, então por isso que ele não desenvolvia...

Nesse momento da entrevista, Beatriz se emocionou, ressaltando que foi um momento tenso para ela e a família, pois precisava de muito repouso, e sentia que se perdesse as crianças, poderia não mais gerar outros/as filhos/as:

Beatriz: *Aí, a qualquer momento eu podia perder os dois. Então, nossa, eu chorava muito. [...], eu tive que ficar em repouso porque qualquer coisa poderia afetar a gravidez, eu poderia perder os dois nenéns.* Porque o Fernando, como tudo dele era menos desenvolvido, tinha o risco de parar o coraçãozinho, qualquer dia, qualquer hora. Então, eu tinha que ficar em observação se ele mexia, se ele não mexia. Quando ele não mexia, eu chorava. *Aí, eu acordava ele, eu nem dormia mais. Porque eu tinha que esperar até 34 semanas pra poder tirar eles. Se eu tirasse antes, eles poderiam não sobreviver. [...]* Então, dos seis meses até o oitavo mês, que completou oito meses, foi muito complicado pra mim e pro meu marido, né? *Pras minhas filhas também. [...]. Eu principalmente porque eu já sabia que se eu perdesse esses nenéns, eu não ia poder ter mais. Sabe quando você tem um pressentimento assim, se acontecer alguma coisa com o neném, você não ia ter mais neném? Porque eu dei a minha vida por eles...* (grifo nosso).

Quando a questioneei a respeito das informações prestadas no seu pré-natal, mesmo não identificando em sua própria experiência a relação entre sua raça/cor e a qualidade do atendimento prestado, Beatriz reconhece a existência de tratamentos preconceituosos e discriminatórios enfrentados por outras mulheres negras em instituições de saúde:

Kauara: E nessas consultas depois que você foi para o alto risco, os profissionais de saúde, a médica que te acompanhava, te davam as informações que você precisava? Como era o atendimento?

³³ O HUB é um hospital escola ligado à Universidade Brasília – UNB e está localizado na Asa Norte, Plano Piloto, Região Administrativa de Brasília/DF.

Beatriz: Sim. Dava sim. Qualquer coisa que ela ia falar em relação ao neném, ela nunca escondeu que qualquer momento, eu podia perder um ou poderia perder os dois, ela falou “eu não posso enganar você, eu tenho que falar a você a verdade”. *Então, eu não tenho o que reclamar, eu digo que assim, pra mim, o atendimento, ainda mais porque eu sou mulher negra e normalmente as pessoas têm... Tem pessoal que tem problemas né, que vai no hospital e não é bem tratado, às vezes por causa da cor, às vezes por causa da condição financeira, qualquer coisa, eu não tive nenhum problema em relação à minha cor, à minha classe social, não tive nada, entendeu? (grifo nosso).*

Ao longo da nossa conversa, embora Beatriz não tenha destacado o elemento racial na interação com o serviço, recordou-se de uma ocasião em que foi mal atendida por uma profissional em um posto de saúde perto da sua residência:

Beatriz: [...] No dia que eu fui lá só pra perguntar pra uma mulher lá da sala qual dia que eu poderia ir pra marcar e fazer o acompanhamento pré-natal, meu deus! Ô mulher curta e grossa!! Eu não fico... Sendo que da minha casa pro posto de saúde aqui é 10 minutos, mas pelo atendimento que eu tive já na entrada, imagina na saída...

Kauara: Como é que foi o atendimento?

Beatriz: Péssimo. Porque eu nem cheguei a consultar, fui só me informar qual dia da semana que eu poderia ir lá pra fazer o pré-natal. Aí, ela não respondeu a minha pergunta, ela só respondeu “ah, você tem que tá aqui sete horas da manhã”. Eu falei “não foi essa pergunta que eu lhe fiz”. [...]. Então, daquele momento pra mim foi o primeiro e único.

Diante do tratamento recebido, Beatriz decidiu realizar o pré-natal em outro posto de saúde, mais distante da sua casa, mas com um atendimento mais acolhedor:

Beatriz: Aí, como eu já tinha meu prontuário no Guará I e pra eu trazer pro Guará II, eu tinha que fazer um pedido, ia demorar, acabei ficando lá mesmo, nem cheguei a ir... Eu não sei qual a diferença que tem, eu acho que *a diferença do atendimento para as pessoas no posto de saúde depende dos profissionais que nele trabalham*, não depende da corporação. Então, se você quer tirar essa dúvida que eu to te falando, vai bem ali no posto da 38 pra você ver o jeito que ela te trata... Aí quando chega no Guará I, o atendimento é outro. “Quer saber qual dia que eu venho pra marcar uma prevenção”, aí elas perguntam pra você “É a primeira vez que você vem? Ou você já consulta aqui com a médica? Se você quiser, acho que dá pra encaixar hoje”. Olha a diferença! A outra “ah, você tem que voltar aqui sete da manhã” e nem olha na sua cara. Então, elas não se importam com o que você fala ou quer fazer. (grifo nosso).

A interação com profissionais de saúde surge como momento privilegiado para a qualificação do atendimento e do serviço por parte de Beatriz, de forma que o tratamento atencioso recebido revela-se determinante para ela seguir realizando o pré-natal em um determinado posto de saúde. Conforme ressaltado pelo *software* IRAMUTEQ, a dimensão racial é mais facilmente identificada pelas informantes nas relações pessoais, de forma que o racismo das instituições é dificilmente nomeado, demandando um olhar atento por parte de pesquisadores/as. Sem dúvidas, a militância de Joice favoreceu a detecção e

problematização acerca das relações raciais em suas próprias vivências do pré-natal, contrastando com trechos dos relatos de Beatriz, nos quais a dimensão racial emerge por vezes de forma mais indireta, a partir da observação de experiências de outras pessoas. Ademais, as opressões vivenciadas na interação com profissionais e serviços de saúde apresentam nuances diferenciadas, visto que marcadores tais como de classe social, grau de instrução e, claro, a tonalidade da cor da pele, influenciam na vivência dessas opressões.

Beatriz ressalta que tanto ela como seu companheiro sofreram diferentes preconceitos ao longo da gestação dos gêmeos. Tais tratamentos foram motivados pelo fato de seu companheiro ser negro, gordo e ter vitiligo, além do fato de ser mais jovem que ela:

Beatriz: [...] A gente tava sofrendo um pouco de preconceito, porque meu marido é negro, é gordo e ainda tem vitiligo. *E as pessoas têm preconceito, tinha gente que falava “eu não vejo a hora desses nenéns nascerem que eu quero ver como é que eles vão ser. Se eles vão nascer pintadinho”*. Às vezes as pessoas até falam por brincadeira, mas é uma coisa que lá no fundo machuca. [...] Então, infelizmente, tudo isso que eu passei, tive que engolir, sabe? Então, foi muito complicado em relação isso. E, também pelo fato de eu ter 35 anos, ele mais novo, ah porque eu tava sendo “papa anjo”. E pior que isso parte da própria mulher. Eu acho que as mulheres deveriam se respeitar mais. É muito bom quando você consegue ter uma amizade com uma mulher que te respeita, que te admira de verdade, que não faz um comentário ruim em relação ao tipo de pessoa que você é ou a família que você construiu ou a família que você vem a construir... (grifo nosso).

Durante a gravidez, Beatriz também se ressentiu do tratamento recebido por parte de algumas de suas clientes, que não compreendiam o fato de sua gestação ser de alto-risco, demandar repouso e um acompanhamento mais especializado. Após alguns episódios desrespeitosos, Beatriz decidiu voltar a estudar, com o intuito de mudar de área. No entanto, percebe que as pessoas não valorizam e até desqualificam sua escolha:

Beatriz: Porque na gravidez mesmo, eu tive gente, como eu tinha que fazer esse acompanhamento, eu tive que me afastar mais cedo do trabalho. *Tinha cliente que dizia que eu tava grávida, não tava doente, que gravidez de gêmeos não é uma doença, que eu tava fazendo tempestade em copo d’água*. Elas não sabiam o que eu tava passando, então quando eu sentia qualquer coisa, eu dizia “olha, não vou poder atender hoje” e depois eu ficava sabendo que falavam de mim. Então, tudo isso me machucou muito. Então, por esse motivo, até mesmo hoje depois que eu tive os nenéns, eu tô estudando de novo que eu não pretendo ficar nessa área.

Kauara: Não pretende mais trabalhar como cabelereira? E você está estudando o que?

Beatriz: Eu tô estudando para concurso porque quando eu terminei o ensino médio, na época, em 2009, eu ainda tinha magistério, mas vim pra Brasília trabalhar em salão e acabei ficando em salão, tô há 13 anos e agora tô voltando a estudar, me preparando pra concursos. Técnico administrativo, sempre nessa área. E, hoje, a minha conquista maior, mesmo eu tendo cinco filhos, porque elas falam “que eu tenho cinco filhos, que eu não vou ter condições de estudar. Como

é que você tem cinco filhos nas costas, um salão em casa e um marido, como é que eu vou arrumar tempo pra estudar? ” Assim como elas acham tempo pra falar da minha vida, eu arrumo tempo pra estudar [...]. (grifo nosso).

A experiência de Beatriz é ilustrativa acerca da articulação entre raça e gênero, de forma que o sexismo e racismo geram dinâmicas que caracterizam as diferentes formas que as mulheres negras vivenciam o momento da gravidez e pré-natal. Mesmo com uma gestação de alto risco, ela não é poupada das representações sociais racistas que sustentam a ideia de que o corpo de uma mulher preta é destinado primordialmente ao trabalho, que deve servir outras pessoas. A ideia de sacralização da gestação, presente especialmente na experiência de mulheres brancas, não é observada no relato de Beatriz. O repouso é encarado por suas clientes como “exagero”, “tempestade em copo d’água”, apontando a relevância da raça/cor para a diversidade de experiências de gestação entre as mulheres.

Outros estudos identificam a centralidade histórica da categoria trabalho na vida das mulheres negras, em especial das pretas. Conforme aponta Carneiro (2001), as mulheres negras sempre trabalharam, desenvolvendo atividades consideradas subalternas e não vem sendo tratadas como frágeis, conforme pressupõe o chamado “mito da fragilidade feminina”:

Quando falamos do mito da fragilidade feminina, [...] de que mulheres estamos falando? *Nós, mulheres negras, fazemos parte de um contingente de mulheres, provavelmente majoritário, que nunca reconheceram em si mesmas esse mito, porque nunca fomos tratadas como frágeis.* Fazemos parte de um contingente de mulheres que trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas, como vendedoras, quituteiras, prostitutas... Mulheres que não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ganhar as ruas e trabalhar! (CARNEIRO, 2001, p. 1).

Ao pesquisar a violência doméstica e familiar contra mulheres negras, Pereira (2013, p. 104) indica o sentido do trabalho “como elemento constitutivo da virtude” nas relações afetivas das mulheres pretas, identificando tanto expectativas como exigências por parte de seus companheiros para que trabalhem e sejam as provedoras do lar. Dessa forma, se delinea uma espécie de troca para compensar o relacionamento com uma mulher de cor/raça considerada inferior. A expressão herdada dos tempos coloniais “branca para casar, preta para trabalhar e a mulata para fornicar” salienta a intrincada articulação entre o racismo e o sexismo, que vem produzindo e atualizando historicamente estereótipos e representações negativas acerca das mulheres negras no país, confinando-as a determinados lugares e papéis sociais, inclusive nos momentos de gestação, parto e pós-parto.

Beatriz começou a trabalhar muito nova, assumindo sozinha a responsabilidade com o cuidado da casa e das filhas, o que ainda agrega a opressão de classe à sua condição subalterna. Diante disso, o tempo necessário para se dedicar aos estudos ficou prejudicado e foi adiado. Seu relato também se aproxima da reflexão de bell hooks acerca da dificuldade das mulheres negras em dedicarem-se à atividade intelectual:

A socialização sexista inicial que ensina as negras e na verdade a maioria das mulheres que o trabalho mental tem de ser sempre secundário aos afazeres domésticos, ao cuidado dos filhos ou a um monte de outras atividades servis tornou difícil para elas fazer do trabalho intelectual uma prioridade essencial mesmo quando suas circunstâncias sociais ofereciam de fato recompensas por essa atividade (HOOKS, 1995, p. 468).

2.7 Pamela³⁴: A “saga” do pré-natal

Pamela e Beatriz foram as únicas informantes negras que relataram ter planejado a gravidez. Assim, aproximadamente oito meses antes de engravidar, Pamela parou com os métodos anticoncepcionais e, quando desconfiou da gravidez, fez exame de sangue que confirmou a gestação. Ela qualifica esse momento como de muita alegria e tranquilidade, pois havia acabado de concluir a formação para ser doula. No entanto, àquela época, os conceitos relacionados à humanização do parto ainda não eram muito nítidos para ela:

Pamela: Quando eu tava desejando engravidar eu ainda não era doula. Aí eu fiz o curso de doula no final do ano e engravidei no começo do outro. Então, me formei em novembro de 2011 e engravidei em janeiro de 2012. Então foi bem perto. [...], mas, assim, não tava fazendo muito parte de mim esses conceitos da humanização ainda, tava meio duvidando ainda “vamos ver o que é que vai ser”. E aí fui atrás de médico do plano e tal. E já tinha uma acupunturista me acompanhando, na verdade, nesses primeiros atendimentos, foi ela quem me ajudou. Então, no primeiro mês eu tive um sangramento, que hoje eu entendo que as mulheres têm, e as pessoas não sabem explicar, mas acho que é muito comum, e aí meio que a médica me passou remédio e eu não tava a fim de tomar e falei com minha acupunturista e ela me assustou “não, tem que tomar mesmo e fazer repouso, ta tendo cólica e sangramento e isso é muito perigoso”.

Apesar do acesso privilegiado às informações, proporcionado pelo curso de doula, Pamela enfatiza que sua gestação foi marcada por reiteradas tensões, nervosismos e mal-estares. Ela relaciona isso ao seu “desespero”, gerado pela postura dos/as profissionais de saúde em relação a um sangramento ocorrido no primeiro mês de gestação, além do fato de

³⁴ Parda, 31 anos, casada, ensino superior completo em Biologia, trabalha como doula e estudante de Psicologia, sem religião definida, mora em Sobradinho/DF.

seu pré-natal ter sido marcado por uma verdadeira “saga” em busca de médicos/as para acompanhar sua gravidez:

Kauara: Esse sangramento ocorreu no primeiro mês de gestação?

Pamela: No primeiro mês. Aí eu me assustei e fiquei meio tensa e tal...

Kauara: Você já tinha ido à primeira consulta de pré-natal?

Pamela: Já tinha. Já tinha ido porque eu descobri bem cedo.

Kauara: E o serviço que você se vinculou foi do plano de saúde?

Pamela: O primeiro né? *Porque eu passei por uma saga né! (risos)* ... Então, o primeiro foi uma obstetra qualquer do plano de saúde e ele me assustou e eu fiquei meio desesperada e aí comecei a enjoar. *Eu atribuo meu enjoar ao desespero.* Aí comecei a enjoar muito. Passei minha gravidez inteira enjoando, vomitando e com falta de ar. A gravidez inteira até meu filho nascer. E, é sempre assim “não, no mês que vem passa”, “na semana que vem passa” e nunca vinha esse momento. Então, foi meio difícil também por causa disso. (grifo nosso).

Quando engravidou, Pamela trabalhava como bancária e tinha uma rotina pesada, de modo que os constantes enjoos e mal-estares a deixaram fraca e debilitada. Nos primeiros meses da gravidez, fazia acompanhamento de pré-natal com uma médica do seu plano de saúde, mas não desejava continuar com ela. Assim que se sentiu um pouco melhor, foi em busca de outros/as profissionais do plano, pautada pelo desejo de um parto domiciliar e sem muitas intervenções. No entanto, não encontrou nenhum/a médico/a que concordasse negociar como seria o parto:

Pamela: [...] Quando eu comecei a melhorar um pouquinho, eu comecei a procurar outros médicos. Então, ainda insisti um pouco, fui atrás de ver quais faziam parto normal. A minha ideia era que eles pudessem acompanhar meu pré-natal, mas o meu desejo já era o parto domiciliar. Já tava com essa ideia do parto domiciliar. E aí fui em cinco ou seis médicos desses que “ah, faço parto normal sim”. Tudo pelo plano de saúde.

Kauara: Às vezes você não encontra e vai buscar referências naqueles profissionais pagos que o plano não cobre. Foi seu caso?

Pamela: Foi também. Porque depois de todos esses que eu perguntei era assim: Médico: “ah, faço parto normal sim”; Eu: “mas eu não quero fazer episiotomia”; Médico: “Mas não tem como, sua vagina vai arrebentar toda, sabe, eu não vou deixar você sem fazer episiotomia”. Então, eu já ia pra outro. Todos prometeram várias intervenções e eu não queria nenhuma. *Não tinha espaço para negociação. Zero espaço. E, por mais que eu me mostrasse informada, isso irritava mais eles.* Até que eu decidi achar um médico que era particular, mas ele não era, vamos dizer assim, dentre os médicos humanizados, o mais “top”. Ele era razoável né, para isso que eu queria, que era acompanhar meu pré-natal e ter um plano B, caso meu parto domiciliar tivesse alguma intercorrência, ele tava servindo. E aí fiz o resto do acompanhamento com ele, mas eu já tinha cinco/seis meses de gestação... (grifo nosso).

Pamela ressalta que a postura de se mostrar informada irritava os/as médicos/as, revelando-se uma estratégia pouco eficiente para conseguir realizar o parto conforme seu desejo. Diante da ausência de espaço para negociação com os/as cinco médicos/as

obstetras do plano de saúde e como tinha condições financeiras para pagar um profissional, decidiu fazer acompanhamento com um médico particular, que, embora qualificado como “razoável”, trabalhava dentro de uma perspectiva mais próxima do que ela buscava.

Com a gestação já avançada - aproximadamente quinto ou sexto mês -, Pamela continuava sentindo enjoos, cansaço e mal-estar, sendo marcante em seu relato sobre o pré-natal, a queixa em relação à ausência do cuidado integral à saúde:

Kauara: Com cinco ou seis meses de gestação, você já tinha passado por 5 médicos?

Pamela: Uns cinco obstetras. Sem falar que eu tava enjoando muito, não tava conseguindo comer, tava me sentindo muito cansada, eu não tava conseguindo trabalhar... Então, eu ficava indo de obstetra em obstetra, de atestado em atestado [...] Muitos exames, muitos médicos e eu cansada. Não queria... Queria ficar em casa. Bom, aí eu consegui uma licença saúde, mas mais pro final da gestação, sabe...[...] Antes disso, foi bem complicado porque aí o obstetra me passava pro cardiologista, *sabe aquela saga* [...] *Não tinha um cuidado integrado*. Assim, “gente, eu vou cuidar de você”. Não tinha essa pessoa, sabe? Era o obstetra, era a pessoa do plano de saúde, que tinha que ir lá no médico do plano pra ele ver o atestado e tal. E a cardiologista, que eu não lembro mais pra qual especialidade ela me passava... (grifo nosso).

Ao discutir sobre o cuidado à saúde das mulheres e identificar aspectos que fragilizam ou potencializam o princípio da integralidade do SUS entre profissionais de saúde, Coelho et al. (2009, p. 155) refletem que

[...] Na atenção à saúde das mulheres, compreendemos a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.

Apesar do acesso privilegiado às informações, do apoio do marido e das condições financeiras favoráveis para acessar diferentes profissionais de saúde, Pamela considerou seu pré-natal difícil e desgastante. Conseguiu se tranquilizar apenas com aproximadamente seis meses de gestação, quando deu início ao acompanhamento com uma parteira:

Kauara: E quando começou a fazer acompanhamento com a parteira?

Pamela: Com a parteira também foi mais ou menos quando eu encontrei o médico particular, com seis meses mais ou menos de gestação. *E aí eu fiquei bem mais tranquila porque o acompanhamento da parteira é um outro nível de acompanhamento, que não é só o fisiológico, biológico, é muito mais profundo e pude me tranquilizar mais assim...*

Kauara: E você conseguiu uma doula também?

Pamela: Ah, a minha doula era uma amiga que tinha se formado comigo e aí eu convidei ela pra ser minha doula. Mas assim, a gente não fez muito

acompanhamento junto durante a gestação não. Ela apareceu mais no momento do parto mesmo. (grifo nosso).

Ao ser questionada sobre a dimensão racial na interação com profissionais e serviços, ressaltou seu sentimento em relação ao fato de ser geralmente a única negra nos locais que frequenta e o quanto isso influencia no sentir-se acolhida pelos/as profissionais de saúde:

Pamela: [...] Eu tenho a sensação de não fazer parte o tempo todo porque os lugares que eu círculo não tem pessoas negras. Eu tenho a sensação de tá no lugar errado o tempo todo e isso foi muito forte porque foi num momento que eu estava extremamente fragilizada, precisando de cuidado mesmo, precisando de ser acolhida e eu não senti isso em nenhum momento por esses profissionais de saúde, tirando esse último médico, realmente, não senti...

Seu relato aponta para dimensões do racismo institucional, que se manifestam que se manifestam em um momento de sensibilidade e fragilidade para as mulheres. Apesar dos problemas que enfrentou no pré-natal, considera-se privilegiada em comparação com outras mulheres negras. Ademais, sua experiência como doula também reitera o dado de que o acesso a um pré-natal humanizado e de qualidade é, ainda, uma realidade para poucas mulheres no país:

Pamela: [...] O que eu observo é o seguinte: são pouquíssimas as mulheres negras que estão, que podem participar, podem ter esse tipo de assistência que eu tive. Que podem ter uma doula, que podem ser acompanhadas por uma parteira, que é uma parteira contemporânea com outro tipo de formação que não é uma parteira tradicional, e que tenha possibilidade de pagar um médico como eu paguei. Então assim, as mulheres para as quais eu trabalho, eu acho que eu não atendi uma mulher negra...

2.8 Nádia³⁵: “Quando você tá grávida, parece que você é muito mais acolhida por todo mundo”

A gestação de Nádia não foi planejada nem desejada. Foi “bem complicada e perturbada”, pois estava em processo de separação do ex-marido, motivado por violência doméstica e traições dele. Quando descobriu a gravidez, relata que “quase enlouqueceu”. Além do casamento de treze anos não estar bem, sua idade, segundo ela, “já não era muito boa”. Estava com trinta e seis anos. Diante disso, somado à influência da sua religião e dos/as amigos/as e ao pedido do marido para ficarem juntos, resolveu “dar mais uma oportunidade a ele”. Segundo ela, “bíblicamente o nosso criador odeia o divórcio”. No

³⁵ Parda, 39 anos, divorciada, ensino fundamental completo, depiladora, é Testemunha de Jeová e mora em Ceilândia/DF.

entanto, ressalta que a crise em seu casamento impactou negativamente em toda a gestação.

Nádia iniciou o pré-natal com dois meses e meio de gestação e o realizou em um posto de saúde no P Sul, em Ceilândia/DF. Sentiu-se muito acolhida e cuidada nesse período, o que a ajudou a aliviar o momento de tensão e fragilidade que vivia no casamento:

Kauara: Onde você fez o pré-natal?

Nádia: Eu fiz o pré-natal lá mesmo no P Sul, no posto 9 e foi muito bom *porque quando você tá grávida, parece que você é muito mais acolhida por todo mundo. Todo mundo te trata bem. Todo mundo cuida de você. Então, foi isso que eu senti na época da minha gravidez, então isso me ajudou eu levar uma gravidez um pouco melhor.* E eu trabalhava na época, não era depiladora, eu trabalhava como manicure, mas eu tava trabalhando como autônoma. Passei a minha gravidez todinha trabalhando como autônoma. Tanto lá onde eu ia fazer unhas das minhas clientes, elas cuidavam de mim, como também, as minhas vizinhas, porque meu ex-marido, ele realmente, ele nem parava em casa. No posto foi ótimo. (grifo nosso).

Seu discurso em relação à experiência do pré-natal foi elaborado de forma relacional ao momento difícil e solitário do casamento. Nesse sentido, o acolhimento no serviço de saúde contribui para que levasse “uma gravidez um pouco melhor”. Além disso, sentiu ter recebido tratamento diferenciado justamente por estar grávida, percepção influenciada e reforçada pela comparação com experiências de situações consideradas desrespeitosas dentro de serviços de saúde em outros momentos não relacionados à gestação:

Kauara: Você falou que percebeu uma diferença no atendimento quando você estava grávida. Pelo fato de você estar grávida, você acha que foi melhor acolhida pelo serviço de saúde?

Nádia: Exatamente.

Kauara: Você teve outras experiências no serviço de saúde que considera violentas ou desrespeitosas?

Nádia: Sim. Quando a minha filha tinha 3 meses, eu nunca tive experiência com bebê, sempre tive muito medo de pegar, tanto que quem mais dava banho nela, quem pegava mais nela, era minha vizinha porque eu não tinha família aqui. Então, fiquei a minha gravidez todinha sozinha, dormindo sozinha. Então, quando ela tinha 3 meses, ela ficou toda torta e eu não entendida o porquê ela tava daquele jeito e o vizinho me levou no hospital da Ceilândia e quando eu cheguei lá, não quiseram atender ela, não tinha atendimento.

Kauara: Toda torta como?

Nádia: Toda tortinha. Se eu colocasse ela na cama, ela gritava de dor e eu não sei o que tava acontecendo, eu não conheço o corpinho dela, não sei o que foi que aconteceu. E meu vizinho me levou no hospital. Quando eu cheguei lá, ela não foi atendida. E eu perguntei o porquê. Eles disseram que só em caso de extrema necessidade. E eu perguntei pra eles “que necessidade, a morte? Porque depois de morto, não adianta mais fazer nada”. E falaram que não, que infelizmente minha filha não era tão especial assim, infelizmente para eles não

era, mas pra mim, era. Então, foi ai que eu decidi que não vou mais no Hospital da Ceilândia. Então eu atravesso Brasília todinha e vou lá no hospital universitário, no HUB, que foi lá onde ela nasceu. Fui muito bem tratada e ela também.

Tal percepção explicitada por Nádia encontra eco em estudos, como as pesquisas etnográficas realizadas em serviços de saúde por Nascimento e Melo (2014) em Maceió/AL, que apontam os obstáculos enfrentados pelas usuárias para conseguir atendimentos de qualidade influenciarem na busca pelos serviços e por informações. Dessa forma, as usuárias comentam que é bem mais difícil conseguir consultas e acompanhamentos quando não se está grávida.

No mesmo sentido, ao pesquisar o adoecimento crônico no DF, Fleischer (2013) relata a noção de “correr atrás” para se referir às percepções de usuários/as sobre as dificuldades de acessar as instituições de saúde em Ceilândia/DF, bem como as soluções para superar as limitações encontradas. Em contraponto ao atendimento recebido durante a gestação, Nádia narra outro caso em que não conseguiu atendimento para sua filha em serviços próximos a sua casa. Precisou contar com a ajuda de um amigo para encontrar atendimento mais distante:

Nádia: Teve uma ocasião também, minha filha ficou doente e eu fui até a UPA da Samambaia, cheguei lá e não tinha médico. Disseram que era um enfermeiro que ia olhar ela para ver como ela tava, eu perguntei se o enfermeiro ia conseguir examiná-la direitinho e eu fui até ele e ele falou que não, que não teria como porque ela era bebê, tinha que ser um pediatra e ali não tinha. E eu tive que rodar Brasília até que eu fui pro HUB. Nesse dia eu tava com pouco dinheiro, tava sem dinheiro e tinha que colocar combustível no carro do meu amigo pra poder levar ela. Mas ai nós demos um jeito e fomos pro HUB. Aqui mesmo nos serviços de Ceilândia, de Samambaia, onde eu já recorri, infelizmente eu não fui bem atendida. Não fui bem atendida.

Fleischer (2013) também ressalta o quanto a ineficiência dos serviços impulsiona os/as usuários/as a buscarem soluções em locais muitas vezes distantes de suas residências, conforme explicitado no relato de Nádia sobre sua circulação em diferentes espaços hospitalares no DF em busca de atendimento. Segundo a autora, isso proporciona que as/os usuárias/os angariem “um rol bastante complexo de experiências sobre o funcionamento desses serviços” (p. 6), que lhes permite não depender exclusivamente da instituição mais próxima e acaba compensando as falhas percebidas nos sistemas de saúde.

Em minha compreensão, os achados de Fleischer podem também denotar uma das inúmeras facetas do racismo institucional, na medida em que obriga as/os usuárias/os a buscarem serviços distantes de suas residências, geralmente localizados em bairros

elitizados, demandando tempo e dinheiro para o deslocamento, recursos muitas vezes não disponíveis. Tal busca revela-se desgastante e em alguns casos emergenciais, pode levar a verdadeiras tragédias, conforme configurou o caso emblemático da morte evitável de Alyne Pimentel.

Nádia também relatou que, apesar de quase não comer durante a gestação, chegou a ficar obesa. Atribui a isso o fato de não estar bem emocionalmente, o que acabou gerando problemas hormonais. Embora não tenha desenvolvido problemas decorrentes do ganho excessivo de peso, tal como a diabetes gestacional, revela que a médica adotou uma postura rígida com ela, por vezes desacreditando em seus relatos de que não estava comendo muito. Essa atitude da profissional de saúde é interpretada por Nádia como cuidado com sua saúde:

Nádia: Uma médica muito boa, porém muito forte assim, muito determinada a cuidar da saúde do paciente. É tanto que na minha gravidez, ela brigava toda vez que eu ia porque eu tava engordando demais e eu peguei peso sem comer direito. Acho que por conta dos problemas, eu fiquei obesa, eu cheguei a obesidade, fiquei com quase 90kg.

2.9 Clarice³⁶: Longas esperas por consultas rápidas

Clarice relata que tomava anticoncepcional quando engravidou do seu filho mais novo. Portanto, a gravidez foi um susto, pois já tinha outras duas filhas. Todo seu pré-natal foi feito em um Centro de Saúde da Ceilândia/DF, no qual o tempo de espera pelos atendimentos eram longos e cansativos, enquanto as consultas, no entanto, eram muito rápidas, comprometendo a qualidade do atendimento:

Kauara: Como foi a sua relação com essa equipe do posto de saúde, durante o pré-natal? Teve algum aspecto que você destacaria? O atendimento você achou que foi de qualidade ou tinham coisas que você achava que poderiam ser diferentes?

Clarice: Começa no período pra marcar... É muito ruim pra todo mundo, pras gestantes que tão lá pra marcar... Porque tem que ir muito cedo... *Esperar na fila e tudo isso é desgastante... Já tá num estágio difícil, né? Aí é desgastante. O atendimento, até então, graças a Deus, os meus foram bons. Só que no período de consulta, o médico atende muito rápido as pacientes. Às vezes, nem escuta direito, né? Ele nem olha pra paciente, às vezes. Mas no demais, foi tudo tranquilo. E demora muito pra atender. Era muito demorado. Pelo menos, quando eu estava lá, sempre foi muito demorado.*

Kauara: Isso lá em Ceilândia?

³⁶ Parda, 26 anos, graduanda, agente de portaria, separada, cristã, reside em Ceilândia/DF.

Clarice: Isso. No Centro de Ceilândia. Às vezes a gente marca pra 13h da tarde, mas começava a atender as gestantes 14h ou 15h da tarde... Então, assim, espera muito tempo, né? (grifo nosso).

O relato de Clarice é revelador de aspectos relacionados à qualidade da atenção ao pré-natal no país. Além da insatisfação com o longo tempo de espera pelas consultas, percebe um desrespeito e distanciamento dos/as médicos/as em relação às pacientes do SUS, em sua maioria negras. A lógica desrespeitosa de funcionamento do serviço supõe que as gestantes devem esperar horas pelo atendimento, enquanto os/as médicos/as podem chegar atrasados/as, sequer precisam olhar para elas ou se preocupar em sanar suas possíveis dúvidas:

Kauara: E durante a consulta? Você falou que, às vezes, o médico nem te olhava?

Clarice: É... Era uma coisa muito rápida. Muito, muito rápida... *Ele já chegava atrasado. Então chegava lá e era tudo muito rápido. Então, às vezes, a gente esquecia até de falar aquilo.... Aquela dúvida, que a gente queria tirar, a gente acabava sem tirar a dúvida, pelo fato de ser tão rápido, né?* Pelo menos, assim, meu médico, *ele era muito sério, então assim, fica aquele temor do paciente não querer questionar e tal.* A maioria dos pacientes que não entende, que são leigos no assunto, né, acaba nem questionando nada. Só vai lá, o médico vê e sai, nem pergunta, nem nada... (grifo nosso).

A experiência de Clarice é ilustrativa das relações e interações assimétricas entre médicos/as e usuárias. Assim, ao serem recorrentemente constrangidas e desrespeitadas em seus direitos, muitas acabam tendo dificuldades na construção de vínculos com os serviços, distanciando-se deles e não sendo atendidas em suas demandas por cuidados de saúde.

Em relação ao acesso a grupos para gestantes, que configuram importantes fontes de trocas de informações e preparo para o parto, Clarice destaca que não frequentou nenhum grupo devido à inexistência deles no local onde reside:

Kauara: Durante a gravidez do Pedro, você frequentou algum grupo de gestantes?

Clarice: Não.... Lá não tem no Centro de Ceilândia. O Centro de Saúde não nos oferece esses grupos pra gestante, não.

Kauara: Porque tem um grupo, não sei se você sabe, no HUB – o Hospital Universitário.

Clarice: Não sabia nem que existia, tô sabendo agora. Mas lá em Ceilândia não tem grupos pra tirar dúvidas ou...

Kauara: Ou pra preparar pro parto?

Clarice: É, não tem. Não existe isso lá.

2.10 Classificação racial de médicos/as e profissionais de saúde: hierarquias raciais na saúde

A classificação racial de médicos/as e profissionais de saúde foi realizada pelas informantes de forma indireta (heteroclassificação/heretoatribuição). Importante ressaltar que, embora a autoclassificação racial das informantes tenha sido por vezes marcada por dificuldades e incertezas, a classificação racial dos/as médicos/as e profissionais de saúde foi realizada por elas de forma objetiva e sem espaço para dúvidas, de forma que as quinze informantes – à exceção de uma – classificaram sem hesitar os/as médicos/as como brancos/as. É significativo também que a classificação racial dos/as profissionais de saúde vai escurecendo à medida que decresce a hierarquia de poder dentro das equipes: no polo branco encontram-se os/as médicos/as e no polo escuro os/as técnicos/as de enfermagem.

Tal dado de pesquisa explicita a hierarquia racial entre profissionais de saúde, identificada com facilidade pelas informantes. Sabem que os/as médicos/as ocupam a mais alta hierarquia dentre os/as profissionais da saúde, cabendo a eles/elas o poder das decisões, intervenções e prescrições, representando o poder científico hegemônico sobre seus corpos e vidas. A branquitude dos/as médicos/as revela também mais uma das diferentes facetas do racismo institucional na saúde, já que as mulheres negras não possuem vínculo identitário com aqueles/as profissionais, o que contribui para manter e intensificar o distanciamento entre usuárias e médicos/as. Ademais, indica que se trata de uma interação racializada e assimétrica generalizada, tendo em vista que a maioria dos/as médicos/as no país são brancos/as, enquanto a maioria das usuárias do SUS são negras.

Nesse sentido, as falas de Renata, Joice, Laura, Simone, Clarice e Pamela são trazidas aqui para ilustrar a facilidade delas em classificar os/as médicos/as como brancos/as:

Kauara: Você lembra raça/cor dos profissionais que te atenderam no pré-natal?

Renata: Eu lembro mais do médico. Ele é branco.

Kauara: A raça/cor desses profissionais, você lembra?

Joice: Ah, sim. Todos brancos. Todos brancos.

Kauara: E a parteira? A doula?

Joice: A doula é branca. Depois, eu fui ter duas doulas, as duas brancas. E eu queria muito encontrar uma doula negra e não encontrei...

Kauara: Vamos falar primeiro do pré-natal. Você falou que era uma médica na maioria das vezes, como você classificaria a raça/cor dela?

Laura: Branca.

Kauara: E esse médico que te atendeu no final?

Laura: Branco também.

Simone: Bom, a minha ginecologista é branca.

Kauara: Como é que você classificaria a raça/cor dos profissionais que atenderam lá no posto, durante seu pré-natal? Foi um médico só que te acompanhou ou foram vários, enfermeiros, como é que foi?

Nádia: No meu pré-natal foi uma médica só e eu classificaria ela como uma pessoa branca.

A classificação realizada por Clarice do médico e enfermeiro explicita, mais uma vez, a marcada hierarquização racial dentro das equipes de saúde:

Kauara: Como é que você classificaria a raça/cor do médico ou médica que te atendeu?

Clarice: É médico. É branco.

Kauara: E o enfermeiro ou a enfermeira?

Clarice: Pardo.

Pamela traz ainda um elemento importante acerca de sua experiência como doula e da proximidade com o movimento pelo parto humanizado. Além de classificar todos/as profissionais de saúde que a atenderam durante o pré-natal como brancos/as, frisou que identifica o movimento da humanização do parto como um movimento de brancas. Todas as parteiras, doulas e mulheres frequentadoras dos grupos que conheceu eram brancas:

Kauara: Você lembra raça/cor desses profissionais?

Pamela: Todíssimos brancos. Todos. Inclusive as parteiras que eu pude acessar, as equipes de parto domiciliar, todas, todas brancas. Inclusive as mulheres que faziam parte dos grupos que eu participava, todas, todas brancas. As doulas todas, todas brancas. *É um movimento de brancas. Eu não sei como é que eu fui parar nesse lugar mesmo...* (grifo nosso).

As observações das informantes em relação à nítida linha racial que separa as pacientes negras das equipes médicas brancas se aproximam das observações de Lopes (2004) no que se refere à naturalização das hierarquias sociais no país:

No Brasil, as hierarquias sociais são justificadas e racionalizadas de diferentes modos, todos eles (sem exceção) apelam à ordem “natural” de sua existência e apresentam-se como um traço constitutivo das relações sociais. Segundo Guimarães (1995), *o sistema de hierarquização brasileiro (e da América Latina em geral) interliga raça e cor, classe social (ocupação, renda) e status (origem familiar, educação formal) sem, contudo, deixar de ser sustentado pela dicotomia racial branco versus preto que alicerçou a ordem escravocrata por três séculos e persiste ativa na atualidade, resistindo à urbanização, à industrialização, às mudanças de sistema e regimes políticos.* (LOPES, 2004, p. 64, grifo nosso).

Ademais, as classificações efetuadas pelas informantes dialogam com a elaboração de Segato (2005) de que raça é signo e a noção de “eficácia comunicativa” (p. 10). Ao argumentar pela introdução de uma política de cotas, que reserva vagas para estudantes negros/as e indígenas na Universidade de Brasília, a autora afirma que a cor da pele negra configura um signo ausente do texto visual geralmente associado “[...] ao poder, à autoridade e ao prestígio” (p. 10). Logo, a introdução desse signo modificará gradualmente a forma de olhar e ler a paisagem humana nos ambientes sociais:

À medida em que o signo do negro, o rosto negro, se fizer presente na vida universitária, assim como em posições sociais e profissões de prestígio onde antes não se inseria, essa presença tornar-se-á habitual e modificará as expectativas da sociedade. A nossa percepção do negro habilitado para exercer profissões de responsabilidade será automática e sem sobressaltos. O nosso olhar se fará mais democrático, mais justo. Não mais pensaremos que o médico negro é um servente do hospital. [...] (SEGATO, 2005, p. 10, grifo nosso).

2.11 Percepção em relação às informações fornecidas por profissionais e serviços de saúde: qualidade do atendimento no pré-natal

Conforme apontado, as informantes relataram percepções diferenciadas em relação às informações prestadas pelos/as profissionais de saúde e a qualidade do atendimento durante o pré-natal. Aquelas com maior escolaridade e maior renda tinham maiores expectativas em relação ao pré-natal, de forma que avaliaram como insuficientes as informações recebidas por profissionais de saúde e buscaram outras fontes para tirarem suas dúvidas e se prepararem para o parto. Já aquelas com menor escolaridade e renda, tiveram uma percepção positiva acerca do atendimento e das informações recebidas, tendendo a avaliá-las como suficientes e o atendimento como de boa qualidade. \

Nesse sentido, Renata, Joice, Pamela e Clarice trazem avaliações negativas acerca do pré-natal:

Kauara: Então como você avalia as informações necessárias recebidas ao longo da gravidez, sobre o parto e pós-parto? Você acha que foi falho?

Clarice: Foi falho. Bem falho.

Kauara: Você tinha dúvidas que você não conseguia tirar?

Clarice: Tinha dúvida que eu não conseguia tirar, mas acabava tirando nos cursos, nas faculdades.... Então, assim, a gente acaba tirando a dúvida. Mas, pelo profissional que deveria nos explicar sobre cada etapa, a gente não conseguia tirar as dúvidas. Pelo fato de.... De ser uma consulta muito rápida!

Renata: Você não tem informação nenhuma. É tipo assim... é como se você não soubesse de nada e nem precisasse saber de nada porque vai ter alguém, que é o médico, que vai resolver tudo ali pra você.

Pamela: Por parte dos médicos que eu passei, não teve nada que me ajudou. Pelo contrário assim, porque tudo que eles falavam era os mitos, pra colocar medo mesmo. Até mesmo antes de eu ser doula, quando eu já tava querendo engravidar, quando eu ia ao ginecologista, perguntava porque eu já tinha o desejo de um parto natural “o que você acha do parto verticalizado? Do parto de cócoras?” (Resposta) “ah não, isso aí rasga a mulher toda por dentro, depois pra costurar é terrível. Não dá não. ”. Então assim, “o que você acha do parto na água?” (Resposta) “o parto na água, o médico tem que entrar na água, fica aquela coisa cheia de bactérias”. O cara não sabia nem o que que era um parto na água. (Risos)

Kauara: Como é que você avalia as informações que você recebia durante o pré-natal? Era você que ia atrás?

Joice: Eu tinha as informações mais com a doula...

Kauara: E com sua médica?

Joice: Não.... Com ela era o mais básico.

Kauara: Mas você avalia que você teve as informações que precisava?

Joice: Eu acho que sim, mas principalmente por conta da doula. E da ioga também...

Tais avaliações são compatíveis com os achados de Leal et al. (2004), que revelam que as pretas e pardas recebem pior assistência no pré-natal nas maternidades do Rio de Janeiro/RJ. As autoras concluem que as mulheres negras peregrinam mais em busca de local para o parto, têm pior pré-natal e proporções maiores delas não recebem anestesia.

Os trechos abaixo ilustram as percepções das informantes Laura, Beatriz e Nádia, que avaliaram positivamente tanto as informações prestadas como a qualidade dos atendimentos recebidos durante o pré-natal:

Kauara: E como era a relação com os médicos que te atenderam? Você acha que eles te deram as informações que você precisava?

Laura: As consultas demoravam de meia hora a quarenta minutos, eram muito demoradas. Ai, eu tirava todas as minhas dúvidas mesmo, eu gostava de perguntar e saber de tudo, se tava bem, se não tava bem. E eu fui bem tratada, eu não tenho o que reclamar nada.

Kauara: E nessas consultas depois que você foi pro alto risco, os/as profissionais, a médica que te acompanhava, ela te dava as informações que você precisava?

Beatriz: Sim. Dava sim. Qualquer coisa que ela ia falar em relação ao neném, ela nunca escondeu que qualquer momento, eu podia perder um ou poderia perder os dois, ela falou “eu não posso enganar você, eu tenho que falar a você a verdade”. Então, eu não tenho o que reclamar, eu digo que assim, pra mim, o atendimento, ainda mais porque eu sou mulher negra e normalmente as pessoas tem, tem pessoal que tem problemas né, que vai no hospital e não é bem tratado, às vezes por causa da cor, às vezes por causa da condição financeira, às vezes por qualquer coisa, eu não tive nenhum problema em relação à minha cor, à minha classe social, não tive nada, entendeu? Foi supertranquilo, fui muito bem atendida do início até o fim...

Kauara: Como foi seu pré-natal com essa médica? Como eram as consultas? Era sua primeira filha, você não tinha engravidado antes, você acha que você obteve todas as informações que você precisava ou você tinha que buscar por fora ou você levava as dúvidas e eles respondiam?

Nádia: Sim. Foi bem satisfatório. Eles sempre conversavam comigo sobre que estavam preocupados. Eles até falavam que se caso esquecesse de alguma coisa, pra que eu anotasse quando eu lembrasse, pra eu levar e perguntar pra eles. [...]. Eu tive só dois médicos no posto, era a médica e se eu não me engano, era o esposo dela também que atendia lá. Os dois tinham o mesmo ritmo, eram bem exigentes com a gente. Eles falavam “mães saudáveis, bebês saudáveis”. Eles se preocupavam sempre com a nossa saúde pra que a criança também nascesse uma criança saudável. São médicos muito requisitados lá no posto, são ótimos médicos. Não posso reclamar. A minha reclamação mesmo é depois que eu tive ela...

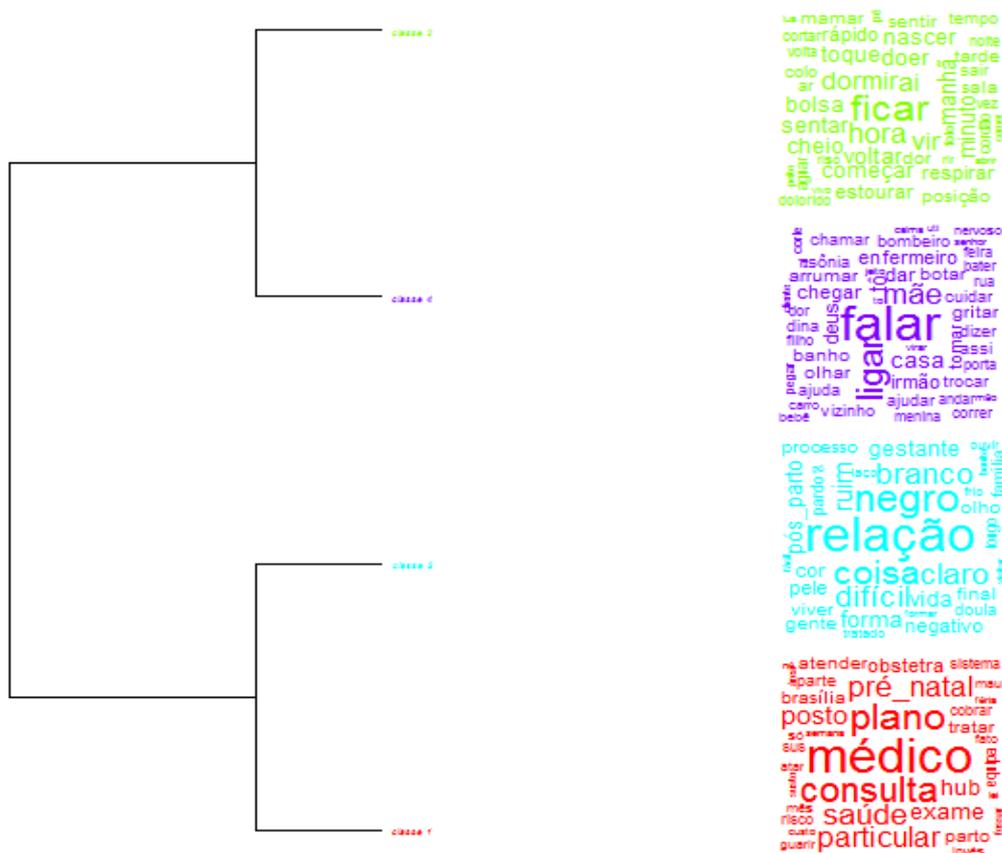
Entretanto, vale lembrar que, no caso de Nádia, sua percepção sobre o pré-natal está diretamente relacionada à comparação com o momento difícil e solitário que vivia no casamento, bem como a outras experiências negativas de interação com os serviços de saúde, nas quais não conseguiu atendimento. Ela revela, inclusive, que considerava a médica bastante rígida com ela, especialmente em relação ao fato dela ter engordado acima do esperado e duvidar do seu relato de que não estava comendo muito.

Conforme anteriormente ressaltado, o racismo se evidencia nas interações sociais e cotidianas entre as pessoas. No entanto, ainda que não nomeado pelas informantes, seus relatos apontam para aspectos da forma como o racismo institucional opera no sistema de saúde, ora mais evidente, ora mais dissimulado e sutil. Dessa forma, algumas situações vivenciadas tais como longas esperas por atendimento, a sentença do corpo negro destinado ao parto e amamentação fáceis, a negação por parte do médico da gravidez já existente, consultas rápidas e com o mínimo de contato com as gestantes, o não fornecimento de informações importantes, além da ausência de médicos/as negros/as são exemplos que interferem na qualidade da atenção à saúde das mulheres negras e contribuem para a institucionalização e reprodução do racismo. Isso se dá especialmente ao se levar em conta que não há posicionamentos explícitos, tampouco espaços onde tais condutas possam ser discutidas e problematizadas no âmbito das instituições da saúde. Ainda que não intencionais, são posturas coniventes que interferem “na construção das identidades e na produção dos sujeitos, e conseqüentemente na saúde das pessoas” (KALCKMANN et al., 2007, p. 153).

Para sintetizar o presente capítulo, bem como ilustrar aspectos apresentados e discutidos no seu decorrer, trago aqui uma das figuras com a representação gráfica das

quatro classes além das “nuvens de palavras”, a partir de análises do *corpus* das informantes negras, geradas com o uso do *software* IRAMUTEQ:

Figura 1. Representação gráfica das classes e nuvem de palavras referentes ao *corpus* das informantes negras. Imagem gerada pelo software IRAMUTEQ.



As classes de palavras 1 e 3, mais diretamente articuladas entre si ao momento do pré-natal, apontam para a recorrência de algumas palavras, a partir da maior frequência delas nas entrevistas (ressaltam na classe 1: médico, consulta, plano e pré-natal; na classe 3: relação, negro, coisa e difícil). Tais destaques, dentro do contexto das entrevistas, evidenciam o caráter racializado das interações e relações com as instituições e os/as profissionais de saúde nas consultas de pré-natal. Consoante com o que foi apontado, essas classes configuraram uma pista importante para a organização dos relatos das informantes tanto do presente capítulo como do seguinte, no qual serão abordados os momentos do parto e do pós-parto/puerpério.

CAPÍTULO 3

O momento do parto e o pós-parto: contrações, dores, dúvidas e surpresas

Eu tive a sorte pelo médico que acompanhou minha gestação e realizou o parto poder ser definido com dois adjetivos: profissional e ético, mas essa não é a regra e digo isso por ter ouvido narrativas de amigas, conhecidas negras e brancas que viveram a gravidez na mesma época que eu ou me contaram de suas vivências. Saber quem será o médico no dia do parto, como será a cirurgia, de que forma o corpo se transformará, ser apresentada à equipe de enfermeiros e anestesistas, conhecer a dinâmica do hospital, ter apoio nos momentos de contração, fazer o enxoval, ter boa alimentação e ouvir do companheiro, dos amigos e da família que será um bebê lindo porque terá os seus olhos, a sua cor, o seu cabelo. Esse deveria ser o processo natural de qualquer gravidez, mas não é. Mara Evaristo, negra, em entrevista à Revista Fórum (29 de janeiro de 2015)³⁷.

Analogamente ao Capítulo 2, este terceiro e último capítulo apresenta e discute os principais dados encontrados a partir da organização realizada pelo *software* IRAMUTEQ e dos relatos das informantes no que se refere, prioritariamente, ao momento “parto” e, de forma secundária, ao momento “pós-parto”. Dialogando com tais fontes, apresento dados atualizados sobre o parto no país, além de embasamentos da literatura teórica pertinente.

Ao privilegiar as elaborações das informantes, busco identificar um campo comum de narrativas, sentimentos, percepções e práticas, que tenham implicações para suas experiências relacionadas ao trabalho de parto e ao pós-parto, e que digam respeito, simultaneamente, à cor/raça e ao gênero. Nesse sentido, abordo – por vezes de maneira indireta – como a cor/raça é entendida na interação com os serviços e os/as profissionais de saúde durante o parto, além de apreender representações vigentes sobre o corpo grávido e a gestação das mulheres negras, por meio dessa mesma interação.

Ademais, apresento algumas diferenciações nos discursos das informantes, explorando de que modo as diferentes variáveis e os marcadores sociais (como escolaridade, renda e local de moradia) constituem tais discursos. Nesse percurso, trago à tona dados e pesquisas relacionados ao tema, bem como as estratégias utilizadas pelas informantes para lidar com as situações vivenciadas. Procuro também abordar em que medida os tratamentos relatados se aproximam das representações, ideias e ações racistas

³⁷ Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/blog/2015/01/mae-negra-crianca-negra-identidade-e-transformacao/>. Acesso em: 07 set. 2015.

“naturalizadas” na sociedade sobre as mulheres negras, privilegiando nas interpretações das informantes aspectos e expressões relacionados simultaneamente à cor/raça e ao gênero.

Nesse percurso, abordo os relatos de Joice, Renata, Beatriz, Nádia e Pamela como especialmente reveladores dos aspectos tratados. As falas de outras informantes – Clarice, Joana e Simone – também são apresentadas aqui por trazerem contribuições relevantes.

3.1 Principais dados encontrados no software IRAMUTEQ

Conforme exposto em capítulos anteriores, nos dois eixos gerados pelo *software* a partir do *corpus* com os dados das mulheres negras, as classes de palavras 2 e 4 foram relacionadas, respectivamente, ao parto e pós-parto/puerpério. Tais classes de palavras subsidiaram a sistematização dos relatos ao longo do presente capítulo.

Três diferentes tipos de relações sociais emergiram como dimensões relevantes nas narrativas acerca do momento do parto e pós-parto/puerpério: a relação com o próprio corpo grávido e as sensações corporais envolvidas durante o trabalho de parto; as relações com familiares, amigos/as e pessoas da comunidade; e as relações com profissionais de saúde.

Nesse sentido e de forma geral, as classes apontaram para a recorrência das seguintes palavras: “contração”, “doer”, “toque”, “bolsa”, “posição”, “respirar”, “sentir”, “nascer”, “dor”, “demorar” e “mamar”, que remetem especialmente à importância das sensações corporais envolvidas no trabalho de parto (classe 2). Além disso, palavras como “falar”, “ligar”, “mãe”, “casa”, “irmão”, “vizinha”, “cuidar”, “ajudar” e “enfermeira” remetem tanto às dimensões afetivas mais íntimas nas relações sociais envolvidas - seja com a família ou com a rede de pessoas da comunidade -, como também às relações sociais mais distantes com profissionais de saúde, especialmente presentes no momento do pós-parto (classe 4).

Partindo do entendimento de que as relações sociais são racializadas, a cor/raça envolvida também emergiu no discurso das informantes em relação à experiência do parto e do pós-parto, ainda que em alguns momentos de forma indireta. Assim como foi observado nos discursos sobre o pré-natal, tanto no parto como no pós-parto, a dimensão racial é mais explícita para as informantes nas relações pessoais e interações sociais diretas

com familiares, amigos/as, profissionais de saúde e outras/os usuárias/os dos serviços. Por atuarem de forma difusa nas instituições de saúde e extrapolarem o plano exclusivo das relações interpessoais, as diferentes dimensões do chamado racismo institucional acabam, muitas vezes, ficando invisíveis, o que dificulta sua identificação e nomeação por parte das informantes.

Ainda que não tenha formado uma classe específica e separada do momento “parto”, a partir da análise do *software* IRAMUTEQ, é relevante o fato de que todas as informantes negras, especialmente as primíparas, relataram dificuldades no pós-parto/puerpério. Ademais, o momento do pós-parto imediato, vivenciado dentro de instituições de saúde por algumas informantes, foi marcado por diferentes violências e pela emergência da raça/cor nos relatos acerca das interações com profissionais de saúde e outras usuárias. A partir dessas observações, optei por abordá-lo nos relatos das informantes em separado do momento do parto, ainda que de forma menos aprofundada.

Novamente, ressalto que o *corpus* com as narrativas das mulheres brancas (grupo de controle) não gerou classe de palavras relacionada à raça/cor, reafirmando os achados de outros estudos³⁸ que apontam que as pessoas brancas se veem e são vistas socialmente como portadoras de um estado neutro, sem “raça/cor”.

3.2 O parto no Brasil

O Brasil é conhecido internacionalmente pelo alto percentual de partos por cirurgia cesariana. Entre os anos 2000 e 2012, esse tipo de parto aumentou significativamente entre todas as faixas etárias e representou, em 2012, quase 56% dos partos realizados no país. A Organização Mundial de Saúde recomenda que a cesariana não ultrapasse 15% dos partos e seja praticada apenas quando houver efetivo risco de morte para a gestante ou para a criança, pois configura uma intervenção intrusiva, com sérios riscos às mulheres e seus/suas filhos/as (BRASIL, 2015).

A pesquisa “Nascer no Brasil”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com diversas instituições científicas do país, constitui o maior estudo já realizado sobre parto e nascimento no país, tendo contemplado 266 maternidades em 191 municípios, sendo que 23.940 mulheres foram entrevistadas entre fevereiro de 2011 e

³⁸ Ver Bento (2012); Pereira (2013).

outubro de 2012 (LEAL; GAMA, 2014). Os resultados revelaram que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, sendo que, no setor privado, o valor é de 88%.

Conforme aponta Maria do Carmo Leal, coordenadora da pesquisa, o número excessivo de cesarianas expõe desnecessariamente as mulheres e os bebês aos riscos de efeitos adversos no parto e nascimento. No entanto, o índice elevado de cesarianas está relacionado, dentre outros fatores, a uma cultura arraigada no país de que o procedimento é mais seguro e a melhor maneira de se ter um/a filho/a. Isso porque o parto vaginal - mais comum em estabelecimentos públicos - quase sempre é realizado com muitas intervenções e dor, mostrando-se a cesariana uma opção para reduzir esse sofrimento.

Os resultados da pesquisa reforçam que, durante o trabalho de parto vaginal, a maioria das mulheres fica restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, é impedida de se alimentar e beber líquidos, é medicada para acelerar as contrações e acaba parindo deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando sua barriga. Assim, a ocitocina sintética está presente em 36% dos partos vaginais, o jejum em 75%, a ruptura de bolsa em 39%. Estes procedimentos causam sofrimento, podem gerar complicações e a necessidade de novas intervenções, numa espécie de efeito dominó (LEAL; GAMA, 2014).

Atualmente, a OMS e o Ministério da Saúde (MS) recomendam para o manejo do trabalho de parto:

[...] a oferta de líquidos; o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscando aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto; e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, tais como banho de aspersão ou imersão em água quente, massagens e outros. Essas são tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo, sendo possíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde (LEAL et al.; 2014, p. 25-26).

Embora existam recomendações e normas do Ministério da Saúde que defendam a abolição da violência obstétrica³⁹, bem como a adoção de procedimentos considerados humanizados, as práticas violentas são rotineiras e naturalizadas, conforme apontam diversos estudos⁴⁰ e os relatos das informantes, explorados ao longo deste capítulo.

³⁹ Sob o termo “violência obstétrica” estão incluídos procedimentos rotineiros nos estabelecimentos de saúde, tais como: episiotomia (corte feito entre vagina e ânus), ocitocina de rotina (conhecido como "sorinho"), jejum e amniotomia (rompimento da bolsa).

⁴⁰ Para mais informações sobre o tema, ver Diniz (2005; 2009); Wolff; Waldow (2008); Aguiar; D'Oliveira (2011).

3.3 Joice⁴¹: “A maior contribuição da médica foi não interferir tanto no parto”

A trajetória, a condição socioeconômica e a escolaridade de Joice contribuíram e possibilitaram o preparo cuidadoso para o parto, aspectos ressaltados no capítulo 2. Ela buscou informações, praticou ioga e dialogou com doulas, parteiras e outras gestantes. No entanto, sua condição privilegiada não a tornou imune ao racismo presente nas instituições de saúde, segundo evidências da entrevista. Suas reflexões acerca do parto são ricas em detalhes, razão pela qual busquei descrever seu relato de forma minuciosa.

No final da gestação, ao completar 38 semanas, suas contrações ficaram mais fortes durante certa madrugada. Conforme combinado com a médica do plano de saúde que realizou seu pré-natal, logo que amanheceu, ela e seu companheiro seguiram para a Maternidade Brasília⁴². Ambos são candomblecistas e, lá chegando, por volta de seis da manhã, perceberam estranhamento das pessoas em relação às suas vestimentas brancas:

Joice: Eu acho que logo que a gente chegou no hospital, evidentemente, de branco assim né, muito marcadamente de religião de matriz africana, eu senti um estranhamento no hospital, nas atendentes, nas pessoas que estavam lá também esperando. A maioria estava esperando pra ter cesárea e acharam bem estranho esse figurino, eu acho... Tanto que logo que eu entrei no quarto, a enfermeira perguntou se eu queria trocar de roupa e tal. Então, tinha uma coisa assim de um incômodo com aquele figurino, entendeu?

Cabe salientar que historicamente as religiões de matriz africana têm sido alvos de preconceitos, intolerâncias e ataques no país, sendo o racismo um dos seus principais fatores⁴³. As instituições e profissionais do campo da saúde também são reprodutoras dessa dimensão do preconceito, de forma que o racismo também se manifesta nos imaginários construídos sobre religiões como o Candomblé, conforme explicitado no relato de Joice. Sua observação aponta para a necessidade de dar atenção à forma como as pessoas negras vivenciam e percebem uma espécie de inadequação a determinados espaços físicos e simbólicos.

Apesar de estar com a guia de internação nas mãos, Joice se queixou da demora para a liberarem para o quarto, o que a obrigou a iniciar os exercícios de preparação para o

⁴¹ Preta, militante do movimento negro, 33 anos, candomblecista, pós-graduada, jornalista, primípara, reside na Asa Sul.

⁴² Essa maternidade está localizada no Setor Sudoeste/DF, região nobre e parte do Plano Piloto, Região Administrativa de Brasília/DF.

⁴³ Os ataques e perseguições às religiões de matriz africana configuraram inclusive uma política de Estado, em especial na primeira metade do século XX. Sobre o tema do preconceito e intolerância a religiões de matriz africana, ver: Silva (2007); Botelho; Flor do Nascimento (2010).

parto no hall da recepção da Maternidade. Quando a questioneei sobre a estrutura física do local, ela afirmou que o quarto era arejado, com janelas. No entanto, não havia banheira, bolas, cavalinho para exercícios e relaxamento ou quaisquer outros instrumentos utilizados para ajudar no trabalho de parto:

Kauara: E a maternidade tinha uma estrutura humanizada?

Joice: Mais ou menos. O quarto era muito bom, tinha janelas.

Kauara: Havia bolas? Banheira?

Joice: Nada disso. Agora eles têm lá uma sala, mas tem que pagar pra isso. Na época você não tinha que pagar pra ter parto normal no quarto.

Já ambientada no quarto, a preparação para o parto continuava. Joice salientou a importância da presença de seu companheiro durante o trabalho de parto e parto. À medida que as contrações ficavam mais fortes, a doula ensinava-o a fazer massagens em suas costas para aliviar a dor. Somente por volta das oito da manhã, a médica chegou para fazer o exame de toque e checar a dilatação. Segundo Joice, foi nesse momento que teve a sensação de ter errado na escolha da profissional:

Joice: [...] *Só que aí foi quando eu comecei a perceber que realmente eu podia ter errado na escolha.* Ela falou “não, você só tá com 4 centímetros, vai demorar muito, vou tomar um café”. Desapareceu, assim. Virou pra doula “olha, tá aqui a luva, você fica à vontade, pode fazer toque, o que você quiser, eu vou tomar um café” e desapareceu. E aí me deu uma raiva muito grande da postura dela e eu fui pro banheiro e comecei a fazer mais força, eu botei na cabeça que eu não queria que ela fizesse o parto. Eu queria que quando ela voltasse o neném já tivesse nascido. E ela já tinha dito que tinha um outro procedimento naquele mesmo dia, no dia seguinte a filha dela ia fazer prova, então tinha uma pressão assim...[...]. Eu pensava assim, primeiro eu quero que demore muito porque quero ter o mínimo contato possível com ela, já saquei que não é a pessoa. Errei. *Daí é muito difícil, nesse momento, você saber que errou...* (grifo nosso).

A ausência e a postura da médica a incomodaram profundamente. Enquanto ela, seu companheiro e a doula estavam concentrados no trabalho de parto, a médica destoava da cena, ora ausente, ora resolvendo questões pessoais e profissionais ao telefone. Como o pai de Joice é médico, ao chegar no seu quarto para vê-la após um plantão, as atenções da médica voltaram-se imediatamente para ele:

Joice: E aí foi indo, foi indo, ela [a médica] voltou, mas ficava falando no telefone, na sala, um negócio assim, com pai, com irmão, com filho, sabe? Totalmente destoando.... *Ela não tava focada ali como a gente tava naquele momento* [...] E aí lá pelas tantas, muito louco, meu pai entra no quarto com uma maleta e me deu uma nóia na cabeça de como ele é um médico mega-ultra alopata intensivista, ele ia me abrir ali. E eu desesperei, expulsei ele do quarto, pedi pra trancarem a porta. [...] E tipo assim, nem era uma maleta de nada disso, era a maleta dele vindo do plantão, mas eu fantasiei que ele ia me abrir, eu me tranquei no banheiro, mandei expulsar ele. Depois eu fiquei com dó dele, pedi pra entrar de novo, quando passou a contração... Mas a médica resolveu sair da

sala para atendê-lo lá fora e aí passou um tempão com ele lá fora, colocando ele na sala dos médicos, dando uma mega atenção pra ele. Bizarro assim, bizarro. (grifo nosso).

Por volta das nove da manhã, começou a fase expulsiva⁴⁴, quando sentiu muita dor. Como havia se preparado para aquele momento, andou muito pelo quarto, ficou em diferentes posições na maca, “não economizou nos gritos” e, segundo ela, também “xingou muito”. No momento do coroamento⁴⁵, percebeu uma discussão entre a doula e a chefe de enfermagem:

Joice: E ai foi indo, foi a hora que eu senti mais e tal e ai lá pelas tantas começaram a preparar a sala, rolou uma discussão entre a doula e a chefe de enfermagem porque na hora que viram que tava coroando, começaram a preparar... *Ai é isso, tiram o foco de você e começa a preparar o lugar que vai receber o bebê, que embora seja lá no quarto mesmo, você tem uma separação muito rápida da criança, é uma estrutura que eles estão montando e você tá ali gritando de dor* e eu não economizei nos gritos. Gritava mesmo. [...] Quando as contrações estavam no auge, eu falei pra ela “eu não vou aguentar, é muita dor”. Ai, ela veio no meu ouvido e falou “vai doer muito mais”. Foi meio sádico assim, sabe? Mas ao mesmo tempo foi bom porque eu re programei, eu falei “não tá doendo nada, se vai doer mais, não tá doendo nada”. É a dimensão psicológica da dor né. Aí você se reprograma, sabe que ainda tem mais dor. E mais no início ela [doula] cantava e depois ela ficou muito silenciosa, todo mundo ficou e eu que falava uns absurdos e xingava pra caramba e lá pelas tantas quando já tava coroando eu pedi anestesia, mas não dava mais tempo. Eu tinha feito plano pra parto sem nada, sem anestesia, sem nada. *E as coisas estavam correndo muito bem pelo fato da médica não tá lá...* (grifo nosso).

A separação entre criança e mulher predominante no ambiente hospitalar do parto, ocorre antes mesmo do nascimento do bebê, tal como percebido por Joice. Em um momento de dor profunda, as atenções da chefe de enfermagem voltaram-se para preparar o quarto para receber o bebê e não para ela. É pertinente a análise feita por Martin (2006) da metáfora médica da produção fabril que gerencia o entendimento acerca do contexto do parto, de forma que o útero é representado como um instrumento de produção e o parto um trabalho mecânico a ser monitorado. Segundo ela, o papel secundário e pouco valorizado atribuído às mulheres em relação à importância atribuída ao bebê desconsideram a experiência das mulheres, podendo suscitar comportamentos de revolta.

Durante o momento expulsivo, a médica surgiu no quarto ainda falando ao telefone, mas logo saiu. Passado algum tempo, retornou e, ao verificar que a bolsa de Joice não tinha estourado, decidiu realizar um procedimento de intervenção:

⁴⁴ Fase na qual as contrações uterinas vão aumentando de intensidade e frequência, empurrando o feto até à saída do útero.

⁴⁵ Quando o bebê está quase nascendo e sua cabeça aparece na entrada da vagina.

Joice: Lá pelas tantas ela vem e aí não tinha estourado a bolsa e nada e ela vem e fala “vou fazer uma coisa aqui que o seu parto vai ser mais rápido”. Só que nessa hora, qualquer coisa que fala, demorou ne? A doula não falou nada, mas ela ficou super preocupada, que foi o momento que ela fez o apagamento do colo do útero, que dói pra caramba e é um procedimento que eu não sabia, isso eu não li, é um procedimento que às vezes pode causar uma lesão no colo do útero irreversível porque é de muita violência. [...]. Então, ela tira a membrana que ainda segura o neném. Depois, pra além da dor, porque essa dor eu sei que foi grande, o que dizem que é a dor do apagamento do colo, eu acho que eu não tive ela toda, eu acho que foi menos, que tava por um fio... [...] E uma das coisas que me entristece é porque no terreiro a gente já tinha trabalhado muito a coisa da criança que nasce empelicada e do quanto elas são especiais, e eu tinha pra mim que meu filho ia nascer empelicado, o quanto é especial nascer empelicado dentro do universo do terreiro...

Kauara: Empelicado é....?

Joice: É sem a bolsa estourar, nasce dentro de tudo. Eu não sei se chega a ser a placenta. É toda a película que envolve o bebê, mas é quando a bolsa não estoura. [...] Era algo importante pra gente. A gente não contou isso pra ela, não falou isso com ela e naquele momento ali também eu não imaginava que ao apagar o colo do útero, ela ia estourar a bolsa. Eu não associava uma coisa à outra. E aí foi muito rápido.

Joice ressalta que, embora a doula tenha ficado muito incomodada e preocupada com essa intervenção da médica, permaneceu focada no trabalho de parto, dando comandos no seu ouvido. Estes foram cruciais para que conseguisse parir sem se machucar:

Joice: A doula ficou muito incomodada, mas ela tava muito focada em mim, ela continuou falando comigo, dizendo a hora que era pra fazer força ou não. E, principalmente, no expulsivo, que não era mais pra eu fazer força, era pra eu deixar a contração vir, não fazer força porque senão eu poderia me machucar. Porque nessas horas a laceração ocorre por conta da força. [...]. Então, quando ela fala, vem e fala no ouvido, são comandos, ela dá comandos muito claros e chega um momento que eu só ouvia a voz dela. E mais pro final eu comecei a entoar um mantra muito forte na minha cabeça, no final do trabalho de parto, eu só mentalizava isso, “vem pelo caminho da luz, vem pelo caminho da luz”. Então, eu acho que foi uma coisa que me ajudou bastante assim [...]

Após o procedimento da médica, a bolsa rompeu. Ela afirma que nessa hora a dor se intensificou e a posição mais confortável foi “de quatro”. Após poucas contrações, seu filho nasceu. No entanto, ela e seu companheiro perceberam que o fato de estar “de quatro” gerou constrangimentos e desconfortos na médica e na equipe de enfermagem:

Joice: Aí, na hora que ela fez o apagamento do colo, uma contração depois a bolsa estourou, só que eu tava sentindo muita dor e a posição meio de cócoras, meio sentada que eu tava na maca, eu não tava aguentando. Aí eu resolvi ficar de quatro e o Fulano [companheiro] disse que percebeu um incomodo da médica vendo aquela posição, por ter quadril grande também, foi muito estranho a maneira como...como ela não quisesse olhar, entendeu? [...]. Eu acho que a questão do quadril é, *you sense that for the doctor, for the nursing team, you are a deviation for being in a four position, with the hip of that size.* Eu senti que as pessoas que estavam naquela sala, e o Fulano

[companheiro] disse que viu o constrangimento delas com o formato do meu corpo e eu por ganhado de quatro, isso ficou evidente. (grifo nosso).

Pode-se atribuir inúmeros motivos para o desconforto da equipe de saúde com a posição que Joice pariu. Inclusive ao fato de que partos vaginais são raros em instituições particulares no país e muitos/as profissionais sequer presenciaram um. Afinal, Leal e Gama (2014, p. 2) afirmam que “[...] a maioria das mulheres teve seus filhos por meio de cesarianas, cirurgia realizada em 52% dos nascimentos. Ao analisar apenas o setor privado, a situação é ainda mais alarmante: 88% nasceram por meio de cesarianas”.

Além de considerar a relevância de tais estudos, vale salientar que na presente análise, a percepção e elaboração de Joice acerca do fato é privilegiada. Ela sente que seu corpo negro e quadril largo são vistos pela equipe de saúde como uma “aberração”, que a médica sequer queria olhar. Tal percepção também foi evidenciada em outros estudos que mostram que muitos/as profissionais de saúde não gostam de tocar e examinar o corpo de mulheres negras durante as consultas, muitas vezes mais rápidas que a média, o que compromete a qualidade do atendimento em saúde e configura uma das manifestações do racismo institucional (KALCKMANN et al., 2007; LOPES, 2004).

A articulação entre gênero e raça/cor na experiência do parto de Joice é evidente, pois os sistemas de opressão fazem do seu corpo uma intersecção, de forma que à cultura médica patriarcal e branca se sobrepõe os estereótipos raciais que predominam em relação às mulheres negras, complexificando a trama das interações com profissionais de saúde.

Ao rememorar o dia do parto, Joice reconhece que foi privilegiada em diferentes aspectos. Dentre eles, destaca o fato da médica ter ficado a maior parte do tempo ausente, intervindo pouco no parto. A dimensão da sua religiosidade também operou como um importante elemento de proteção para que tudo corresse bem:

Joice: Eu acho que toda essa coisa que eu tive assim na minha cabeça de aceitação da dor, de saber que era meu momento, de saber dessas etapas das coisas, de ter a doula, de ter ele [companheiro], tudo isso eu acho que ajudou muito a coisa fluir e *apesar da médica ter tentado prejudicar, não aconteceu...* Então *a maior contribuição dela foi não interferir, no final das contas. Não interferir tanto, porque depois ela interferiu. [...] Era dia de Oxalá, a gente tava de branco, nós dois somos do candomblé. Então, tinha assim uma tranquilidade que era o dia que tudo ia dar certo. E assim foi, apesar dessa presença sombria dela [médica] e o descaso, ocorreu de maneira positiva. [...].* Eu me emocionei. Eu só falava “ele é lindo, ele é lindo, ele é lindo”. E logo botaram no peito. Deixaram o cordão acabar de pulsar, não tiraram o córtex dele. Então, eu acho assim que ele foi privilegiado em vários aspectos. Teve uma humanização muito forte, logo a doula começou a me dar umas batatas cozidas que minha mãe levou, umas comidinhas que elas servem logo depois. Logo que ele nasceu, abriu a porta, foi o estouro da boiada, um monte de gente entrou. (grifo nosso).

A gestação, o parto e a maternidade são permeados por necessidades sociais e interferências que refletem estruturas de poder nitidamente patriarcais. Como mais um reflexo disso, ao observar que Joice não teve nenhuma laceração durante o parto, a médica volta sua atenção para o companheiro dela, conforme relata:

Joice: [...] Ai, uma coisa que assim é legal, mas é meio complicado ao mesmo tempo, que mostra o machismo nesse momento, é que tive nada, zero de laceração. Nada. E a médica virou pro Fulano [companheiro] e ficou assim “olha que maravilha”. Tipo assim, o Fulano disse que ficou constrangido. “Não é uma maravilha?” Como se fosse um boi assim, né? A vaca em exposição “nossa, que maravilha, nada de laceração”. Batia nas costas dele. Aí ele falou que ficou constrangido que as pessoas ficavam olhando e olhava para ele como se fosse assim “parabéns, tá aí ó, intacto pra você”.

O relato de Joice evidencia o sexismo e o machismo presente na objetificação do seu corpo. O fato de não ter tido nenhuma laceração durante o parto seria, na visão e interpretação da médica, vantajoso para o homem que se relaciona sexualmente com ela. Analogamente, outros estudos apontam ideias que prevalecem entre os/as médicos/as e no imaginário social de que, após um parto normal, “a mulher perderá a integridade de seu assoalho pélvico, de que passará a ter problemas para relacionar-se sexualmente” (CARNEIRO, 2013, p. 2372). As vantagens para a mulher – seu corpo, sua recuperação, seu pós-parto e seu próprio prazer – sequer foram mencionadas. A atitude da médica é tão direta e explícita, que, ao parabenizar e bater nas costas do companheiro de Joice, deixa-o constrangido.

Mesmo reconhecendo que teve acesso privilegiado às informações, Joice as considera insuficientes. Ela relaciona tais falhas nas instruções e informações sobre o momento do parto à naturalização do corpo e da maternidade das mulheres negras:

Joice: *Como se o expulsivo fosse bastar ter um quadril largo, o expulsivo é muito mais que isso. E olha que eu sei que eu tive um nível de informação bem acima da média, mas assim eu não tive informação, por exemplo, dessa questão do apagamento do colo do útero que não tem nada a ver do tamanho do quadril, mas não, como você tem o quadril largo, você não precisa saber nada do expulsivo... (grifo nosso).*

A partir dos recursos que dispunha, Joice tentou ser a protagonista do seu parto. É notório, no entanto, que foi reiteradamente desrespeitada pela médica branca. Uma das expressões de desrespeito refere-se aos diferentes momentos em que a atenção da médica se voltou para os homens presentes na cena, ignorando-a completamente. Primeiro, foi seu pai quem recebeu toda a atenção da profissional; e, depois, foi seu companheiro e pai de seu filho, contemplado com os “parabéns” pela ausência de laceração no corpo de Joice.

Nos raros momentos em que esteve presente, realizou uma perigosa intervenção, com o intuito de acelerar o tempo do parto e liberá-la para seus outros compromissos e prioridades. Tais atitudes revelam a desumanização das mulheres negras durante o parto, em uma complexa articulação entre o sistema de opressão pautado no gênero e na raça/cor.

3.3.1 Pós-parto: “você vai aprendendo a trocar o pneu com o carro andando”

Joice foi para casa no dia seguinte ao parto. Foi quando começou um período complicado, pois se deu conta de que havia se preparado para o parto, mas pouco sabia acerca do pós-parto:

Joice: Então, eu vivi muito essa coisa do parto, depois eu fui perceber, inclusive, que *eu tinha de ter que me preparado mais pro pós-parto, que foi bem difícil*. O processo pro parto, o pré-natal, foi um pouco mais tranquilo...Ao chegar em casa, eu me dei conta que eu não sabia nem trocar fralda, não sabia fazer nada, tinha uma criança de 2,900 kg... (grifo nosso).

Ao ressaltar a dificuldade com a amamentação, Joice reafirma a carência de informações e preparo. Sua análise aponta para o mecanismo racista que atribui às mulheres negras determinadas características, confinando-as em determinados lugares e papéis sociais, o que contribui para perpetuar as desigualdades, violências e opressões:

Joice: E aí, quando desceu o leite, eu fiquei muito desesperada, que era a hora que você fala “me falaram que ia ser fácil amamentar e do que adianta ter um bico? ”, eu sei que tem mulheres que sofrem bastante por não ter bico, mas amamentação não é só o bico. Então, é isso que eu *me ressinto assim dessa coisa, virarem pra você, pra mulher negra, “você tem um quadril, então não preciso te explicar como é um expulsivo; você tem um bico, eu não preciso explicar como é a amamentação”*. Como assim? [...] Como você tem o bico do peito perfeito, você não precisa saber nada da amamentação. Aí quando chega o momento da amamentação, eu me desesperei, eu não sabia que era aquele tanto. Eu achava que o leite saía por um buraco só, que era tipo uma torneirinha... São coisas idiotas, mas que tipo, eu não sabia. E aí, o peito ficou muito grande, eu não sabia o que eu fazia, se eu tirava leite, se eu guardava leite, se eu dava pra ele. Aí eu comecei numa nóia de ficar acordando ele pra mamar, que eu acho que foi muito ruim pra ele, muito ruim pra mim. Ele teve uma icterícia, eu não sabia o que fazer com aquilo. Ele era muito pequenininho, bateu um desespero. Eu não tinha marcado pediatra, então várias coisas do pós-parto, eu não sabia...

Kauara: E essas informações você foi buscando ao longo do processo?

Joice: É. Foram vindo... mas só que vinham com muita angústia... É muita coisa nesse momento, mas assim, tem algumas coisas básicas que precisam ser melhor preparadas. [...] (grifo nosso).

No período do pós-parto, seu relacionamento inter-racial com o pai do seu filho também evidenciou elementos da complexa dinâmica das relações raciais no país. Moutinho (2004), ao investigar casais inter-raciais, identifica a dificuldade encontrada por

seus/suas informantes em nomear o racismo ou preconceito nas atitudes de parentes ou pessoas próximas, que tendem a amenizá-los. Segundo ela, “quanto mais distante, mais fácil de ser classificado como ‘preconceituoso’ ou ‘racista’ e quanto mais próximos, mais passíveis de amenizações” (MOUTINHO, 2004, p. 285). Dialogando com tais achados, identificar o racismo nas atitudes de seu companheiro e pai do seu filho, um homem branco, em relação à sua mãe, uma mulher negra, traz a Joice muita dor e sofrimento:

Joice: Começaram vários conflitos dele [companheiro] com a minha mãe. Então ele não queria que as pessoas tivessem próximas, não queria a participação da minha mãe, e eu acho que isso foi muito ruim porque eu acho que é um momento que sua mãe reencontra a maternidade dela, você reencontra sua mãe, começa e entender uma série de coisas, a relação fica muito intensa. E as grosserias que ele tinha com ela, a forma de lidar com ela até hoje repercutem muito mal na nossa relação, entendeu? *E é uma coisa que eu fico me perguntando, que tem uma dimensão racial nisso, se o desrespeito em relação a minha família passa por um racismo dele. Será que ele faria isso se fosse uma família branca? Então isso pra mim é muito doloroso...* (grifo nosso).

Joice relatou também como a questão da identidade racial do seu filho, classificado por pessoas próximas a ela como branco, se impôs durante o pós-parto como mais um desafio para lidar, segundo ela, por toda sua vida:

Joice: *Aí começou o outro elemento muito racial que foi as pessoas começarem a ir em casa e falarem “não, não é possível, ele não é negro”. Era tipo uma decepção, você via na cara das pessoas. E ao mesmo tempo, por mais que eu soubesse, na minha cabeça, tanto podia ser negro, quanto não podia, também era uma informação nova pra eu lidar. Então, quando as pessoas colocavam isso pra mim de uma maneira super agressiva, aquilo repercutia muito dentro de mim, então eu tinha que me trabalhar muito, de olhar pra ele. Tinha gente que ficava totalmente decepcionada, falava assim “queria tanto que você tivesse um filho negro pra minha filha ter um amigo negro”. Teve uma tia minha que falou assim “ah, bem feito, quero ver você nas reuniões do movimento negro com esse menino branco”. Comentários muito cruéis “vai sair com ele e não vão saber que ele é seu filho, vão pensar que você é babá” e isso tipo assim, dez dias após o parto...*

[...]. Eu sei que no fim, *você vai aprendendo a trocar o pneu com o carro andando. Mas eu sei que em todo esse universo maluco, pré-natal, parto e pós-parto, a minha experiência é uma experiência privilegiada em vários sentidos, mas claro que a dor que você sente, é a dor que você sente, é a dimensão da sua realidade, do que cada uma aguenta ou não. [...] E a questão da identidade racial dele [filho] que nos acompanha, com grande frequência a frustração das pessoas em relação ao fenótipo dele ressurgem e aí é mais uma coisa de eu trabalhando a minha relação com ele, então é um desafio que eu acho que é um desafio de vida toda, não tem muito jeito...* (grifo nosso).

A cor/raça da prole em uma sociedade plurirracial como a brasileira constitui dimensão relevante para refletir sobre as dinâmicas das relações raciais. A “decepção” das pessoas próximas a Joice em relação à raça/cor de seu filho está possivelmente relacionada a experiências anteriores com situações de discriminação racial. Dessa forma, no que se

refere às mulheres negras que geram filhos/as mais claros/as, há um receio de que sofrerão os efeitos do racismo, vivenciando situações como as descritas: “não vão saber que ele é seu filho”; “vão pensar que você é babá”. O imaginário social racista traduz as cenas de mulheres negras com crianças brancas como se só pudessem ser babás, fixando-as em determinados lugares, estereótipos e papéis sociais.

Em sua pesquisa sobre violência doméstica e familiar contra mulheres negras, Pereira (2013) identifica como a cor/raça dos/as filhos/as participa das situações de violência. A autora observa que, quando a cor e marcas fenotípicas da prole diferem, por algum motivo, do esperado, podem configurar elementos de discórdia, contribuindo para a emergência de conflitos e violências contra mulheres negras no ambiente doméstico, especialmente porque a mulher é vista como aquela que viabiliza a marca ancestral da negritude – a qual deve ser esquecida na memória familiar.

3.4 Renata⁴⁶: “Doutor, você sabe melhor que eu que um filho não nasce dessa forma, né?”

Quando Renata estava com 39 semanas de gestação, não “aguentava mais aquela barriga daquele tamanho”. Então começou a fazer faxina na casa, subir ladeira e fazer tudo o que tinha lido que poderia ajudar a acelerar o parto. Quando chegou o dia da consulta com o obstetra, ele não compareceu porque estava fazendo uma cirurgia cesárea. Como ela tinha ouvido que o Hospital Santa Lúcia⁴⁷ tinha um sistema humanizado para partos, resolveu ir até lá com sua mãe. Lá chegando, foi constatado que estava com dilatação e já em trabalho de parto, embora não sentisse nada:

Renata: Aí cheguei no Santa Lúcia, na emergência, pra consultar, só porque eu queria saber como ia ser se eu chegasse lá em trabalho de parto. E uma médica me atendeu, fez o exame lá de toque e constatou que eu já tava com 4 pra 5 centímetros de dilatação, então, eu já estava em trabalho de parto, embora eu não estivesse sentindo nada que pudesse considerar...Dor, nem contração, nem nada. Ai, a médica perguntou “cadê seu médico? ”, eu “ah, meu médico tá fazendo cesárea e tal e eu quis vir aqui pra ver qual a minha situação porque eu quero parir aqui e tal. Ela, “mas aqui você só vai parir com seu médico.” Eu, “mas isso aqui é um hospital, é uma emergência. Se eu chegar aqui em trabalho de parto, eu não vou ter meu filho aqui?”. Ela falou que não, que ali só tinha ela e que tinha milhares de pacientes e que ela não ia ficar esperando o meu trabalho de parto e que se eu chegasse lá, ou chegaria parindo já, ou então eu ia ser

⁴⁶ Preta, 24 anos, jornalista, solteira, candomblecista, primípara, mora no Jardim Botânico/DF.

⁴⁷ O Hospital é o primeiro da rede privada instalado no DF. Está localizado na Asa Sul, região considerada nobre e parte do Plano Piloto, Região Administrativa de Brasília/DF.

submetida a uma cesariana porque ela não teria tempo de ficar esperando. Aí eu achei aquilo o maior dos absurdos e falei pra ela assim “Então, tá bom, obrigada. Tchau” e sai.

Diante da atitude da médica, Renata resolveu ir até o shopping com a mãe para pagar contas, caminhar e ver se sentia algo. Nesse intervalo de tempo, a secretária do seu obstetra ligou informando que ele estava no consultório e que ela podia ir para lá. Durante a consulta, contou o que havia ocorrido e ele fez novo exame de toque e constatou que ela estava com 5 centímetros de dilatação:

Renata: Ele falou assim “você já vai pro hospital agora e seu filho vai nascer e tal”. Só que eu não tava sentindo nada disso, eu tava assim super de boa, eu não tava sentindo nada. Eu sabia que ele não ia escorregar de uma hora pra outra e que de 5 centímetros pra 10 pode demorar, podia meu filho só nascer no outro dia. E aí, ele “ah, você não come nada, não se alimenta, não bebe líquido, não faz nada”. Eu pensei tá louco, tá louco. Mas eu não falei nada pra ele né. Aí minha mãe “aí meu deus, e agora? Você não pode comer.”, mas eu falei “eu vou comer”. Eu já tinha lido né, eu tava segura assim...

Desde o pré-natal, é marcante no relato de Renata a postura segura e firme que adotou em relação aos/às profissionais de saúde com os/as quais interagiu. Como havia se preparado para o parto pesquisando e buscando informações, adotou a estratégia de filtrar o que o médico falava, sem, no entanto, entrar em embates com ele:

Renata: *Eu não entrei, em momento nenhum, em embates com o médico. Ele falava e eu fazia o que eu achava que o que eu tinha lido e o que eu né... E aí, beleza, ele falou assim “Eu falei pra você que eu não faço parto normal?” Eu sabia que ele não fazia parto normal, mas eu entendi que ele perguntou “eu falei que eu faço parto normal?” , aí eu falei “não”. Aí ele, “Então tá bom, então eu vou fazer o seu parto”. E acabou que de um mal-entendido, ele fez meu parto. [...] Eu entendi que ele tinha me perguntado o contrário. Ele falou assim, “nossa, sempre falo isso pras minhas pacientes, mas como eu não falei pra você e você tá aqui em trabalho de parto, vou fazer seu parto.” Ele mandou fechar o consultório, avisou que só ia voltar depois que meu filho nascesse. Eu fiquei chocada. (grifo nosso).*

Renata surpreendeu-se com a atitude do médico que, a partir de um mal-entendido, decidiu “fazer seu parto”. Então saiu do consultório e ligou para o pai do seu filho – com o qual não se relacionava mais - avisando que ia nascer. Contrariando as indicações do médico para que não se alimentasse, foi com a mãe até uma lanchonete e tomou “um copão de suco gigante” e pediu um sanduíche natural. Depois seguiu para o hospital, onde havia combinado com o médico. Solicitou à sua mãe e ao pai do filho para que ficassem “resolvendo as burocracias do hospital”, enquanto caminhava pelos corredores do hospital, na expectativa de “entrar em trabalho de parto mesmo”, mas nada sentia. Durante essas caminhadas, encontrou o médico no corredor, que lhe deu uma bronca:

Renata: E numa dessas, caminhando, caminhando pelo hospital, eu tombei com o médico. Ele falou assim pra mim “o que que você tá fazendo aí? O seu filho vai escorregar aqui no corredor do hospital!”. Ai eu falei pra ele “*Doutor, você sabe melhor que eu que um filho não nasce dessa forma né!*?”, ele “não, não, não, vamos subir!”. Eu falei, “mas eu tô esperando a burocracia do hospital”. Mas ele falou “não, vamos subir”. Ai, ao mesmo tempo saiu tudo e ai subi. (grifo nosso).

Ao subir para o quarto e vestir “aquela roupa horrorosa”, Renata foi abordada por uma funcionária do hospital que lhe fez muitas perguntas. Em seguida, veio outro funcionário fazendo ainda mais perguntas, o que a deixou nervosa. Seu médico fez um exame de toque, constatou que estava com dilatação avançada, e decidiu induzir o parto:

Renata: Nessa hora eu já tava meio já nervosa, sabe? Aí o médico virou pra mim e falou “você está com 7 centímetros. Então, a coisa tá evoluindo, só que não é normal você chegar a 7 centímetros e não sentir nada, sem contração e ai a gente vai induzir o parto. “Eu “*nãooooo, nãooooo, pelo amor de deus*”. Mas ele já tinha fechado o consultório dele, já tava lá... Eu nem esperava que isso fosse acontecer, também não esperava que ele fosse ficar lá até...né. Ai, induziu...muito. Ai, a contração veio violentamente, eu fui respirando, meditando, não quis perder o controle da situação.

Renata não queria ser submetida à indução do parto, mas viu-se em uma situação delicada. O médico havia feito uma espécie de “concessão” ao concordar em realizar seu parto normal, o que dificultou ainda mais a negociação das intervenções durante o processo. Além de ser submetida à indução, Renata não escolheu a posição para parir:

Kauara: Você teve que parir deitada?

Renata: Deitada. Na verdade, você fica meio sentada porque eles te levantam de um modo que fica meio de cócoras, assim, só que alta né, para o médico ver...

Quando a questioneei sobre a estrutura do hospital, ela ressaltou que não era humanizada, ao contrário do que havia ouvido:

Renata: Não tinha nada humanizado. A única coisa que tinha é um tal de som ambiente que é um...você tá parindo e tá tocando música, tá rolando música no fundo. Só. Eu não tive acesso a nada. Nem banheira, nem bola, nem escolher a posição do parto. Era aquela mesa, aquela cadeira, aquela maca, que eu sei lá o que é aquilo, que você abre as pernas e tal e fica naquela posição deitada e vai. Tem uma barra de ferro, um negócio que você segura e pronto.

De acordo com ela, havia uma “multidão” na sala de parto. Sua interpretação é que isso se deve à curiosidade dos/as profissionais de saúde da rede privada em relação ao parto normal, tendo em vista que a maioria deles/as raramente presencia um:

Renata: E tinha uma multidão de gente na sala de parto porque ninguém acreditava que aquilo ali era um parto normal, eu acho que até muitos deles nunca tinham visto um parto normal, sei lá. Então, tinha eu, o pai do meu filho, o

médico, umas três ou quatro técnicas de enfermagem e a enfermeira. Então, tipo assim, tinha uma galera na sala de parto.

A percepção de Renata se confirma nos dados das pesquisas apontadas anteriormente sobre o parto no Brasil⁴⁸. Durante o trabalho de parto, ela tentava respirar e se concentrar, mas era constantemente interrompida pelas perguntas dos/as profissionais. Ainda durante o parto, uma dentre as muitas profissionais presentes, tentou empurrar sua barriga, o que a fragilizou:

Renata: Ai, teve uma situação da mulher que queria toda hora pegar em mim, pegando na minha barriga, como se ela quisesse empurrar minha barriga, nossa aquilo ali foi...ai, essa hora me fragilizou muito. Faltei implorar pra ela sair de perto de mim, pra ela não apertar minha barriga, pra ela não fazer nada.

Kauara: Você chegou a falar?

Renata: Falei. Mas eu já falei assim, chorando já, sabe? Eu sei lá, eu não queria ninguém ali, ainda vem a mulher, aquela coisa assim...

O médico pedia incessantemente para Renata fazer força durante o parto. Entretanto, ela sentia – tanto fisicamente, como a partir das informações que tinha lido – que aquelas instruções não estavam corretas:

Kauara: Você sentia isso?

Renata: Sentia, falava “não é isso. Não é assim”. E aí, umas contrações muito incômodas, mas eu tentei sempre ficar calma pro parto ser tranquilo. Embora, ao mesmo tempo, não era nada daquilo que eu queria, sabe? Mas na hora também você só pensa que quer que a criança nasça e nasça bem e vamos lá. Então, se era aquilo que tava posto naquele momento, não ia dar mais pra sair dali, então né...vamos lá.

No momento expulsivo, Renata foi submetida a uma episiotomia, mas em nenhum momento foi consultada pelo médico sobre a realização dessa intervenção:

Renata: Eu acho que se eu tivesse passado por uma cesariana, ia ser horrível pra mim. E aí, eu acho que assim, só de eu ter passado, só não, mas assim, *mesmo com o parto normal, eu tive que ter passado pela episiotomia, foi horrível, você imagina uma cesariana, ainda mais com toda expectativa que eu depositei com essa questão do parto.*

Kauara: E essa episiotomia, o médico te informou alguma coisa? Ele te consultou? “Posso fazer”?

Renata: Não, hora nenhuma. Não. E eu falei pra ele “isso não é necessário.” Ele falou, “é necessário”.

Kauara: Mas ele pediu pra fazer?

Renata: Não. Pediu nada. Ele fez, simplesmente fez.

Kauara: Você sentiu dor?

Renata: Dói. O que dói mais não é o corte, é o depois... (grifo nosso).

Com uma postura ao mesmo tempo pragmática e questionadora, Renata reconhece que sofreu violências durante seu parto, inclusive que deixaram marcas no seu corpo, como

⁴⁸ Ver Leal; Gama (2014).

a episiotomia. Ao refletir sobre tais violências, ela identifica múltiplos e variados motivos, destacando, dentre eles, a formação dos/as médicos/as:

Renata: Porque assim, tem um lado também, que o próprio médico, ao mesmo tempo que ele reproduz certos comportamentos, ele também é moldado dentro daquilo, sabe? Então assim, por mais que ele saiba que certas coisas não são motivos para operar uma pessoa, ao mesmo tempo, pra ele, na cabeça dele, é inconcebível fazer um parto sem episiotomia. É a forma que ele aprendeu e é a forma que ele acredita. Às vezes, ele nunca tentou fazer alguma coisa diferente.

Quando a questioneei sobre a dimensão racial da interação com o médico e com profissionais de saúde presentes no parto, Renata realizou uma análise bastante rica, ressaltando o caráter difuso do racismo que opera nas instituições de saúde, bem como evidenciando a dificuldade encontrada por pessoas negras em identificar e nomear a violência sofrida. Ao mesmo tempo, acredita que adotar uma postura firme – tal como fez - contribui para inibir as manifestações diretas de racismo:

Renata: Eu acredito que a estrutura seja racista, mas eu acredito que ela é tão racista e de tal forma, que o racismo tá diluído ao longo dos processos, sabe? E que tem muito a ver com o racismo brasileiro também, de que vai ser muito difícil para determinadas pessoas... e também da forma como você se coloca. Eu, em momento nenhum, me coloquei numa situação de vulnerabilidade, de fragilidade, sempre fui muito firme. Então, é como se a pessoa, ela já sentisse que qualquer coisa que ela falar pra você, pode dar “merda”, sabe? [...] Eu não tenho nada objetivo pra te falar, embora, eu sempre acho que a pessoa vai me olhar de outra forma que, talvez se eu fosse uma branca, loira, a médica por exemplo que me atendeu de manhã não me trataria da forma que ela me tratou. Ela poderia até dizer que jamais faria o parto, mas o tratamento seria mais ameno, sabe? No trato mesmo...

3.4.1 Pós-parto: “Isso era o lembrete de que realmente aconteceu aquela violência comigo”

Logo após o parto, Renata foi para a sala de recuperação, onde havia outra mulher com o bebê e o pai da criança. Era uma família branca, que contrastava com a sua, negra. Nessa interação, ela identificou uma atitude violenta e preconceituosa por parte de uma das técnicas de enfermagem:

Renata: Então, tinha uma família negra e uma família branca dentro da sala de recuperação, e aí, não foi comigo, é isso que eu achei horrível, me senti mal, mas foi uma coisa assim, uma das técnicas de enfermagem virou pra outra mãe e falou assim “Você tá vendo, você passou por uma cesariana, você tem que ficar aí deitada. Ela fez parto normal e tá aí ó sentada, tá com o filho dela no colo, tá não sei o quê”. E eu achei aquilo horrível! Tipo assim, vai saber o que que levou essa mulher a fazer uma cesariana, pode ser que ela tenha escolhido, pode ser que ela tenha um problema, sei lá o quê [...]. Aquele momento ali, não é

momento pra tá falando isso pra nada, pra ninguém. O papel dos técnicos de enfermagem, dos profissionais de saúde não é dar lição de moral pra ninguém, é atender a pessoa naquela necessidade daquele momento. *E aí eu fiquei pensando...tem esse imaginário que as mulheres negras têm força e ela consegue parir, e ela não precisa de anestesia e tal. Cara, ninguém precisa, sabe. Eu não pari porque eu sou negra, você tá entendendo? Eu pari porque eu pari, porque todas nós conseguimos parir.*

Kauara: Nessa fala da técnica de enfermagem você sentiu isso?

Renata: Mas eu senti subliminarmente isso, saca? *De que a mulher branca era frágil e a mulher negra tem essa força selvagem, essa coisa assim. Subliminarmente, eu consegui ver. E teve aquele comentário infeliz depois “ano que vem a gente se vê de novo”. Com se eu fizesse filhos em série, que também é um estigma da mulher negra de ter filhos.* (Grifo nosso).

A experiência de Renata, enquanto mulher negra, traz um ponto de vista privilegiado sobre a cena descrita. A articulação entre gênero e raça/cor é o que faz emergir os aspectos subliminares e complexos identificados por ela. Assim como Joice, Renata compartilha o entendimento de que determinados estereótipos atribuídos às mulheres negras atuam como confinadores sociais e fontes de violência e opressão.

Após o parto, Renata ficou um dia internada no hospital. Segundo ela, pela “falta de costume” e experiência dos/as profissionais com partos normais, foi tratada como se tivesse passado por uma cesariana. Ela relata que não a deixavam levantar, caminhar ou ir ao banheiro. Diante dessas proibições, sua mãe entrevistou:

Renata: Aí minha mãe ficou revoltada, trancou a porta do quarto e falou “vá ao banheiro agora, não tem nada disso”. Ai, me levantou, me ajudou, foi comigo, sabe umas coisas assim? Tem que ser meio na base da rebeldia pras coisas acontecerem.

Quando chegou em casa, conta que não queria ver ninguém. No entanto, foi surpreendida com a visita, de uma só vez, de dez pessoas da família do pai do filho:

Renata: Eu não queria ver ninguém. Eu não queria que ninguém fosse na minha casa. Eu não queria que ninguém me visitasse. Eu queria me esconder com meu filho e não queria mais nada. Só que aí, na hora que eu cheguei em casa, a família do pai do meu filho chegou, foram 10 pessoas pra minha casa. Foi a coisa mais... “meu deus, eu não tô acreditando que isso tá acontecendo”.

Complexificando ainda mais seu pós-parto, o fato de ter sido submetida a uma episiotomia tornou sua recuperação mais difícil. Sentia muitas dores, dificuldades para sentar e precisou utilizar remédios para a cicatrização, o que, segundo ela, a fazia rememorar a violência que sofreu durante o parto:

Renata: Ai...a questão da episiotomia... [...] E aí, foram uns 15 dias ou 20 dias, sei lá quantos dias piores do mundo porque essa droga dessa episiotomia dóia muito, eu não conseguia sentar direito, é um incômodo, eu tinha que fazer

compressa de gelo, usar uma pomada que eles receitam pra justamente fazer a cicatrização e tal. E aí, aquilo pra mim era horrível, porque era tipo assim, não foi como eu queria. *Isso era o lembrete de que realmente aconteceu aquela violência comigo, né?* (grifo nosso).

Renata destacou também que o primeiro mês após o parto foi muito estressante. Isso porque, além dos efeitos das variações hormonais do período, ao se deparar com uma criança recém-nascida, sentiu como se não tivesse mais uma vida própria:

Renata: E fora o estresse, o primeiro mês de uma criança recém-nascida é muito estressante, você não está acostumada com aquilo, você tá acostumada a uma vida própria, e de repente...E aí, em seguida você não tem mais vida própria, você é a outra pessoa. E isso mexe pra caramba com a gente, fora a questão hormonal mesmo, que deixa a gente bem, uma hora tá tudo lindo, outra hora tá tudo horrível. Eu não tive depressão pós-parto, nem tive nada disso, mas eu tive o baque de você ter uma criança ali, sua responsabilidade.

3.5 Beatriz⁴⁹: “Quase que eu fui pra terra dos pés junto”

Como sua gestação era gemelar e de alto risco, Beatriz teve a cirurgia cesariana agendada para assim que completasse 34 semanas. Mas antes de completar esse tempo, sentiu um mal-estar e foi até o HMIB⁵⁰, onde a médica que a acompanhava atendia no dia. Lá chegando, a médica solicitou uma série de exames, quando identificou que sua pressão estava muito alta e decidiu interná-la para fazer a cesárea imediatamente:

Beatriz: Aí ela já me mandou ficar pra me preparar pra fazer o parto. Só que aí os médicos me avaliaram, falaram que eu tinha condições de ficar lá em repouso pra abaixar a pressão, controlar a pressão, pra esperar, que ia ser melhor pra eles [os bebês]. E assim fiquei. Fiquei lá do dia 29 até 10 de maio, quando tive neném e depois do dia 10 de maio fiquei lá até 21 de junho quando tive alta pra vir embora.

Beatriz ficou internada até completar as 34 semanas, quando foi submetida à cirurgia cesariana. Logo após o parto, sentiu as mãos coçarem e teve uma série de complicações, conforme descreve:

Beatriz: Até eu ter eles [os filhos gêmeos], tava tranquilo, quando tive eles, deu uma alergia, comecei a me coçar. Começou a coçar a mão e eu falei pro anestesista, o médico que tava do meu lado [...] *Porque como aconteceu de eu ter dado esses problemas, fiquei na UTI 4 dias, fiquei intubada e tudo, tive hemorragia. Quase que eu fui pra terra dos pés junto. Eu acho que eu fiquei 2 dias dormindo, eu achava que tinha sido só um dia. Fiquei dois dias em coma...* (grifo nosso).

⁴⁹ Preta, 35 anos, possui ensino médio, cabelereira, ecumênica, mãe de cinco filhos/as, mora no Guará/DF.

⁵⁰ O Hospital Materno Infantil de Brasília é um hospital público localizado na Asa Sul, Região Administrativa de Brasília/DF.

Beatriz ficou, no total, dois meses internada e não sabe até hoje se sua reação foi efeito da anestesia. Ela explicou que já tinha prontuário no HMIB e nunca havia passado por “situação parecida”. Já tinha três filhas, sendo que as duas mais velhas foram também de parto cesárea em São Luiz/MA, e a terceira pariu em Brasília, no mesmo Hospital:

Beatriz: Ela [médica] pediu pra depois que eu saísse de lá, pra eu fazer o acompanhamento fora pra saber o que aconteceu. [...] Só que eu tô esperando até hoje esse exame, já fez um ano nesse mês de julho. Se eu tivesse que morrer, já tinha morrido. [...].

Desde o pré-natal, Beatriz estava muito receosa de perder os gêmeos. Além dos preconceitos raciais que sofreu de clientes, conta que ouviu relatos trágicos sobre a gestação gemelar, que a influenciaram negativamente. Por isso, atribui a reação e complicações durante ao parto às tensões e preocupações do momento:

Beatriz: Eu acho assim, que foi o momento, eu tava muito tensa também, preocupada porque eu fiquei ouvindo as mulheres falarem muita bobagem “ah, porque gêmeos é isso, gêmeos é aquilo. Normalmente a gravidez de gêmeos é muito isso, muito aquilo”. Ai, você vai ouvindo essas coisas e vai ficando impressionada, fica “ah, será que comigo vai acontecer isso?” Então, criando uma situação chata e ruim. Eu acho que... foi mais porque eu fiquei com tanto medo do que as pessoas falavam dos gêmeos, e que “criar gêmeos é difícil” e que “um sempre fica vivo e outro morre”. [...] E eu fiquei triste e preocupada com isso. Eu queria ter os dois, tinha programado tudo já. A gente comprou tudo pra dois. Aí, as pessoas falam que um morre e outro vive, como é você fica? Ainda uma gravidez de alto risco. Aí, no momento que você vai ter o neném, devido você tá tão tensa, o organismo acaba reagindo de uma forma diferente. Eu acho que foi uma reação minha, do organismo, de tão tensa que eu tava e ansiosa pra saber se o Fernando [um dos gêmeos] quando nascesse ia vingar ou não. Eu acho que o mais foi eu mesmo que criei assim a situação.

Em nenhum momento Beatriz questionou a qualidade do atendimento no hospital. Para ela, as complicações foram causadas pelo seu estado emocional. Possivelmente, a fragilidade de seu próprio estado de saúde influenciou a forma como interpretou o tratamento recebido. Ademais, marcadores sociais como a escolaridade e o fato de não ser militante e não ter como prática habitual refletir sobre as dimensões raciais tal como Joice, dificultam – no entanto, não impedem – a identificação das possíveis negligências e violências sofridas nas instituições de saúde.

3.5.1 Pós-parto: “Eu achei que ela foi um pouco racista com ele”

Após o parto dos gêmeos e depois que saiu da UTI, Beatriz dividiu o quarto com três mulheres. Durante a internação, identificou na atitude de uma delas, classificada por ela como branca, um comportamento racista em relação a um médico negro do Hospital:

Beatriz: No meu quarto, tinha eu de gêmeos e a outra mulher negra também era gêmeos, eu com dois meninos e ela duas meninas. Aí, a outra que ganhou neném, a primeira, foi a branca. *Assim, eu achei que ela foi muito grossa, muito estúpida com o médico. Aquele médico que te falei no início, o negro, africano. Ela foi grossa com ele, estúpida com ele. Eu achei que ela foi um pouco racista com ele. [...].* Porque ela queria ser atendida por um outro médico que já era conhecido da mãe dela... (grifo nosso).

A observação de Beatriz põe em destaque outra dimensão das relações raciais nas instituições de saúde ainda pouco explorada: profissionais de saúde negros/as sofrem os efeitos do racismo institucional e são cotidianamente discriminados nas unidades de saúde, seja por dirigentes, outros/as trabalhadores/as e/ou usuários/as. Como sistema que estrutura as desigualdades no país, o racismo hierarquiza e inferioriza as pessoas negras, de forma que, a ascensão social – como o caso do médico negro – não as imuniza dos seus efeitos e muitas vezes, os tornam mais visíveis, conforme identificado por Beatriz. Nessa situação, a usuária do SUS (classificada como branca) – geralmente passiva e submissa ao saber médico – age como se estivesse em uma espécie de “vantagem” em relação ao médico negro, proporcionada por sua raça/cor branca. Assim, o lugar de prestígio ocupado por médicos/as na hierarquia social brasileira (oriundo da classe e categoria profissional) é colocado em cheque quando a cor/raça do/a profissional é negra, de forma que a negritude aparece como marca de inferioridade. Logo, não há ascensão social que apague a cor no Brasil. Outros estudos, como o de Kalckmann et al. (2007), também apontam a existência de questionamentos de usuários/as acerca da competência de médicos/as negros/as, bem como a negativa em serem atendidos/as e examinados/as por eles/elas.

3.6 Laura⁵¹: “Mil vezes ter filho em casa”

A fala calma, o jeito tímido e o corpo magro de Laura escondem uma mulher forte. A gravidez de seu filho mais novo não foi planejada. Foi uma gestação difícil, passava

⁵¹ Parda, 42 anos, ensino médio completo, diarista, 3 filhos, católica, reside em Planaltina/DF.

muito mal com os enjoos, por “não aceitar que estava grávida”. Seu então filho caçula já tinha doze anos e sentia como se fosse sua primeira gestação. Além disso, estava brigada com o companheiro e pai do filho e, quando contou sobre a gravidez, resolveram tentar novamente e morar juntos, dividindo um lote em Planaltina/DF com uma de suas irmãs.

Laura realizou todo o pré-natal pelo SUS, em um posto de saúde no final da Asa Norte⁵², perto do seu trabalho como diarista. Segundo ela, o atendimento foi bom e realizaram os exames necessários. Em um deles, foi detectado que estava com toxoplasmose⁵³, quando iniciou imediatamente o tratamento. Na maioria das consultas, foi atendida por uma médica, classificada por ela como branca. No entanto, na última consulta, outro médico, também branco, a atendeu. De acordo com ele, seu parto seria normal e ela deveria procurar o hospital mais próximo de sua casa, indicando como data aproximada o dia 17 de dezembro. Não foi falado em cesariana, tampouco que seu filho estava perto de nascer.

No último mês de gestação, Laura conta que se sentia bem e continuava trabalhando. No dia 9 de dezembro, sua irmã – como quem dividia o lote onde morava – lhe pediu ajuda para fazer compras e foram caminhando até o supermercado. Lá chegando, não encontraram o que queriam e seguiram andando para outro. Laura começou a sentir sua barriga pesar, mas chegou em casa e almoçou. Mais tarde, sua sobrinha apareceu e a chamou para ir ao banco. Como precisava resolver algumas coisas, decidiu ir com ela. Caminharam por volta de meia hora na ida e na volta. Chegou em casa, fez o jantar, tomou banho e foi deitar cedo, pois trabalharia no dia seguinte. Sentia dores e muito cansaço, imaginando que fosse pelo fato de ter andado e carregado muito peso ao longo do dia. À época, seu companheiro estava viajando. As dores foram aumentando e por isso não conseguia dormir. Não identificou, contudo, que estava em trabalho de parto, pois as sensações eram diferentes das que havia sentido nos outros partos:

Laura: Ai, quando foi umas dez horas, eu não consegui mais nem ficar deitada, nem no banheiro, nem...(risos). E ai, eu falei “meu deus, não é hoje não, senhor” e era uma dor que não tem nada a ver com os outros dois [filhos] e não tem nada a ver com que a enfermeira me falou, nada. [...] E deu onze horas e essa dor aumentando, e tá que aumenta. E eu “meu deus do céu, não é”. Era uma dor de barriga que ele ficava todo só pra um lado, às vezes ficava lá embaixo, chega

⁵² A Asa Norte é uma área considerada nobre e está localizada no Plano Piloto, Região Administrativa de Brasília/DF.

⁵³ A toxoplasmose é uma doença infecciosa, congênita ou adquirida, causada por um protozoário encontrado nas fezes de gatos e outros felinos. É considerada uma enfermidade grave durante a gestação.

ficava um vazio no lugar que ele, eu falei “mas meu deus, dor de ganhar menino não é desse jeito” e sem querer acordar ninguém.

Kauara: E você tinha telefone de algum médico pra ligar?

Laura: Não. Me avisaram que quando tivesse com dor, se alguém morasse longe do hospital, e lá de casa pro hospital de carro é uns vinte minutos, quando sentisse as dores, era pra ligar 40 minutos antes pro SAMU, pro bombeiro. Mas na minha cabeça não era. E aí fiquei, fiquei sentindo aquela dor e cada vez uma dor mais forte, uma dor mais forte, fiquei nessa sozinha, até meia noite. Aí eu acordei minha irmã, eu falei pra ela que eu tava sentindo uma dor que não era comparada a nenhuma das outras gravidezes e era completamente diferente. Ela falou “ah não, não deve ser nada” e voltou e foi descansar e eu fiquei...

Por volta de meia noite, Laura ligou para o SAMU⁵⁴. Ela conta que demorou muito tempo até conseguir falar com uma médica, que lhe fez perguntas em relação ao tempo de gestação, às dores e solicitou observar o intervalo entre estas, conforme relata:

Laura: Aí passaram pra uma médica que cuida de parto. Ai, ela falou assim “oh, mãezinha, olha pro relógio e presta atenção, se tiver de meia em meia hora, você corre pro hospital porque é o parto. É o parto do seu bebê porque dor nenhuma é igual a outra. Parto nenhum é igual ao outro.” E aí, com toda calma, eu fiquei olhando o relógio (risos) – ah, meu deus do céu – com toda calma do mundo. O medo que eu tava, eu acho que eu chorava, eu acho que era o medo de ter a dor do parto...

Kauara: Por que os outros doeram muito?

Laura: Muito. Muito. Muito mesmo. E eu falei “pronto e agora o que que eu vou fazer?”. Chamei a minha irmã que eu morava lá mesmo na casa, ela levantou com sono e falou assim “ah não, a gente vai lá fazer no hospital essa hora. Chega lá, os médicos não vão atender a gente e a gente vai se cansar.” Eu falei “presta atenção na hora que a dor vier pra você ver, eu não vou aguentar a noite toda”. Ai, nessa hora meu filho do meio acordou, quando eu chamei minha irmã, ele tava doido, doido pra ter esse irmão. Quando me viu suando, pegou uma água e colocou pra eu beber, eu falei “filho, vai pra casa da sua outra irmã que eu vou ter que sair”, ele falou “mãe, eu quero ficar com a senhora, eu quero ver”, eu falei “isso não é coisa de ver. Eu vou pro hospital, eu não vou ter aqui, eu vou pro hospital”. Ai, minha irmã foi lá, chamou minha outra irmã.

Laura conta que decidiram ir para o Hospital Regional de Planaltina⁵⁵, mas como ninguém da sua família tinha carro, precisavam ir andando. Então, quando chegou no portão de casa, viu sua sobrinha pedindo ajuda aos vizinhos. Quando ia falar que não era necessário acordar ninguém, sentiu uma dor profunda e sua bolsa estourou:

Laura: Veio uma dor insuportável que eu não me aguentei. Eu me encostei no muro com as mãos assim e veio aquela dor que eu não sabia nem o que fazer e de repente a bolsa estourou no meio da rua, encostada no muro. A minha sobrinha gritou minha irmã “mãe, socorro! A Laura se molhou toda toda, toda”. Aí minha irmã já tem quatro filhos, acho que ela já sabia que eu ia ter, e aí, ela correu pra me encontrar. Ela abriu o portão e me falou assim “que que você ta

⁵⁴ O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço público, 24 horas, que presta socorro à população em casos de emergência.

⁵⁵ Hospital público localizado em Planaltina/DF, Região Administrativa do DF, situada a 40 km do Plano Piloto.

sentindo agora? ” Eu falei “agora eu não tô sentindo nada”. Quando cheguei no meio do quintal, a gente morava nos fundos do quintal, veio outra dor, ela me segurou pelas costas e eu quase me sento. E ela me segurando pelas costas pra eu não cair, eu só botei as mãos no joelho e ela me segurando pra eu não cair no chão... Quando chegou na porta do barraquinho, da casinha que eu morava, veio outra dor. Já tava muito rápido. [...] Menina, essa dor, da porta da entrada, veio outra dor. Só que essa outra dor veio e o bebe já tava... A cabeça já tava quase saindo... Aí ela segurou minha barriga embaixo pra não sair, porque eu tava em pé, porque acho que ela não tava sabendo o que fazer, se me deitar no chão ou sei lá o quê... Ela segurou aqui embaixo pro bebê não sair, não cair no chão, e aí ela falou assim “não põe força, não põe força porque o bebê tá nascendo”.

Com a ajuda da irmã, consegui chegar até sua cama. Seu filho do meio queria ver o parto, mas foi para a casa da tia. Sua outra irmã, com a qual morava, “fugiu” de medo e nervosismo. Então, Laura pariu apenas com a ajuda da irmã, que nunca havia feito um parto antes:

Laura: Ela [a irmã] disse “deita e abre as pernas que não tem mais jeito, vai ser aqui mesmo”. E, eu tinha colado um folheto da imagem da Nossa Senhora Aparecida, eu falei pra ela “me ajuda, me ajuda que o bebê vai nascer agora”. Aí conversei com ele também, eu falei “filho, não vai ser no hospital, vai ser aqui mesmo, vai ser nós dois e sua tia”. Eu acho que a demora foi só eu conversar isso. Veio a outra dor e o bebê nasceu. Ele era tão pequenininho, tão pequenininho. Eu tive muita barriga, eu tava esperando um menino grande, eu tava esperando um menino que me desse trabalho no parto, eu tava esperando mil coisas... [...] Eu pari deitada. Ela sentou atrás de mim, assim, e eu encostei nela e ela botou as mãos aqui que era em cima da barriga que era pro bebê não voltar. Eu acho que ela nunca tinha feito um parto e eu a primeira vez que tava ali perdida...

Kauara: Doeu muito esse parto? Ou foi mais tranquilo que os outros?

Laura: Muito. Muito, não tem nem comparação. Meu desespero, medo de ter o terceiro parto, eu acho que acabou aí nesse parto em casa, sei lá...

Quando viu a bolsa de Laura estourar, sua sobrinha ligou para os bombeiros, que chegaram no momento em que seu filho nascera. Eles ouviram o choro do bebê da rua e foram os primeiros a pegá-lo no colo, porque ela e a irmã, atônitas, não sabiam o que fazer:

Laura: Foram eles que pegaram ele no colo. O bebê tava chorando tanto, eu acho de frio que ele nasceu e ficou lá... Acho que uns cinco minutos.... Acho que ele já tava com tanto frio que ele não guentava mais.

Kauara: Mas os bombeiros pegaram o bebê e botaram pra você segurar e amamentar?

Laura: Não, não. Os bombeiros chegaram, cuidaram dele, cortaram o cordão umbilical, ajeitaram direitinho ele, enrolaram todo direitinho, deu pra minha outra irmã, essa que correu do parto, e a outra ficou comigo. E eu chorando.... Não sabia se ele tava bem... O bombeiro falava que ele tava bem, que ele era muito pequenininho, mas que ele tava com a saúde boa, que o pulmão era bom, que ia cuidar de mim agora. Aí eu perguntei pra ele “precisa ir no hospital? ”, ele falou assim “mãezinha, precisa porque tem que dar entrada no hospital, tem que fazer todo o processo de nascimento, tem que ter cartão de vacina e só lá eles dão porque a gente não pode dar aqui, então você tem que ir pro hospital de qualquer forma”. E eu falei “ah, então tá bom”. Não querendo ir, mas fui...

A escolaridade, condição socioeconômica e ocupação de Laura certamente influenciaram a forma como vivenciou a gestação. Questionada sobre a experiência de ter parido em casa, mesmo sem nenhum preparo e com poucas informações, ela avalia que foi mais tranquila que seus outros dois partos normais dentro de hospitais:

Laura: Eu comentei com a minha irmã assim “*mil vezes ter filho em casa*”, mil vezes. [...] *Eu fiquei aliviada de ter tido meu filho em casa porque lá mesmo no corredor eu escutava as mãezinhas chorando, gritando, gritando* e elas falando assim “ *você não vai ter agora não*”, “ *você não vai ter agora não, mãezinha*”. Esse meu segundo filho, quando eu tive ele, elas falavam isso “*vai ter agora não, mãezinha*”. Chegou uma hora, eu falei “*olha, tô com vontade de vomitar, é normal?*”, ela falou “*é*”. Pegou o lixo, botou aqui perto de mim pra vomitar e aí elas falavam “*ah, mãezinha, tu não vai ter agora não, tu não vai ter agora não*”, mas isso aí é bem normal em hospital, sabe? Todas as mães que eu converso, todas as minhas amigas, eles falam isso “ *você não vai ter agora não*”. E quando eu falei pra ela que tava com vontade de vomitar e o bebê nascendo e eu chamei essa enfermeira que ia passando e eu falei “*olha aqui pra mim se eu não vou ter agora*”. E quando eu falei isso quase eu tive o segundo filho na cama do pré-parto, quase que não deu tempo... (grifo nosso).

Ainda que nesse momento não tenha vindo à tona a dimensão racial, o relato é bastante representativo de como as experiências violentas de parto no interior de hospitais tendem a ser naturalizadas e, muitas vezes, sua identificação só é possível a partir da comparação com outras vivências. Laura não imaginava nem tinha se preparado para parir em casa. Quando o fez - não por escolha, mas necessidade - não queria se dirigir ao hospital, pois isso a fez rememorar os tratamentos desrespeitosos que vivenciou, bem como os que presenciou de outras parturientes. Quando a indaguei sobre a reação dos bombeiros ao fato de ter parido em casa, ela compara com o tratamento recebido no hospital:

Laura: Os bombeiros falaram que eu era muito corajosa e perguntaram porque eu não tinha ligado antes. *Mas no hospital me falaram que eu era doida de ter filho em casa*, perguntaram porque não veio pro hospital e perguntaram aonde eu morava, se era longe, se era perto e porque tinha demorado tanto e porque eu tinha tido filho em casa...

Kauara: Como você se sentiu em relação a essas coisas?

Laura: Eu me senti..., aí, acho que, no dia eu não tava nem em condição de me sentir. Eu não quis responder, eu também não respondi nenhuma dessas perguntas... (grifo nosso).

3.6.1 Pós-parto: “Eu quis me levantar para tomar banho por ouvir que tinha um médico que mandava abrir todas as janelas pra sair o cheiro de mulher parida”

Após o parto, Laura foi levada com seu filho pelos bombeiros para o Hospital de Planaltina para a realização de procedimentos nela (retirada da placenta) e os exames no bebê. Assim como Renata, foi tratada no hospital como se tivesse tido um parto cesáreo:

Laura: Eu quis me levantar de manhã cedo e a enfermeira me falou que não era pra me levantar porque eu tinha que me levantar só com vinte e quatro horas pra tomar banho sozinha e que eu ia cair e que não sei o quê, por causa do parto. Mas o parto foi feito em casa, então ela não sabia como tinha sido o parto pra ter essa noção, então eu peguei e continuei deitada e não fui tomar esse banho.

Laura dormiu um dia no hospital. Logo que chegou ao quarto, as mulheres presentes, em sua maioria negras, a advertiram sobre o comportamento ríspido de um médico que lá atendia:

Laura: Quando foi de manhã, eu quis me levantar pra tomar banho por ouvir mães que já estavam lá dizendo que tinha um médico lá no hospital de Planaltina que mandava abrir todas as janelas pra sair o cheiro de mulher parida. Eu acho que se tem um quarto que tem só mulher parida, eu acho que o cheiro vai ser de...mulher parida. Então, ele chegava dizendo, ele chegava com a cara fechada, respondia de qualquer jeito as pessoas... (grifo nosso).

O relato acerca do comportamento do referido médico vai ao encontro dos achados de outras pesquisas sobre o racismo institucional: determinadas atitudes de profissionais de saúde acabam por ampliar as barreiras ao acesso, diminuem a possibilidade de diálogo entre profissionais e usuárias, o que as afastam dos serviços e interferem de forma negativa na construção de suas identidades, aumentando a vulnerabilidade de alguns grupos da população (KALCKMANN et al., 2007).

3.7 Pamela⁵⁶: “A gente tem pouco contato com mulheres negras nesse contexto do parto humanizado, entendeu?”

Pamela foi uma dentre as três informantes negras que pariram em casa. Sua experiência é marcadamente contrastante em relação a todas as demais. Diferentemente da experiência de Laura, por exemplo, sua escolaridade, classe social e, especialmente sua formação como doula, propiciaram um parto o mais próximo possível do que desejava. Apesar de considerar seu pré-natal difícil e tenso, passou a sentir-se melhor e mais segura quando conseguiu o acompanhamento de uma parteira, de uma doula e pagou um médico para o caso de alguma intercorrência em seu parto domiciliar.

⁵⁶ Parda, 31 anos, primípara, casada, ensino superior completo em Biologia, trabalha como doula e estudante de Psicologia, sem religião definida, reside em Sobradinho/DF.

De acordo com suas contas, estava com 36 semanas de gestação, mas sentiu uma “agonia” e uma vontade de deixar tudo pronto para o parto domiciliar. Era um domingo, saiu para fazer as compras e preparar tudo, imaginando que durante a semana descansaria, pois já estava de licença do trabalho. Na madrugada de segunda para terça-feira, sua bolsa estourou. Ligou para a parteira, que a tranquilizou, dizendo para que tentasse dormir e quando acordasse, tomasse café da manhã e esperasse por ela, que chegou por volta das nove da manhã. Nesse momento, suas contrações ainda eram fracas e lentas.

Sua mãe foi até sua casa e fez o almoço, mas Pamela preferiu que ela não ficasse, pois “não queria ninguém com dó naquela hora ali”. Então, ficou somente com o marido e a parteira. Após o almoço, foi caminhar, conversar, fazer exercícios na bola, tudo de forma bem relaxada e tranquila. Na segunda caminhada, as contrações ficaram mais intensas e doloridas, momento em que ela narra suas reações:

Pamela: Aí, nessa segunda caminhada, começou a doer muito. E eu comecei a fazer uns sons né...muito assim, como se eu tivesse tendo uns orgasmos mesmo. Comecei a sentir que esse som vinha e eu deixava ele sair. Então, essa caminhada não durou nada, a gente foi até a ponta da rua e a gente voltou, a gente mora quase na esquina (risos). Ai, voltei, tava doendo muito e a partir daí foi se intensificando muito rápido e eu não sei que horas que começou isso, a gente perde a noção do tempo.

Kauara: E a dilatação?

Pamela: O único toque que ela [parteira] fez eu tava com 6cm. Eu não sei que horas era, eu sei que meu filho nasceu 18:30 da tarde.

Kauara: Foi um trabalho de parto rápido, não?

Pamela: É...., mas porque era muito intenso assim. Quando começou a vir a dor, era uma atrás da outra, não tinha tempo de respirar como às vezes com algumas mulheres que eu acompanho, algumas dormem durante as contrações, relaxam. Não tinha tempo assim, era uma atrás da outra, cada vez mais intenso. Fui pra banheira, fiquei um tempo lá, que me tirou metade da dor assim, foi muito impressionante porque na hora que eu entrei, eu consegui respirar e relaxar na banheira. Achei que meu filho ia nascer lá até. Acho que eu fiquei um tempo lá, mas em algum momento começou a me dar calor, uma falta de ar. Que a água tem que ser quente e tava realmente muito quente. Ai, quando eu saí da banheira, a gente tentou uma posição na cama porque eu tava sentindo minhas pernas fracas, mas mais pela dor, não pelo cansaço, na cama não deu muito certo, aí fui pra banqueta, mais umas duas ou três contrações, ele nasceu. [...], mas assim, *foi uma experiência fantástica, fantástica! Essa partolândia que a gente fica, que é construída pelo equilíbrio hormonal, também muito delicada, por essa possibilidade de entrega, eu acho sabe.* (grifo nosso).

O parto ocorreu sem nenhuma intervenção e sem a presença de um/a médico/a. Ela o descreveu como uma “experiência fantástica”, “a melhor da sua vida”, atribuindo como um dos fatores a confiança total que tinha na parteira, na doula e no marido:

Pamela: Então, só mesmo quem tava ali, era confiança total. Então, eu podia fraquejar, eu podia falar que eu ia morrer, que eu não tava dando conta e de repente a parteira me falava umas coisas e eu “eu sei fazer isso e agora vou

fazer”. E também vocalizando muito, como eu gritava e liberava, sabe. Nossa, foi uma experiência muito boa, muito boa. Pra mim, foi a melhor experiência da minha vida. Não tem nada, nenhuma outra experiência espiritual...

A partir de sua experiência e formação como doula, Pamela compara o parto ao ato sexual, conforme explicou durante a entrevista:

Pamela: [...] porque assim, eu tenho conhecimento de que fisiologicamente que os mesmos hormônios que atuam no parto, são os que atuam no ato sexual. E a minha experiência mostra isso porque quando a dor vinha, não era... não dá vontade de gritar, dá vontade de gemer. É uma dor que não tem o significado de qualquer outra dor, ela é uma dor que abrange assim outras dimensões da gente. Então, a mulher geme muito, geme muito, ela parece que tá tendo um orgasmo muito bom e ela tá morrendo de dor. (Risos) [...]. Então, quando eu falei que eu me senti bem porque eu podia me entregar, era entregar nesse sentido. Quando a gente tá num ato sexual e sente que a gente pode se entregar, a gente consegue ter um orgasmo, se não, não consegue. Pode fazer o que for que a mulher não vai conseguir ter um orgasmo nunca. E pra mim, foi a mesma sensação com relação ao parto, não é que não vai conseguir parir. As mulheres conseguem parir, que eu acho isso incrível, nesse sistema obstétrico, violento, deitadas, com um toque de cinco em cinco minutos por cada pessoa diferente, a mulher consegue parir. Não sei como. É uma violência sexual porque aquele momento, é o top do momento sexual da vida da mulher. Não tem como dizer que não é. Porque nosso corpo tá todo desperto pra isso.

Seu relato encontra eco em estudos acerca do ideário do chamado “parto humanizado”⁵⁷. Carneiro (2013), ao realizar registro etnográfico de grupos de preparo para o parto humanizado, observa que, para tais mulheres, “a dor do trabalho de parto parece operar em outro registro, que não o da desordem e de algo a ser evitado” (p. 2369). Assim, as parturientes “[...] parecem ir ao encontro das contrações, das emoções e do descontrole, dando passagem para percepções de saúde que seriam atravessadas pela sexualidade e pela espiritualidade, por noções de êxtase e de transe” (p. 2369):

[...]. Podemos constatar também que o parto, para esses grupos de mulheres adeptas do parto humanizado, é muito mais do que um ato fisiológico, sendo, na realidade, uma experiência única, pessoal, sexual, espiritual, social e cultural, ou seja, muito mais do que corpos, programas e manuais médicos. (CARNEIRO, 2013, p. 2376).

Questionada sobre a dimensão racial de sua experiência, Pamela ressaltou que a humanização não é uma realidade para as mulheres negras, que dependem de atendimentos

⁵⁷ Conforme aponta Carneiro, trata-se de “uma espécie de movimento ou de rede de articulação de críticos da prática obstétrica brasileira contemporânea. Critica-se a cultura cesarista e a prática de procedimentos médicos de rotina, como a episiotomia (o corte na musculatura perineal) ou o uso da ocitocina (hormônio sintético que acelera as contrações uterinas), entre outras práticas tidas como invasivas e desnecessárias. [...]. Essa mobilização teve inícios na década de 1990, com a fundação da ReHuNa (Rede de Humanização do Nascimento) e com o despontar de grupos de preparo para o parto humanizado. Contudo, em três décadas, o ideário ganhou adeptos e notória representatividade, funcionando atualmente mais como uma proposta norte que comporta inúmeros modelos de parto, desde o parto domiciliar até o parto hospitalar com o mínimo de intervenção possível” (CARNEIRO, 2011, p. 4).

nos hospitais públicos, ficando expostas aos tratamentos violentos. Em sua análise, Pamela também aponta a dificuldade em nomear o racismo institucional:

Pamela: *Só que a gente tem pouco contato com mulheres negras nesse contexto [da humanização], entendeu? As mulheres negras vão parir com o plantonista do hospital público. Lá não tem doula, tem pouquíssimas doulas. Uma ou outra que faz trabalho voluntário. A humanização não tá ali ainda, tá chegando bem devagar, sabe? E, nesse tipo de atendimento a gente ouve muito relato de violência. Então tem uma doula que recentemente foi acompanhar um parto no HRT de Taguatinga. Ela chegou lá e não pode acompanhar a mulher porque a sala de pré-parto tava cheia de mulher parindo, virou uma luta e tinha um monte de mulher parindo e não tinha espaço pra ela. E não deixaram ela entrar e eles largam as mulheres na sala de pré-parto, só vêm pra monitorar e vão embora, não falam nada, não dão nenhuma assistência emocional, nem de qualquer outra forma. É o que ela relata. E depois ela mostrou uma foto pra gente, eram duas mulheres negras e como uma delas tinha doula, falou pra outra “olha, não é bom a gente tá parada, a gente tem que ficar andando”. E elas foram pro corredor e uma doulando a outra. As duas em trabalho de parto e na foto eram duas mulheres negras e não tinha ninguém da equipe de saúde ali, no corredor, nem na sala de pré-parto. Então, são relatos que ninguém vai falar que são mulheres negras, mas é que a maioria das mulheres que estão inseridas nesse tipo de serviço de saúde são mulheres negras. Mas às vezes as pessoas não nomeiam... (grifo nosso).*

3.8 Nádía⁵⁸: “Não, mãezinha, isso é coisa da sua cabeça”

Nádía desejava um parto normal. Entretanto, de acordo com os/as médicos/as que a atenderam durante o pré-natal no posto de saúde, provavelmente não seria possível pelo fato de ter ganhado muito peso ao longo da gestação. Ela conta que acabou ficando obesa, mesmo comendo pouco. Atribui a isso um desequilíbrio hormonal, causado pelos graves problemas que enfrentou no casamento durante a gestação de sua primeira e única filha.

No último mês de gestação, estava se sentindo bastante cansada e sua barriga “muito grande e pesada”. Dormia sentada e sentia muita falta de ar. Começou a perceber que sua filha não mexia como antes e sua barriga ficava rígida. Uma amiga a orientou a procurar o Hospital de Ceilândia e, mesmo receosa do atendimento, resolveu tentar:

Nádía: *Então, quando a minha amiga me orientou pra eu ir no Hospital da Ceilândia e eu já tinha muito medo do hospital, que já tinha outras coisas que eu tinha ouvido, que lá maltratavam as pessoas e casos de pessoas que perderam o bebê por conta da negligência deles. Mas é o mais próximo, então eu vou lá... Quando eu cheguei lá, os médicos só fizeram o toque e mandaram voltar pra casa e eu voltei pra casa super insatisfeita. Por que eles só fizeram o toque? Como eles iriam saber só pelo toque se tava tudo bem com ela ou não? Teria que ter algo mais, na minha opinião....*

⁵⁸ Parda, primípara, 39 anos, divorciada, ensino fundamental completo, depiladora, é Testemunha de Jeová e mora em Ceilândia/DF.

Na semana seguinte, voltou a sentir “tudo de novo” e com medo do que poderia estar acontecendo, foi novamente buscar atendimento no Hospital de Ceilândia, pois era o mais próximo de sua casa. Mais uma vez, saiu insatisfeita com o tratamento recebido:

Nádia: Aí eu fui no hospital, cheguei lá e o médico fez só o toque e me mandou voltar pra casa. Eu falei “gente, mas tá esquisito”. Ele falou “*não, mãezinha, isso é coisa da sua cabeça, é final de gravidez e as mães ficam assim mesmo*”. “Mas vocês não vão fazer mais nada? ”, “Não”. Simplesmente, me mandaram embora. (grifo nosso).

Nádia trabalhava como depiladora e tinha uma cliente enfermeira no HUB⁵⁹. Resolveu ligar para ela, explicou o que estava sentindo e perguntou se, mesmo tendo feito o pré-natal em um posto na Ceilândia, poderia tentar atendimento de emergência. Sua cliente disse que sim e explicou o que ela deveria fazer para ser atendida rapidamente:

Nádia: Eu fui, quando cheguei lá, não deu cinco minutinhos, eles já me atenderam, a equipe de médico toda. Ai, me perguntaram, inclusive eu tava tendo contrações na hora, fizeram toque, colocaram - eu não sei o nome mas um negócio na barriga - pra saber como estava minha filha, se ela tava se mexendo. [...] E eles fizeram esse processo todo e me mandaram ir pra casa. Só que eu vi que eles estavam preocupados com alguma coisa e não quiseram me falar. [...]. Eu senti que eles não quiseram me falar, não por maldade, mas pra não me deixar preocupada, sabendo que minha filha ia aguentar até segunda-feira, isso foi no domingo. Aí mandaram eu fazer cedinho, o primeiro horário, a ecografia e procurar o hospital. Aí eu perguntei pra eles se eu podia voltar pra lá, eles falaram “ah mãezinha, mas tem o hospital da Ceilândia”, eu falei “lá eu não volto” e expliquei o que tinha acontecido, eles falaram “tá bom, mãezinha, que seja, mas vai fazer a ecografia logo cedo”.

Na manhã seguinte, Nádia pegou ônibus e foi com uma vizinha fazer a ecografia em uma clínica particular na Ceilândia. O exame demorou porque a clínica estava cheia e a médica era bastante requisitada. Quando saiu o resultado, a médica mandou ela correr para o hospital porque seu “líquido tinha secado” e ela poderia perder a filha:

Nádia: Eu liguei pra uma amiga porque o HUB é muito longe de ônibus e que horas eu ia chegar lá? [...]. Ai, quando eu cheguei lá, eu já fui atendida, já fizeram todos os procedimentos que tinham pra fazer, já me mandaram tirar toda minha roupa e dar pra minha amiga. Ai, já me colocaram aquele roupão e perguntaram se eu tinha comido alguma coisa, eu falei que tinha beliscado alguma coisa, então deram aquele tempo. Só que diferente do hospital da Ceilândia, no HUB, você não fica no corredor pra lá e pra cá, sem sentar sem se acomodar não... Eles te colocam numa sala...

Por volta de três horas da tarde, Nádia seguiu sozinha para a sala de cirurgia e pouco tempo depois sua filha nasceu. Após o parto, ela conta que ficou umas seis horas no corredor em observação. Quando a questioneei sobre a interação com os/as profissionais de

⁵⁹ O Hospital Universitário de Brasília é um hospital escola localizado na Asa Norte, no Plano Piloto, Região Administrativa de Brasília/DF.

saúde que a atenderam, ela qualificou o atendimento como “maravilhoso”. Cabe lembrar que ela havia acabado de vivenciar tratamentos negligentes no Hospital da Ceilândia. Assim, os reiterados exames de toque feitos por diferentes profissionais durante seu trabalho de parto foram interpretados por ela como cuidado com sua saúde e de sua filha. Além disso, relata que gosta de ser chamada de “mãezinha” nos serviços de saúde, pois sente que é uma forma carinhosa de tratamento:

Nádia: Ai, eu gosto. Eu gosto porque você fica mais à vontade assim. É como se eles quisessem demonstrar o carinho que eles têm por você e por seu filho. Pra mim é uma forma carinhosa deles tratar...

Mesmo não identificando em sua própria experiência tratamentos violentos, Nádia ressaltou que sabia de muitos casos vivenciados por pessoas próximas a ela:

Kauara: Você ouviu alguma fala do tipo “ah, ano que vem tá aqui de novo”?
Nádia: Já ouvi. Até muitas mães reclamam que elas chamam a enfermeira e a enfermeira “oh, mãezinha, pára de ficar fazendo alarde. Por que você tá fazendo alarde? Você já tá acostumada”. Umas até me falaram que elas usam de palavrões “você na hora de tá lá com seu marido, você acha bom, agora você tá gritando”. Não aconteceu comigo, mas já ouvi muitas histórias de amigas, de pessoas que eu conheço que reclamaram nesse aspecto, ou seja, a falta de respeito, a falta de amor. Na minha opinião, as pessoas que mexem com a saúde, que mexem com o público, deveriam ser mais amorosas. Não é uma área que a pessoa é obrigada a fazer, ela escolhe. Se ela escolhe, ela tem que fazer bem.

Conforme ressaltado, Nádia viveu sua gestação de forma solitária, sem a presença do marido e de familiares. No entanto, o apoio da rede de amigas, clientes e vizinhas foi fundamental para amenizar as dificuldades do processo e transcorrer tudo bem no parto. Mesmo não nomeando o racismo institucional, ela precisou peregrinar em busca do direito à assistência à saúde e teve suas dúvidas e queixas reiteradamente desconsideradas por diferentes profissionais que a atenderam nas unidades de saúde. Tudo isso em um momento marcado por angústias, fragilidades e medos. Felizmente, o desfecho de sua experiência foi, segundo sua própria interpretação, positivo. No entanto, não é a regra para muitas parturientes negras do país, que se deparam cotidianamente com instituições de saúde que operam, diferenciando de forma difusa, a distribuição de serviços, benefícios, direitos e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial e de gênero, gerando desigualdades e iniquidades (LÓPEZ, 2012).

3.9 Presença do/a acompanhante: um direito desrespeitado

A Lei nº 11.108/2005 garante às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais do SUS. Nesse sentido, ressaltam Diniz et al. (2014, p. 151),

A presença de acompanhante pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários dos princípios do Sistema Nacional de Saúde (SUS), como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização..

A figura do/a acompanhante possui um papel bastante relevante, na medida em que pode auxiliar a gestante com informações, apoio emocional, medidas de conforto (tais como massagens, toque e banhos quentes) etc. Além disso, pode intimidar ou evitar qualquer tipo de violência por parte da equipe de saúde. No entanto, esse direito é reiteradamente violado, conforme destacam Leal e Gama (2014, p. 4):

[...] quase uma década depois de promulgada a lei, menos de 20% das mulheres se beneficiaram da presença contínua do acompanhante durante todo o período de internação, sendo esse ainda um privilégio das mulheres com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que tiveram cesarianas.

Questionadas sobre a presença do/a acompanhante, dentre as dez informantes negras, apenas três acessaram esse direito. É significativo o fato de que essas tiveram partos vaginais e possuem maior escolaridade e maior renda que as demais, sendo que duas pariram em hospitais privados (Joice e Renata) e uma em hospital público (Joana). Quatro das informantes negras foram submetidas a cesarianas em hospitais públicos e não tiveram direito à presença constante de acompanhantes: Simone, Clarice, Nádia e Beatriz. As três restantes – Pamela, Adriana e Laura – tiveram partos domiciliares, sendo que, após o parto, Laura foi levada ao hospital e ficou internada sem acompanhante. Dentre as cinco informantes brancas, três contaram com acompanhante em hospitais privados. As outras duas não tiveram acompanhante e pariram em hospitais públicos.

Simone foi uma das entrevistadas que não teve direito a acompanhante no parto do seu segundo filho em um hospital público localizado na Asa Norte. Ela sabia que era seu direito e relatou sua insatisfação com a situação:

Simone: Ah, eu estranhei muito porque no do primeiro [filho], eu tinha um plano de saúde “top”. Então meu marido me acompanhou pra tudo, me acompanhou no parto. E aqui eles não liberaram meu marido para acompanhar o parto porque falaram que o hospital tava em processo de mudança, apesar de eu saber que é lei, que as mulheres têm direito a um acompanhante, eles negaram, falaram que

não, que o hospital tava em obra e que o centro cirúrgico era pequeno. Sendo que eu detectei que o centro cirúrgico não é pequeno, ele era bem amplo, só que tem muitos alunos lá dentro. Só que eu achei um erro, porque pra entrar meu marido, eles poderiam tirar um aluno e deixar, que eu tinha o direito, entendeu? [...]. Achei estranho porque eles negaram um acompanhante pra mim sendo que eles colocaram bastante aluno, aí eu achei estranho.

Clarice vivenciou diferentes situações em relação à presença de acompanhante nas cesarianas de seus três filhos/as. No primeiro parto, no Hospital da Ceilândia, não teve direito a acompanhante; no segundo, em um hospital particular localizado na Asa Sul, teve acompanhante; e no terceiro, no HRAN, só contou com acompanhante após o parto, quando foi para o quarto. A partir de sua experiência, Clarice compreende a presença do/a não como um direito, mas uma permissão dos serviços de saúde:

Kauara: Você teve direito a acompanhante?

Clarice: Não. Acompanhante só depois.... Não no centro cirúrgico não pode e nem no pós-cirúrgico. Só depois, você é transferido pro apartamento... Aí eu tive direito a acompanhante só depois. Nunca tive direito a acompanhante...

Kauara: Em nenhuma das três cesarianas?

Clarice: Na segunda, no Santa Helena, como é hospital particular, eles permitiram acompanhante na hora do parto. Mas, nos outros dois não permitiram acompanhante na hora do parto.

Kauara: O primeiro você pariu onde?

Clarice: Ceilândia.

Kauara: Também não permitiram?

Clarice: Não. Naquela época, não permitiam. Segundo informações, dizem que agora permitem. Eu não tenho essa certeza. Porque lá, o CO – Centro Obstétrico – do Hospital de Ceilândia é muito pequeno. Então também não vai comportar o tanto de acompanhantes. Mas no HRAN, permitiram, mas só depois quando eu lá estava no apartamento. Na hora do parto eles não permitiram...

Alguns estudos⁶⁰ têm apontado a escassez de dados sobre a implementação da Lei, além de observações acerca das resistências dos serviços e profissionais de saúde nessa implementação, o que vem impedindo ou dificultando a inserção do/a acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. No entanto, é fundamental ressaltar que, considerando que a maioria das usuárias do SUS é negra e não consegue acessar um direito garantido em lei federal desde 2005, a percepção de Clarice é reveladora de mais uma das facetas do racismo institucional na saúde. Muitas mulheres sequer têm a informação de que se trata de um direito e não um privilégio ou concessão das instituições e/ou dos/as profissionais de saúde. Dessa forma, acabam vivenciando o momento do parto de forma solitária, em instituições marcadamente hierarquizadas e

⁶⁰ Ver Diniz et al. (2014).

violentas, ficando ainda mais expostas a maus-tratos e abusos. Diante disso, Clarice contesta o impedimento de acompanhantes no momento do parto:

Clarice: O meu questionamento maior é o fato de você chegar lá e não poder ter ninguém pra te acompanhar. Você se sente muito só, né? Com uma pessoa desconhecida, você tá num estado delicado e não pode ter ninguém que você confie.

3.10 Episiotomia: uma intervenção desnecessária, frequente e dolorosa

Dentre as dez informantes negras, seis tiveram partos vaginais. Dentre elas, três pariram em hospitais e uma delas foi submetida a uma episiotomia (Renata), em um hospital privado. As outras três pariram em casa (Pamela, Laura e Adriana) e não sofreram episiotomia. No grupo das cinco informantes brancas, duas foram submetidas à episiotomia, realizadas durante partos vaginais em hospitais públicos.

Quando realizada rotineiramente, a episiotomia configura um procedimento ineficaz e prejudicial à saúde das mulheres. Segundo Leal et al. (2014), o modelo de atenção ao parto com uso excessivo de intervenções não encontra respaldo em estudos internacionais, destacando-se dentre essas a episiotomia. Na pesquisa “Nascer no Brasil”, a episiotomia foi observada em mais de 50% das mulheres e em quase 75% das primíparas. De acordo com a recomendação da OMS, a taxa de episiotomia deve ser entre 10% e 30% (LEAL et al., 2014).

As/os autoras/es da pesquisa ressaltam que a prática da episiotomia foi incorporada à rotina da assistência ao parto no século passado, com o intuito de “[...] reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, reduzir o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto” (LEAL et al., 2014, p. 22). No entanto, sua incorporação na prática obstétrica não foi acompanhada da realização de estudos e pesquisas para avaliarem seus riscos e benefícios. Atualmente, há estudos controlados que “[...] demonstram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal” (2014, pp. 22-23), razão pela qual as novas diretrizes clínicas desestimulam o seu uso rotineiro.

Ramos (2013) refere que muitas vezes a episiotomia é bem aceita pelas mulheres, “[...] uma vez que é vista como justificada pela suposta proteção que traria em relação a traumas vaginais, ao bebê (pelo nascimento facilitado) e à vida sexual posterior” (p. 69). A autora aponta também que, para algumas mulheres, a cesariana pode ser uma opção para

prevenir tais danos. A autora reitera que a episiotomia, quando realizada de forma rotineira,

[...] ao contrário de proteger, frequentemente implica em infecções e processos de cicatrização dolorosos, podendo causar sérios danos à musculatura pélvica, influenciando a saúde sexual e reprodutiva e, por consequência, trazendo dados psíquicos, físicos e relacionais para as mulheres. A exemplo da episiotomia, uma série de outras intervenções que podem ser danosas, não informadas e não consentidas, são exemplos da chamada violência obstétrica. (RAMOS, 2013, p. 69).

Ao realizarem estudo a partir do levantamento bibliográfico científico sobre a episiotomia, São Bento e Santos (2006) trazem à tona a dimensão de gênero que permeia a utilização do referido procedimento, articulando-a a práticas sociais e valores machistas:

Afora os problemas de indicação, respaldo científico, benefícios e riscos, critérios, taxas de utilização, pesquisas realizadas e crenças, *a episiotomia é, acima de tudo, uma questão de gênero*. Esta afirmação se fundamenta quando analisamos os significados atribuídos ao restabelecimento da musculatura vaginal e quando se levanta a questão do “ponto do marido”, ou seja, a episiotomia quando suturada, diminui o diâmetro do diafragma vulvovaginal, “apertando” a entrada da vagina. Na concepção do “ponto do marido”, traz-se a condição virginal à mulher e supõe-se que isto seja aprazível ao homem, um procedimento realizado na mulher para satisfazer o homem. (SÃO BENTO; SANTOS, 2006, p. 554, grifo nosso).

3.11 Pós-parto/puerpério

Dificuldades com a amamentação, cansaço, poucas horas de sono, complicações decorrentes da cirurgia cesariana, relacionamentos difíceis com a família e ausência de informações sobre as mudanças físicas e emocionais foram os principais elementos ressaltados pelas informantes para descrever o pós-parto/puerpério. Outrossim, todas ressaltaram a necessidade de maior preparação e planejamento para esse momento, muitas vezes relegado pela prioridade destinada ao pré-natal e ao parto.

Cabe ressaltar que ser mãe é historicamente visto como um dos principais papéis sociais das mulheres, havendo uma “[...] expectativa de que a maternidade seja vivida como um acontecimento feliz, envolvido com uma aura de alegria e sentimentos de plenitude” (CASTRO, 2010, p. 247). No entanto, é comum e fundamental visibilizar que as mulheres manifestem medo, tristeza, insegurança, além de sentimentos ambíguos em relação ao bebê, demandando um trabalho psíquico para enfrentar todas as mudanças físicas e psíquicas do período do pós-parto (CASTRO, 2010).

Para Clarice, o pós-parto do seu terceiro filho foi o mais tranquilo. Tal percepção se deu a partir da comparação ao pós-parto traumático de sua primeira filha, quando sofreu negligência e maus-tratos de profissionais do Hospital da Ceilândia:

Clarice: Porque na minha primeira filha, me mandaram ir embora com infecção hospitalar já. Fui embora.... Eu era muito.... Eu tinha 18 anos, então eu não tinha tanto entendimento. Eu fui embora e, em três dias, eu voltei pro hospital já muito ruim. O médico, ao invés de colher exames e essas coisas, ele apertou minha cirurgia.... Isso pra mim foi o cúmulo...

Kauara: Como foi isso?

Clarice: Ele apertou minha cirurgia pra ver se tava infeccionada. [...] Apertou minha barriga. Então, o Hospital de Ceilândia, pra mim, eu nunca mais pisei lá porque eu fiquei traumatizada com aquele lugar. Então assim, eu tentei em vários hospitais, mas nenhum queria me aceitar porque eu tinha sido operada pelo pessoal do Hospital de Ceilândia. Então, assim, os outros hospitais não pegam problemas de outro, né? Acabei tendo que ficar lá, então lá pra mim foi horrível nesse sentido... Porque eu me senti muito maltratada lá.... Porque a gente já chega sentindo dor... [...] Eu tava com infecção. Teve que abrir novamente a cirurgia. Eu fiquei um mês internada com a minha cirurgia aberta fazendo curativo todo dia. Então eu sentia dores absurdas. [...]. Fui poder fechar a cirurgia depois de um mês. Então eu sofri horrores.

Deixaram-na isolada e sua filha recém-nascida ficou no hospital, mas com a acompanhante. Depois dessa experiência, nunca mais voltou ao estabelecimento:

Clarice: Eu criei trauma daquele lugar.... Eu não vou e não tenho coragem de levar nenhum dos meus filhos lá. Aquele hospital ali, pra mim, só se for em último caso. Porque lá, enfim, tem muitos profissionais que são mal-educados. Tanto que a gente vê nas reportagens do dia a dia.... Então lá é um hospital que eu já não frequento mais de jeito nenhum.

Após a cesárea, Simone não conseguiu amamentar, o leite “não descia”. Por indicação das técnicas de enfermagem do hospital, começou a dar complemento alimentar para o bebê e, por isto, ficou internada por quatro dias, até conseguir amamentá-lo. Segundo ela, essa é condição do hospital para autorizar a saída da mãe e do bebê.

Durante esse período, dividiu o quarto do pós-parto com três mulheres, todas classificadas por ela como negras. Segundo ela, criou um vínculo com essas mulheres, o que foi muito importante para amenizar as dores do pós-operatório e o fato de não estar em sua casa. Além disso, relatou seu incômodo e constrangimento em relação aos reiterados exames realizados por residentes nas suas mamas:

Simone: O que tinha muito era exame na mama pra ver se tava dando leite, durante já o pós, já tava na sala com o neném, toda hora vinha um residente fazer pra ver se tava dando leite, se tava no “colostró⁶¹”, se já tava no leite. Toda hora.

Kauara: E como era isso pra você?

⁶¹ Primeira secreção que sai do seio materno, antes da descida do leite.

Simone: Ah, isso incomoda um pouco. Você ta naquele momento, no pós-operatório, e toda hora vir um residente, principalmente quando é homem.

Kauara: E lá era muito homem?

Simone: Mais homens. Então, têm momentos que é um pouco constrangedor, toda hora, toda hora...

Após o parto normal, Joana teve uma anemia intensa, razão pela qual ficou internada durante quatro dias no hospital público que pariu (HMIB). Sua filha desenvolveu icterícia e também ficou internada. Ela relata que foi um período bem difícil. Dividiu quarto com três mulheres e se deparou com instalações precárias:

Joana: Eram quatro mulheres em uma sala pequenininha. E assim tava cheio de muriçoca o banheiro. O banheiro tava sem luz, era limpo esporadicamente. A sala de banho tava quebrada, não tinha água. Minha filha e todos os outros nenéns ficaram quatro dias sem tomar banho.

Assim como Simone, Joana também apontou tratamentos grosseiros por parte de profissionais de saúde, especialmente em relação às dificuldades com a amamentação:

Joana: Não gostei dos pediatras de lá, expulsavam todos os acompanhantes. Tinha enfermeira que saía tirando nossa roupa, pegando nosso bebê, despindo nosso bebê, que começava a chorar porque assustava. E fazia aqueles negócios, aqueles exames, puxando o olho, aquelas coisas... [...]. Chegavam enfermeiras diferentes, profissionais apertando seu peito pra ver se saía leite. Chegaram três enfermeiras seguidas, tudo apertando e dói porque no começo ele vem empedrado e dói porque a pedrinha machuca. Empurrou a cabeça da minha filha pra ver se tava pegando certo no peito. Ai, chegou uma hora que a mulher assim, pegou ela e empurrando minha cabeça e eu “Não, me solta, me solta”. Quase mandei ela embora, e ela “tô aqui pra te ajudar”, “não, não, não quero. Tô bem”. Ela ficava assim (empurrando) o tempo todo. Quando você tá dentro do hospital, pra entrar já não é muito fácil com esse sistema nosso aqui, pra sair então, pior ainda. Porque não tem essa história de eu não quero, eu quero, vai fazer tudo que eles mandarem.. Foi a parte mais tensa... aí, também, as outras mães já tavam muito tensas.

Em sua avaliação, Joana acredita que o pós-parto é a fase mais difícil e depende diretamente de como a mulher se preparou ao longo da gestação:

Joana: Que o pós-parto é muito mais difícil que a gravidez, muito mais, não tem comparação. E assim, e nossa é sério, dá muita diferença do jeito que você se prepara durante a gestação para o parto.

3.12 E se a gravidez fosse hoje?

Questionadas sobre o que fariam caso engravidassem novamente, é bastante significativo que todas as informantes relataram que gostariam de ter experiências diferentes. Algumas gostariam de ter o acompanhamento de outros/médicos/as, outras tentariam outro tipo de parto ou, ainda, locais mais acolhedores para parir.

Destaco abaixo as falas de Renata, Joana, Pamela e Laura, como bastante ilustrativas acerca do desejo por experiências diferentes de gestação e/ou parto:

Renata: Hoje se eu ficasse grávida novamente, eu não iria fazer a mesma coisa de novo, não iria parir com o mesmo médico.... Mas em termos objetivos da medicina, ele é dez, mas não foge a regra de querer fazer tudo o que é melhor pra ele, pro funcionamento do trabalho dele.

Joana: Acho que o que eu gostaria que fosse diferente, seria o pré-natal, mudaria pra um profissional só, e talvez planejaria o meu parto porque eu tive sorte. Cada parto é um parto. Eu acho que seria maravilhoso, porque tendência é melhorar depois, se eu tivesse outro filho porque seu corpo já ta com aquela memória né. Planejaria o parto melhor, me planejaria melhor tudinho assim. Minha família me apoiou demais o tempo todo. Mas é isso, com certeza. Faz toda diferença o meio social da mulher por questão de informação mesmo, uma coisa impressionante.

Pamela: Eu acho que só iria no médico obstetra umas duas vezes durante a gestação, fazer os exames básicos recomendados pela OMS, fazer um exame de sangue e de ultrassonografia e pronto. Eu não ia mais ao obstetra, não ia. Eu ia ficar com o acompanhamento da parteira, eu achei muito completo. Não tem necessidade, eu acho que não tem necessidade. [...]. Ah, eu ia viver outra gestação, podia tá enjoando, morrendo, mas ia ser outra coisa. E sem ter que passar por isso mesmo de a pessoa negar uma relação de companheiro assim, de igual. Falar “autoridade sobre seu corpo é minha. Você aceita isso?”. Eu “não”. Ia pro outro, “aceita isso”, “não”. Ia parar com essa história, por mais que fosse médico humanizado. Ainda tem essa questão, o médico humanizado, ele cobra, ou ela, 300/400 reais uma consulta e o parto de 8 a 14 mil reais, não é pra mim. Não é. Então, não quero. É pra pouquíssimas pessoas.

Laura: Se eu pudesse, eu pararia de trabalhar, só pra curtir a gravidez [...] E ia parir em casa com toda certeza do mundo! Nem tinha dúvidas. Se tivesse alguém pra me ajudar, eu teria em casa, com toda certeza. Se pudesse ter em casa, teria em casa, assim, pra não chegar até o hospital, se pudesse traria um médico em casa pra fazer esses procedimentos de medir o bebê, pesar, só pra não ir até o hospital...

Os relatos das informantes apresentados no presente capítulo evidenciaram experiências bastante diversas, especialmente em relação ao parto. Aquelas com maior escolaridade e renda contaram com mais recursos e relativas possibilidades para escolher as condições do parto, as instituições e os/as profissionais de saúde, bem como resistir aos tratamentos desrespeitosos e violentos que marcam tal momento da vida reprodutiva da maioria das mulheres brasileiras. No entanto, a despeito de tais diferenças relacionadas aos marcadores sociais, é marcante nas experiências de todas a forte articulação entre as opressões de gênero e de raça, seja nas interações com instituições, profissionais e outras usuárias do sistema de saúde, seja com familiares e amigos/as.

No que se refere às percepções das informantes acerca do momento do pós-parto/puerpério, observei maior convergência nas sensações, nos sentimentos e nas

avaliações relatadas. Ao salientarem a importância do preparo e planejamento para esse momento – caracterizado por novas responsabilidades, alterações hormonais, privação de sono e cansaço –, as experiências das informantes foram marcadas pela interconexão entre raça/cor e gênero, que operam dando sentido aos tratamentos recebidos, especialmente nas instituições de saúde.

Por fim, retomo a análise do *corpus* das informantes negras realizado com o apoio do *software* IRAMUTEQ, com o intuito de ilustrar e sintetizar o que foi discutido ao longo deste capítulo. Conforme explicitado na apresentação do capítulo, as classes de palavras 2 (em verde) e 4 (em roxo) foram relacionadas aos momentos do parto e pós-parto e estão bastante próximas na representação das nuvens de palavras abaixo, apontando para o quanto a chegada da criança mobiliza esses dois momentos de modo conjunto para as mulheres. Se a fase do pré-natal pode ser pensada como um processo anterior e gradativo, o próprio gestar da condição da maternidade inicial, o parto e o pós-parto são vistos como uma fase posterior, marcada pelo nascimento e os cuidados com a criança, assim como pelo nascimento simbólico e os cuidados sócio psíquicos com a mulher que se torna mãe.

Desse modo, a classe 1 (em vermelho), encontra-se destacada das demais abaixo, uma vez que se trata do pré-natal, no qual o tempo de contato com profissionais e instituições de saúde é mais longo e marcado por uma demorada preparação para o que seria o seu ápice: o parto e, por conseguinte, o pós-parto. Como os contatos interpessoais nesse período são mais constantes e sistemáticos com o sistema de saúde, as gestantes ainda têm a oportunidade de refletir a respeito do que lhes acomete, além da possibilidade de mudança de acompanhamento, de forma que as violências raciais e de gênero acabam sendo mais facilmente percebidas e nomeadas. Já as fases do parto e do pós-parto acabam centralizando a atenção sobre a sobrevivência e a saúde da mãe e da criança, relegando ao segundo plano o que, muitas vezes, parece ser secundário: as discriminações de raça e gênero. Caso corra tudo bem com a mulher e a criança, em um país com tamanhos obstáculos de acesso ao serviço de saúde eficaz, há uma forte tendência de que mulheres, já sobrecarregadas com o parto e com as grandes mudanças que envolvem a chegada da criança em uma família, terminem por desconsiderar uma série de outras intercorrências negativas ao seu bem-estar e ao seu direito pleno à vida.

foi vivida exatamente nas cenas sociais em que elas se inseriram, em que cada uma estabeleceu durante as experiências da gestação, do parto e do pós-parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da cor/raça nas relações sociais do país é incontestável. No campo da saúde, acadêmicos/as e militantes têm destacado a centralidade dessa categoria social em suas análises e pesquisas, ressaltando como o racismo impacta na forma como as pessoas nascem, vivem, adoecem e morrem. Especificamente em relação à saúde reprodutiva das mulheres negras, a temática avançou principalmente a partir de esforços de pesquisadoras/es negras/os que têm apontado para a necessidade de considerar o cruzamento entre os recortes de raça/cor com os de gênero e classe social. No entanto, ainda são escassas as pesquisas e os estudos empíricos sobre as dinâmicas e as representações sociais racistas a que estão sujeitas as mulheres negras na interação com as instituições e os/as profissionais de saúde, configurando uma lacuna e um entrave para o aperfeiçoamento do arsenal teórico-conceitual a esse respeito e das práticas de enfrentamento a essas desigualdades.

No campo das políticas públicas em saúde, há conquistas importantes, dentre as quais se destaca a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), uma das mais extensas políticas voltadas para afrodescendentes no país. Criada em 2006, a partir de esforços de pesquisadores/as e militantes negros/as, entrou em vigor apenas em 2009, com a publicação da Portaria nº 992/2009 pelo MS (BRASIL, 2010). No entanto, até os dias atuais, sua implementação encontra fortes resistências, configurando um desafio ainda a ser superado. Ademais, nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – em vigor desde 2004 – consta que as perspectivas de gênero, de raça e de etnia devem nortear a elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde das mulheres. No mesmo sentido, sua implementação ainda não é uma realidade.

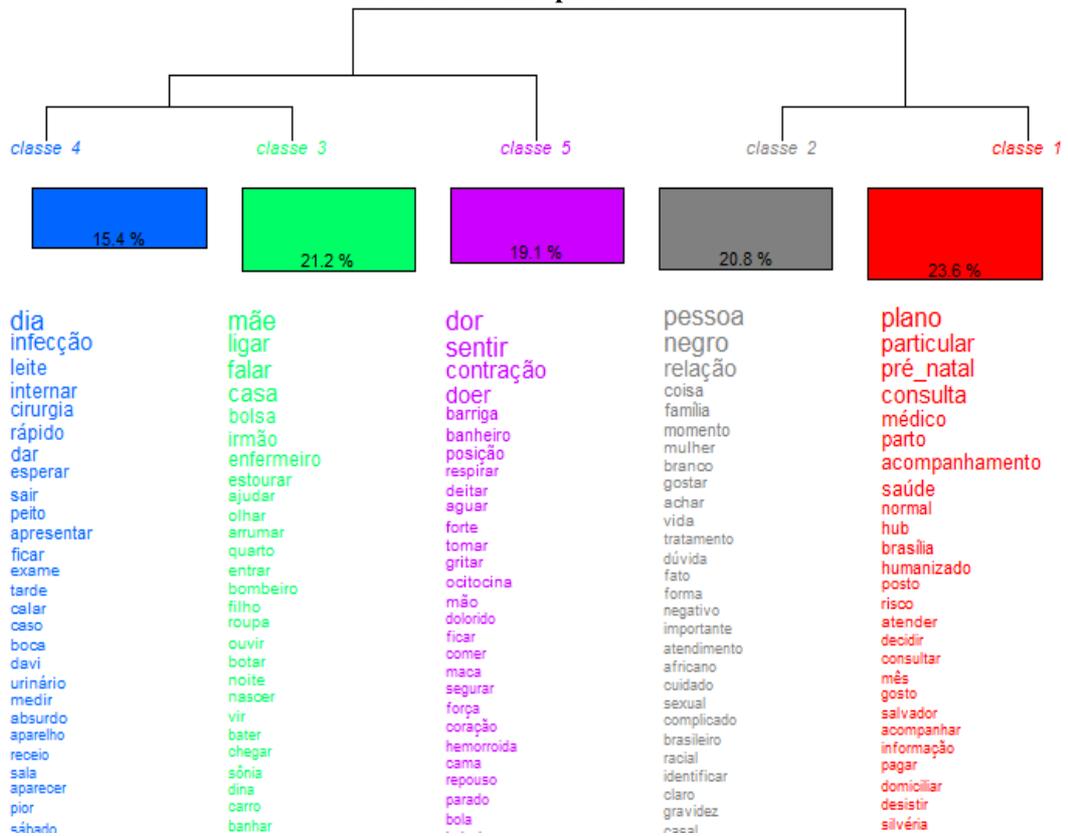
A partir da articulação entre diferentes dados oficiais do governo brasileiro sobre mortalidade materna, pesquisas e as falas das informantes, busquei fornecer alguns elementos para ampliar o entendimento sobre a forma como as mulheres negras vivenciam os momentos do pré-natal, do parto e do pós-parto/puerpério na interação com instituições e profissionais de saúde. Busquei também mostrar como os entraves à garantia de seus direitos se manifestam em uma dinâmica relacional que envolve discriminação racial interconectada com a reprodução das desigualdades de gênero, associadas a diferentes

marcadores sociais (tais como escolaridade, renda etc), que reforçam ou amenizam os efeitos do racismo e do sexismo.

Em relação à metodologia utilizada nesta dissertação, cabe ressaltar que, ao entrevistar cinco mulheres classificadas como brancas (“grupo de controle”), o objetivo não foi medir o grau de discriminação sofrida pelos diferentes grupos raciais de informantes, tampouco verificar a existência do racismo durante as experiências de pré-natal, parto e pós-parto. O ponto de partida da pesquisa se deu justamente a partir de diferentes dados e pesquisas que confirmam a existência do racismo, com impactos negativos na saúde das mulheres negras – o que acabou sendo novamente revelado por meio dos resultados ora apresentados. Meu intuito era trazer à tona, especialmente, como a dimensão racial opera para as informantes e como o racismo, juntamente com o sexismo se manifestam nas interações com instituições e profissionais de saúde. Ou seja, sendo de natureza qualitativa, a presente pesquisa buscou identificar de que forma a cor/raça e o gênero são mobilizados pelas informantes nas suas experiências em torno do pré-natal, parto e pós-parto. Dessa forma, as narrativas do “grupo de controle” foram apenas apropriadas aqui como uma espécie de “moldura”, apontando para o que as mulheres em geral (brancas e negras) vivenciam e o que se revela mais particular às mulheres negras. Essa estratégia metodológica facilitou a emergência da identificação das problemáticas trazidas pelo entrecruzamento da negritude com a condição de mulher.

Nesse sentido, trago, apoiada no uso do *software* IRAMUTEQ, as cinco classes geradas a partir da análise do *corpus* com todas as entrevistas realizadas, o que revelou a existência de dois eixos (A e B) em torno dos quais se articula o pensamento das entrevistadas: um englobando as classes de palavras 1 e 2 (eixo A) e outro, as classes 3, 4 e 5 (eixo B). No eixo A, predominam as percepções, os sentimentos e as narrativas concernentes ao atendimento no pré-natal. Já no Eixo B, prevalecem os discursos referentes ao parto e pós-parto:

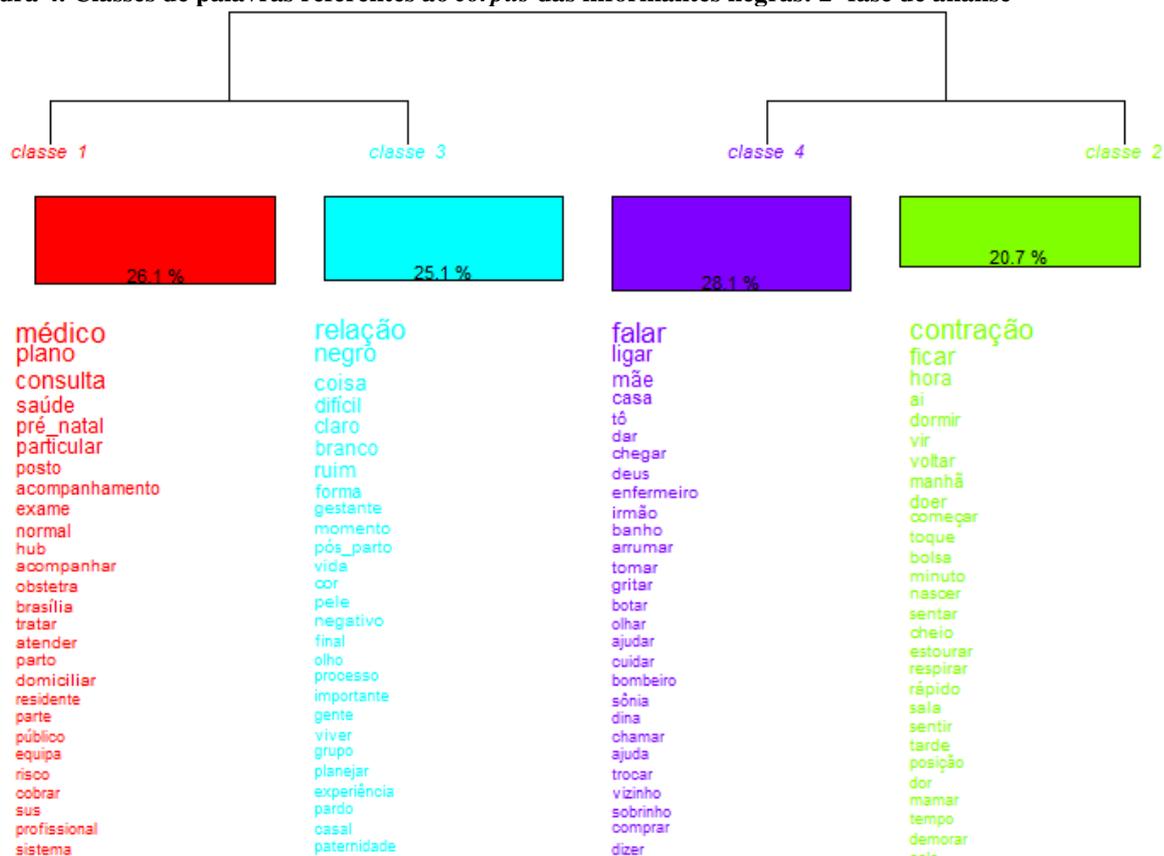
Figura 3. Classes de palavras referentes ao *corpus* das informantes negras e brancas na 1ª fase de análise: Campo comum.



Essa primeira etapa revelou pistas importantes acerca da presença da violência obstétrica, do autoritarismo do saber médico e da lógica intervencionista que marca o pré-natal, o parto e o pós-parto, de forma que a opressão de gênero perpassa o relato de todas as informantes. Nessa fase, a dimensão racial veio à tona, formando uma única classe de palavras (classe 2). No entanto, não era possível afirmar com certeza em quais discursos ela era mais forte.

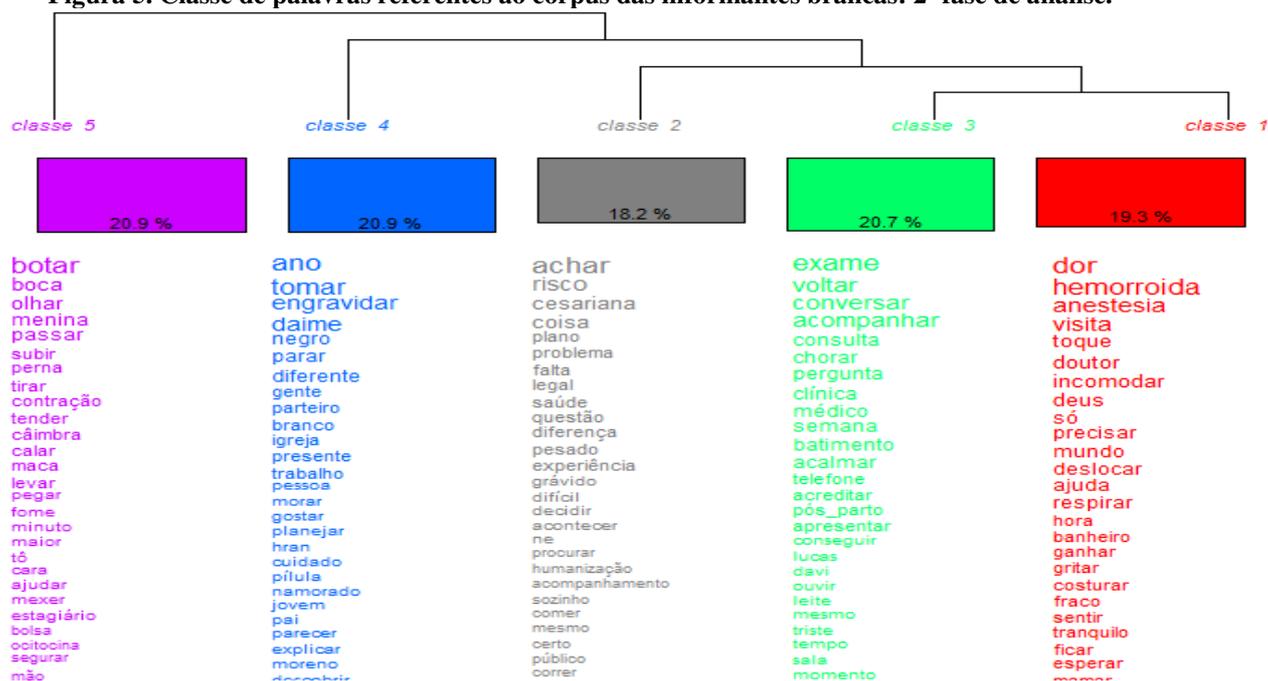
Em seguida, ao processar o *corpus* com as entrevistas das dez mulheres negras, a dimensão racial emergiu e formou uma classe de palavras específica (classe 3), representando importante aspecto nos discursos das informantes em relação ao pré-natal parto e pós-parto, conforme pode ser visualizado na figura abaixo com as classes de palavras:

Figura 4. Classes de palavras referentes ao *corpus* das informantes negras: 2ª fase de análise



Por fim, ao processar o *corpus* com as narrativas das mulheres brancas (“grupo de controle”), o referido *software* não encontrou uma classe de palavras relacionada à raça/cor, evidenciando os achados de outros estudos, os quais apontam para o fato de que as pessoas brancas se veem e são vistas socialmente como portadoras de um estado neutro, sem “raça/cor”, conforme ilustrado na figura abaixo:

Figura 5. Classe de palavras referentes ao corpus das informantes brancas: 2ª fase de análise.



Cabe ressaltar que são múltiplas e diversas as experiências sociais das mulheres em relação ao pré-natal, parto e pós-parto/puerpério, bem como inúmeras as dimensões envolvidas nesses momentos da vida reprodutiva. Assim, não é profícuo retratar as mulheres brasileiras em termos monolíticos, sendo fundamental problematizar o significado da raça/cor em suas vidas, de forma associada a outros marcadores sociais.

Considerando a relevância de tais diversidades e dos diferentes marcadores sociais envolvidos nas interações investigadas, foi destacado ao longo da presente dissertação o caráter violento, autoritário e intervencionista que marca os três momentos da vida reprodutiva de todas as informantes. Dessa forma, foi possível confirmar que as opressões e desigualdades de gênero perpassam o relato de todas as entrevistadas, não sendo, portanto, proveitoso desconsiderar a importância dos estudos e pesquisas que enfatizam tais desigualdades (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008). Pelo contrário, incorporar as desigualdades de gênero é imprescindível para as análises nesse campo da saúde reprodutiva. Contudo, quando abordadas de forma isolada, não dão conta de contemplar a diversidade de experiências, necessidades e realidades envolvidas nas interações sociais das mulheres com instituições e profissionais de saúde. Em uma sociedade hierarquizada racialmente, não se deve privilegiar a abordagem das experiências próprias das mulheres brancas como se universais fossem, sob pena de perpetuar tais hierarquias.

Ao tratar de momentos da vida reprodutiva das mulheres especialmente marcados por diferentes violências e intervenções, configurou um desafio trazer à tona nas entrevistas a importância da participação dos aspectos raciais nessas experiências e interações. Conforme apontado ao longo dos Capítulos 2 e 3, observou-se que a dimensão racial se evidencia de forma mais explícita para as informantes nas relações e interações sociais com familiares, amigos/as, profissionais de saúde e outras/os usuárias/os dos serviços. Por atuarem de forma difusa no funcionamento cotidiano das instituições de saúde e extrapolarem o plano exclusivo das relações interpessoais, as diferentes dimensões do chamado racismo institucional acabam, muitas vezes, adquirindo um caráter de invisibilidade, dificultando e complexificando tanto sua identificação como sua nomeação pelas informantes. Em outras palavras, a dimensão racial pode não ser interpretada e percebida como parte importante do tratamento discriminatório e opressivo recebido. Ademais, pode revelar também o que Segato (2003) chama de “racismo automático”, onde muitas vezes nem mesmo a pessoa que age de modo discriminatório tem consciência plena do teor racista do seu ato.

Vale salientar que nenhuma das informantes relatou ter denunciado quaisquer violências ou discriminações sofridas durante o pré-natal, parto ou pós-parto. Diferentes aspectos podem contribuir para inibir as denúncias. O reconhecimento de ter sido vítima de discriminação racial traz dor, sofrimento e usualmente desconfiança por parte da sociedade, especialmente diante de situações não explícitas de discriminação e há uma tendência em considerá-la mera vitimização. Ademais, nos diferentes momentos aqui tratados, as mulheres estão, em geral, focadas no nascimento e no bem-estar da criança, o que também pode colaborar ainda mais para desestimular as denúncias das violências sofridas.

Identificar a existência de formas cotidianas de resistência – por vezes camufladas e difíceis de serem apreendidas – nas interações das mulheres com os serviços e profissionais de saúde é relevante para as pesquisas relacionadas à presente temática. A interseccionalidade entre os diferentes eixos de opressão ao mesmo tempo em que sujeita as mulheres, evidencia também estratégias de resistência de forma dialética (COLLINS, 2000). O conjunto de falas, elaborações e reflexões das informantes apontou, no entanto, para condições diferenciadas em escolher os serviços e profissionais com os quais realizarão o acompanhamento pré-natal, decidir a forma que desejam parir ou ainda as

condições em que vivenciarão o pós-parto. Marcadores sociais como escolaridade, renda, dentre outros, impactam no acesso às informações e operam aumentando ou diminuindo as possibilidades de as mulheres realizarem enfrentamentos, argumentarem e se defenderem de possíveis tratamentos violentos. Em se tratando do campo em questão, o estado de saúde (física e psicológica) das usuárias também opera importante papel nas possibilidades de resistir.

No que se refere à classificação racial dos/as profissionais de saúde, é bastante significativo que nenhuma das informantes hesitou em classificar os/as médicos/as como brancos/as. É um dado incontestável. À medida que a hierarquia nas ocupações das equipes de saúde decresce, a cor/raça dos/as profissionais escurece, explicitando uma das facetas do racismo no sistema de saúde do país, que atua reforçando e perpetuando estereótipos raciais e hierarquias de cor.

Partindo do entendimento de que o racismo estrutura as desigualdades no país e a população negra é “SUS dependente”, acadêmicos/as e pesquisadores/as, gestores/as de políticas públicas, legisladores/as não podem desconsiderar o chamado racismo institucional e como ele opera na vida e saúde reprodutiva das mulheres negras. Conforme destacado, a relação com os serviços e profissionais de saúde durante o pré-natal, o parto e o pós-parto é influenciada e entremeada de expectativas e atitudes que dizem respeito também à cor/raça das mulheres envolvidas, bem como dos/as profissionais de saúde, familiares, amigos/as, clientes. Nesse sentido, esta dissertação, de caráter exploratório, pretendeu ser uma contribuição na abordagem simultânea da cor/raça e do gênero para compreender a experiência das mulheres negras na interação com os serviços e profissionais de saúde durante o pré-natal, parto e pós-parto.

As reflexões acerca dos mecanismos do racismo nas instituições ainda são incipientes. Tais lacunas estão possivelmente relacionadas às “[...] dificuldades de as instituições reconhecerem esses mecanismos e se autoexaminarem como (re)produtoras de racismo” (LÓPEZ, 2012, p, 122). Nesse sentido, para que sejam adotadas medidas e ações que visem desconstruir e combater o racismo institucional, é necessário que antes de tudo as instituições de saúde reconheçam a existência do racismo dentro de suas dependências, o que gera forte resistência por parte delas. Conforme apontam diferentes pesquisas, todos/as sabem que o racismo existe, mas ninguém se considera racista. O Brasil é um país

racista, sem que as pessoas e as instituições racistas se reconheçam enquanto produtoras e reprodutoras do racismo.

As questões identificadas e levantadas na presente pesquisa de mestrado constituem um primeiro passo, que pretende contribuir para reduzir a lacuna histórica em relação às dinâmicas racistas e à forma como o racismo institucional opera na saúde a partir do ponto de vista de quem o sofre diretamente pelos olhares, gestos, palavras e ações de intervenção (ou omissão): as mulheres negras. Cabe salientar que as limitações da pesquisa são evidentes, principalmente em termos de generalização de seus resultados. Busquei privilegiar a análise tendo por base o caráter descritivo dos relatos das informantes, trazendo suas próprias reflexões e interpretações sobre suas experiências. É necessário aprofundar, em pesquisas futuras, as análises e observações ora trazidas. Ademais, conforme afirmam diferentes pesquisadoras/es e militantes, é oportuno avançar em estudos teóricos e empíricos acerca do privilégio de ser branca/o e como a branquitude, por si só, favorece o direito à saúde e a vida das pessoas brancas no Brasil. Afinal, o racismo não é um problema que apenas pessoas negras devem enfrentar e buscar superar se o país pretende tornar-se de fato uma democracia racial, reparando as injustiças históricas dessa ordem. Como sistema que estrutura as desigualdades no país, traz consequências aos diferentes grupos raciais, hierarquizando, trazendo vantagens e desvantagens e perpetuando a violência tão estrutural e fundante da sociedade brasileira.

Cabe também salientar que a mortalidade materna de mulheres negras é uma questão interdisciplinar e multissetorial, que demanda ações em vários setores e níveis. Dessa forma, identificar, dar visibilidade, compreender e problematizar as dinâmicas e sua relação com os diferenciais raciais na saúde reprodutiva, explicitada, por exemplo, nos elevados índices de mortalidade materna das mulheres negras, pode, antes de tudo, contribuir para que as próprias usuárias dos serviços identifiquem a complexa teia de discriminações – ora explícitas e contundentes, ora sutis e dissimuladas – em que estão enredadas. Ter consciência e refletir sobre formas de violências que não são pessoais nem casuais, mas vividas coletivamente – embora na intimidade das interações com profissionais de saúde ou na privacidade das salas de consulta e de parto – é muito relevante para se produzir conhecimento e nomear as ofensas e violências vividas. Do mesmo modo, pode também aprimorar o enfrentamento do fenômeno por parte do Estado

brasileiro, subsidiando a elaboração, a implementação, o monitoramento e avaliação de políticas públicas voltadas ao combate ao racismo e sexismo na saúde das mulheres negras.

Para tanto, os campos tanto da academia, como das políticas públicas e dos movimentos sociais relacionadas à saúde reprodutiva das mulheres precisam considerar a experiência racializada de formação da sociedade brasileira, incorporando um olhar sensível às formas como a raça/cor opera nas interações cotidianas, produzindo tanto hierarquias e violências, como também lugares e formas de existir, nascer, adoecer e morrer. As práticas racistas e sexistas na saúde diminuem o reconhecimento e a legitimidade da condição humana das mulheres negras e se manifestam também em momentos usualmente marcados por sensibilidades e fragilidades das mulheres (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008), tal como o são o pré-natal, o parto e o pós-parto.

O caso de Alyne Pimentel é um exemplo emblemático e trágico de tais práticas. A jovem negra morreu em decorrência de sua desumanização, sem ter tido a chance de denunciar, a partir de seu ponto de vista, as violências que sofreu, bem como seus sentimentos e percepções em relação aos tratamentos recebidos. Sua história, no entanto, denuncia o que ocorre cotidianamente nos serviços de saúde com a maioria das mulheres negras. Ademais, as histórias de sua mãe e de sua filha se cruzam à da sua morte, tendo sido essa definidora de outras tragédias que seguiram lhes acometendo após a ausência de Alyne.

Ao fim e ao cabo, os mecanismos institucionais que conformam as desigualdades de raça e de gênero no país têm (re)criado e reforçado as desigualdades entre as experiências das mulheres no pré-natal, parto e pós-parto. Enquanto para a minoria, majoritariamente branca e de classe média, a humanização do parto é uma possibilidade no horizonte, para a maioria das mulheres negras, a morbimortalidade materna continua sendo uma realidade dolorosa e sua redução uma meta distante a ser alcançada.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2015.
- AQUINO, Estela M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 121-132, ago. 2006. Edição especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2015.
- ARAÚJO, Maria José de Oliveira et al. *Saúde das mulheres: experiências e práticas do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.
- BANDEIRA, Lourdes. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (Org.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p. 180-197.
- BANDEIRA, Lourdes; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. *Ser Social*, v. 10, p. 183-212, 2008.
- BANDEIRA, Lourdes; OLIVEIRA, Eleonora M. de. Representações de gênero e moralidade na prática profissional da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 51, n. 4, p.677-696, out./dez. 1998.
- BARBOSA, Maria Inês. *Racismo e saúde*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1998.
- BASTOS, Francisco Inácio. Entre a `concertação` perversa e o varejo político: a complexa trajetória reprodutiva das mulheres negras e pardas. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- BATISTA, Luís Eduardo. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte*. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2002.
- BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; PEREIRA, Julio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2015.

BENTO, Maria Aparecida da Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (Orgs). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BERQUÓ, Elza. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, SH. (Orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, v. 10, n. 2, p. 141-163, nov. 1981.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2014.

BORGES, Moema da Silva; PINHO, Diana Lúcia Moura; SANTOS, Silvéria Maria dos. As representações sociais das parteiras tradicionais e o seu modo de cuidar. *Cad. CEDES*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 373-385, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622009000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 jul. 2015.

BOTELHO, Denise; FLOR DO NASCIMENTO, Wanderson. Educação e religiosidades afro-brasileiras: a experiência dos candomblés. *Participação*, v. 17, p. 72-80, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde: 2011. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/rede_cegonha/manual_pratico_rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_integral_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf>. Acesso em 18 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde; Secretária de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial –SEPP/PR. *Racismo como determinante social de saúde*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2011.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Relatório anual socioeconômico da mulher*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015.

CALDWELL, Kia Lilly. Fronteiras da diferença: raça e mulher no Brasil. *Estudos Feministas*, v. 8, n. 2, p. 91-108, 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11922>>. Acesso em: 08 mar.03 2014.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2015.

CARDOSO, Cláudia Pons. Amefricanizando o feminismo: o pensamento de Lélia Gonzalez. *Estudos Feministas*, v. 22, n. 3, jan. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/36757/28579>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

CARNEIRO, Rosamaria. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2369-2378, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago 2015. (localizar no texto esta citação e colocar Carneiro (2013a))

CARNEIRO, Sueli. A mulher negra na sociedade brasileira: o papel do movimento feminista na luta anti-racista. In: MUNANGA, K. (Ed.). *História do Negro no Brasil*. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2003.

_____. Enegrecer o Feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: Ashoka Empreendimentos Sociais; Takano Cidadania (Orgs.). *Racismos Contemporâneos*. Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003. p. 49-58. (localizar no texto e colocar 2013b)

_____. Mulheres em movimento. *Estud. Av.*, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-133, dez., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07/09/2015.

CARONE, Iray. *Breve histórico de uma pesquisa psicossocial sobre a questão racial brasileira*. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (Orgs). *Psicologia Social*

do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

CODEPLAN. *O perfil das mulheres do DF sob a ótica da raça/cor*. Brasília, DF: [S.l.] 2014. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/2014/ESTUDOS/Perfil%20das%20mulheres%20%20DF%20por%20cor%20e%20ra%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc. Anna Nery Ver. Enferm.*, v. 13, n. 1, p. 154-160, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

COLLINS, Patricia Hill. *Black feminist thought: knowledge, consciousness and the politics of empowerment*. Nova York: Routledge, 2000.

_____. *Fighting words: Black women and the search for justice*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1998.

_____. Piecing together a genealogical puzzle: intersectionality and american pragmatism. *European Journal of Pragmatism and American Philosophy*, v. 3, n. 2, p. 88-112, 2011.

CORRÊA, M. Sobre a invenção da mulata. *Cadernos Pagu*, n. 6/7, 1996. Disponível em: <http://www.nacaomestica.org/invencao_da_mulata.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2013.

CORREA, Marilena C. D. V.; GUILAM, M. Cristina. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2141-2149, out. 2006.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Lynn Dee. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100009&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 02 jul. 2015.

COSTA, Graciete Guerra da. *As regiões administrativas do Distrito Federal de 1960 a 2011*. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da UnB, Brasília, 2011.

COSTA, Rosely Gomes. Mestiçagem, racialização e gênero. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 21, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jul. 2013.

_____. O que a seleção de doadores de gametas pode nos dizer sobre noções de raça. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 235-255, 2004.

COSTA, Joaze; DOS SANTOS, Sales Augusto; SILVÉRIO, Valter Roberto. Relações raciais em perspectiva. *Sociedade e Cultura*, v. 12, n. 2, p. 215-221, jul./dic. 2009.

CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006. CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

CRENSHAW, Kimberlé. *Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. University of Chicago Legal Forum, n. 1, p. 139-167, 1989.

_____. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n.1, jan./abr. 2012.

DÁVILA, Jerry. *Diploma de Brancura: política social e racial no Brasil – 1917-1945*. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

DIEHL, Astor; TATIM, Denise. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo. Pearson Prentice Hall, 2004.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700002&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 set. 2013.

DINIZ, Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 140-S153, 2014. Suplemento.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, p. 313-326, 2009.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. /

_____. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada. In: DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. *Saúde das mulheres: experiências e práticas do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. (não tem no texto)

FIGUEIREDO, Nébia. Método e metodologia na pesquisa científica. 2. ed. São Paulo. Yendis, 2007.

FLEISCHER, Soraya. Como as “doenças compridas” podem nos ensinar sobre os serviços de saúde na Guariroba, Ceilândia/DF? In: REUNIÃO EQUATORIAL DE ANTROPOLOGIA E XIII REUNIÃO DE ANTROPÓLOGOS DO NORTE E NORDESTE – REA/ABANNE. 4., 2013, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: REA/ABANNE: 2013. Disponível em: <http://www.reaabanne2013.com.br/anaisadmin/uploads/trabalhos/36_trabalho_001552_1373852544.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2015

FREITAS, Giselle Lima et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 06 jul. 2015.

GARCIA, Piê. *O racismo institucional e seus prejuízos para a mulher negra*. Rio de Janeiro: Observatório de favelas, 2014. Disponível em: <<http://observatoriodefavelas.org.br/noticias-analises/o-racismo-institucional-e-seus-prejuizos-para-a-mulher-negra/>>. Acesso em: 09 mar. 2014.

GIACOMINI, Sônia Maria. *Mulher e escrava: uma introdução histórica ao estudo da mulher negra no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1988.

GOLDSTEIN, Dona M. *Laughter out of place: race, class, violence, and sexuality in a Rio shantytown*. Berkley and Los Angeles, California: University of California Press; London, England: University of California Press, Ltd., 2003.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: SILVA, L. A. *Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos*. Brasília: ANPOCS, 1983. Cap. 3.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. *Classes, raças e democracia*. São Paulo: Editora 34, 2002.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. Como trabalhar com "raça" em sociologia. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 93-97, jan./jun. 2003.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. Preconceito de cor e racismo no Brasil. *Rev. Antropol.*, v. 47, n.1, p. 9-43, 2004.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. *Racismo e anti-racismo no Brasil*. São Paulo: Editora 34, 1999.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. S269-S278, 2009. Suplemento 2. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/07/2015.

HOOKS, Bell. Intelectuais negras. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, ano 3, 2. sem., 1995. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16465>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). *Retrato das Desigualdades de gênero e raça*. 3. ed. Brasília-DF: IPEA; SPM; UNIFEM, 2008. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/terceiraedicao.pdf>>. Acesso em 18 jul. 2015.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS. *Saúde Soc.*, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p.100-107, 2005.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, v. 30, 2014. Suplemento 1.

LEAL, Maria do Carmo et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, 2004. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2015.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, S5-S7, 2014. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 01 mar. 2015.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: SEMINÁRIO SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA ESTADO DE SÃO PAULO, 1., Brasília. **Anais eletrônicos...** Brasília, DF: [S.l.], 2004. Disponível em: < <http://www.mulheresnegras.org/doc/livro%20edu/053-102Fernanda.pdf> >. Acesso em 01 mar. 2015. (tem duas citações de Lopes no texto, porém não se sabe de qual referência é, pois deve ser colocada assim 2004a e 2004b)

_____. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1596-1601, set/out. 2005.

_____. *Razão, “cor” e desejo: uma análise comparativa sobre relacionamentos afetivo-sexuais “inter-raciais” no Brasil e na África do Sul*. São Paulo: Unesp, 2004.

LOPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface*, Botucatu, v. 16, n. 40, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2015.

MAIO, Marcos Chor. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

_____; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v.12, n.2, p.419-46, maio-ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200010. Acesso: 07 mar. 2014.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 384 p.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100022&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 ago. 2013.

MOUTINHO, Laura. "Raça", sexualidade e saúde: discutindo fronteiras e perspectivas. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 191-196, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 mar. 2014.

NASCIMENTO, Adriano; MENANDRO, Paulo. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e pesquisas em psicologia*, Rio de Janeiro, ano 6, n. 2, 2. sem. 2006.

NASCIMENTO, Pedro; MELO, Ariana Cavalcante de. “Esse povo não está nem aí”: as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió, Alagoas. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

NÚCLEO DE OPINIÃO PÚBLICA DA FPA. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. [S.l.]: Fundação Perseu Abramo; SESC, 2010.

OLIVEIRA, Fátima. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *2011: Ano Internacional das e dos Afrodescendentes*. [S.l.]: ONU, 2011. Disponível em:

<<http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002140/214060por.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2013.

OSÓRIO, Rafael. O sistema de classificação de “cor ou raça” do IBGE. *IPEA*: Texto para discussão, Brasília, n. 996, 2003. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/artigos-e-teses/sistema_classificatorio_racacor_ibge.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2013.

PAIXÃO, Marcelo; GOMES, Flávio. Histórias das diferenças e das desigualdades revisitadas: notas sobre gênero, escravidão, raça e pós-emancipação. In: XAVIER, Giovana; FARIAS, Juliana Barreto; GOMES, Flávio (Orgs.). *Mulheres negras no Brasil escravista e do pós-emancipação*. São Paulo: Ed. Selo Negro, 2012.

PEREIRA, Ana Claudia Jaquetto. Feminismo negro brasileiro e "interseccionalidade": usos, sentidos e implicações para o estudo de Relações Raciais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 16., Salvador, 2013. **Anais eletrônicos...** Salvador: UFBA, 2013. Disponível em: <http://www.automacaodeeventos.com.br/sigeventos/sbs2013/inscricao/resumos/0001/PDF_trab-aceito-3330-1.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.

PEREIRA, Bruna Cristina Jaquetto. *Tramas e dramas de gênero e de cor: a violência doméstica e familiar contra mulheres negras*. 2013. 131f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Departamento de Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

PIZZA, Edith; Rosemberg, Fúlvia. Cor nos censos brasileiros. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (orgs). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

RAMOS, Ticianá Osvald. *Casas de parto autônomas no contexto brasileiro: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos*. 2013. 351 f., il. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

RIBEIRO, Jullyane Carvalho. "Só corpo, sem mente": direitos reprodutivos, imaginário social e controle sobre os corpos das mulheres negras. **Pós: Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais**, v. 11, 2012.

RIBEIRO, Matilde. Mulheres negras brasileiras: de Bertioga a Beijing. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 2, 1995. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16459/15033>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

ROLAND, Edna. Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 2, 1995. Disponível em: <<https://www.rbcdh.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16469/15039>>. Acesso em: 19 ago 2015.

SANSONE, Livio. 'Raça', etnicidade e saúde reprodutiva: o caso afro-latino-americano. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582011000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 10 dez. 2013.

SAO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS, Rosangela da Silva. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 552-559, dez. 2006.

SÃO PAULO. Defensoria do Estado SP. *Violência obstétrica: você sabe o que é?* São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo: 2015. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso 01 maio 2015.

SEGATO, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SEGATO, Rita Laura. Raça é signo. *Série Antropológica*, Brasília, n. 372, 2005.

SEPPPIR et al. *Relatório final sobre o fórum “enfrentando o racismo institucional para promover saúde integral da população negra no SUS”*. [S.l.]: Dezembro de 2012.

SHERIFF, Robin E. *Dreaming equality: color, race and racism in urban Brazil*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2001.

SILVA, Ana Cláudia Rodrigues da. A genetização das identidades: discutindo raça e gênero na prática do aconselhamento genético (AG). *Fazendo Gênero*, v. 9, 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278293249_ARQUIVO_Agenetiza caodasidentidades.TrabalhoFinal1.pdf>. Acesso em: 01 maio 2015.

SILVA, Vagner Gonçalves da (Org.). *Intolerância religiosa: os impactos do neopentecostalismo no campo religioso afro-brasileiro*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SOUZAS, Raquel. *Relações raça e gênero em jogo: a questão reprodutiva de mulheres negras e brancas*. 2004. 290 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SUÁREZ, Mireya. Desconstrução das categorias “mulher” e “negro”. *Série Antropologia*, Brasília, n. 133, 1992.

TURRA, Cleusa; VENTURI JR., Gustavo. *Racismo cordial: a mais completa análise sobre o preconceito de cor no Brasil*. São Paulo: Ática, 1995.

VENTURA, Miriam. *Direitos reprodutivos no Brasil*. Brasília: UNFPA, 2009.

VENTURI JR., Gustavo; AGUIAR, Janaina Marques de; HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: 2010. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL , 7. Belo Horizonte, 2011 . Anais eletrônicos... Belo Horizonte: ABENFO, 2011. Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/mesas/13_02.pdf>. Acesso em 18 set. 2015.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah Hawker. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

VOLOCHKO, Anna. Mortalidade materna: determinantes sociopolíticos. In: KALCKMANN, Suzana et al. (Orgs.). *Nascer com equidade*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

WERNECK, Jurema. Ou belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tecnologias. In: ROTANIA, Alejandra Ana; WERNECK, Jurema. *Sob o signo das bios: vozes críticas da sociedade civil* (Eds.). Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais, 2004. p. 49-62. Disponível em: <http://www.criola.org.br/artigos/artigo_ou_o_belo_ou_o_puro.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2015.

ANEXO I – Roteiro de Entrevista

Parte I. Identificação e caracterização socioeconômica

1. Nome
2. Idade
3. Escolaridade
4. Ocupação atual
5. Com quem mora
6. Situação conjugal em relação ao(s) genitor(es) do(s)/da(s) filho(s)/a(s)
7. Local de moradia
8. Local de nascimento
9. Raça/cor auto-declarada
10. Renda mensal
11. Número de filhos/as
12. Religião

Parte II. Pré-natal, parto e pós-parto

1. Local em que ocorreu o/s parto/s de seus/suas filhos/as
2. O processo de gestação e o parto – pontos positivos e pontos negativos
3. Gravidez planejada, desejada ou não
4. Pré-natal (Fez? Onde? Como foram as consultas? Quantas foram?)
5. Relação com a equipe de profissionais de saúde (médicos/as, enfermeiros/as, anestesistas etc)
6. Recebimento das informações necessárias ao longo da gravidez, no parto e no pós-parto
7. Como ocorreu a interação com os/as profissionais durante a gravidez, o parto e o pós-parto?
8. Relato sobre o parto (cesariana ou vaginal? Decepções, frustrações, presença de acompanhante?)
9. Em caso de gravidez hoje, o que deseja ser diferente?
10. Fala livre da entrevistada sobre pré-natal, parto e pós-parto/Formulação de novas perguntas, a depender da entrevista.

Parte III. Raça e Percepção sobre serviços e profissionais de saúde

11. Referências à cor e à aparência da entrevistada feitas por profissionais de saúde, por meio de falas, gestos, insinuações, etc. Sentimentos, ações e pensamentos nela despertados. Exemplos das situações vividas tanto respeitadas como desrespeitadas.
12. Observa diferença no atendimento em relação às mulheres brancas/ em relação às mulheres negras (quando o roteiro for aplicado às mulheres brancas).
13. Cor/raça dos/as profissionais de saúde

14. Fala livre da entrevistada sobre raça/cor, atendimento nos serviços e relação com os/as profissionais de saúde. Formulação de novas perguntas, a depender da entrevista.

ANEXO II – Caracterização das Entrevistadas

Nome	Raça/Cor	Idade	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Com quem mora	Situação conjugal	Local Moradia	Local Nascimento	Renda	Número de Filhos/as	Religião	Tipo de parto	Instituição de saúde
Simone	Parda	36	Sup. Incompleto	Desempregada	Esposo e 2 filhos	Casada	Guará/DF	Belém/PA	1.500	2	Evangélica	Cesariana	Hospital público
Renata	Preta	24	Sup. Completo	Jornalista	Mãe e Filho	Solteira	Jardim Botânico/DF	Recife/PE	4.000	1	Candombé	Vaginal	Hospital privado
Laura	Parda	42	Ens. Médio	Diarista	3 Filhos, neto, sobrinho	Separada	Planaltina/DF	Paranaguá/PI	1.200	3	Catolicismo	Vaginal	Parto domiciliar
Nádia	Parda	39	Ens. Fundamental	Depladora	Filha, mãe, imã e sobrinho	Divorciada	Ceilândia/DF	Corrente/PI	1.000	1	Testemunha de Jeová	Cesariana	Hospital público
Joana	Parda	22	Sup. Incompleto	Artista autônoma, estudante	Mãe, imã e filha	Solteira/Namorando	Asa Norte/DF	Brasília/DF	600	1	Sem religião definida	Vaginal	Hospital público
Joice	Preta	33	Pós Graduação	Jornalista	Filho	Dando um tempo	Asa Sul/DF	Curitiba/PR	6.000	1	Candombé	Vaginal	Hospital privado
Pamela	Parda	31	Sup. Completo	Doula	Marido e filho	Casada	Sobradinho/DF	Sobradinho/DF	2.000	1	Sem religião definida	Vaginal	Parto domiciliar
Adriana	Parda	37	Ens. Médio	Servidora pública	Filha	Solteira	Vitória da Conquista/BA	Salvador/BA	3.500	2	Candombé	Vaginal	Parto domiciliar
Beatriz	Parda	35	Ens. Médio	Cabeleireira	5 filhos/as e companheiro	Moram juntos	Guará/DF	São Luiz/MA	2.500	5	Ecumênica	Cesariana	Hospital público
Clarice	Parda	26	Sup. Incompleto	Agente de Portaria	3 filhos/as	Separada	Ceilândia/DF	Ceilândia/DF	2.000	3	Cristã	Cesariana	Hospital público
Gisele	Branca	28	Sup. Completo	Servidora pública	Marido e filho	Casada	Sudoeste/DF	Brasília/DF	4.500	1	Catolicismo	Cesariana	Hospital privado
Aline	Branca	32	Sup. Completo	Dona do Lar	Pai, mãe e filhos/as	Separada	São Sebastião/DF	Brasília/DF	Sem renda própria	3	Catolicismo	Cesariana	Hospital privado
Rita	Branca	31	Pós Graduação	Fisioterapeuta	Companheiro e filho	Moram juntos	São Jorge/GO	Rio de Janeiro/RJ	2.500	1	Santo Dáime	Vaginal	Hospital público
Iara	Branca	39	Sup. Completo	Advogada	Filha	Separada	Asa Norte/DF	Filteira do Pombal/BA	5.000	1	Sem religião definida	Cesariana	Hospital privado
Tais	Branca	27	Ens. Médio	Terceirizada FUB	Marido e filho	Casada	Arapoanga/DF	Nova Russas/CE	560	1	Catolicismo	Vaginal	Hospital público

ANEXO III – Representações gráficas das classes de palavras

Figura 1. Representação gráfica das classes e nuvem de palavras referentes ao *corpus* das informantes negras.

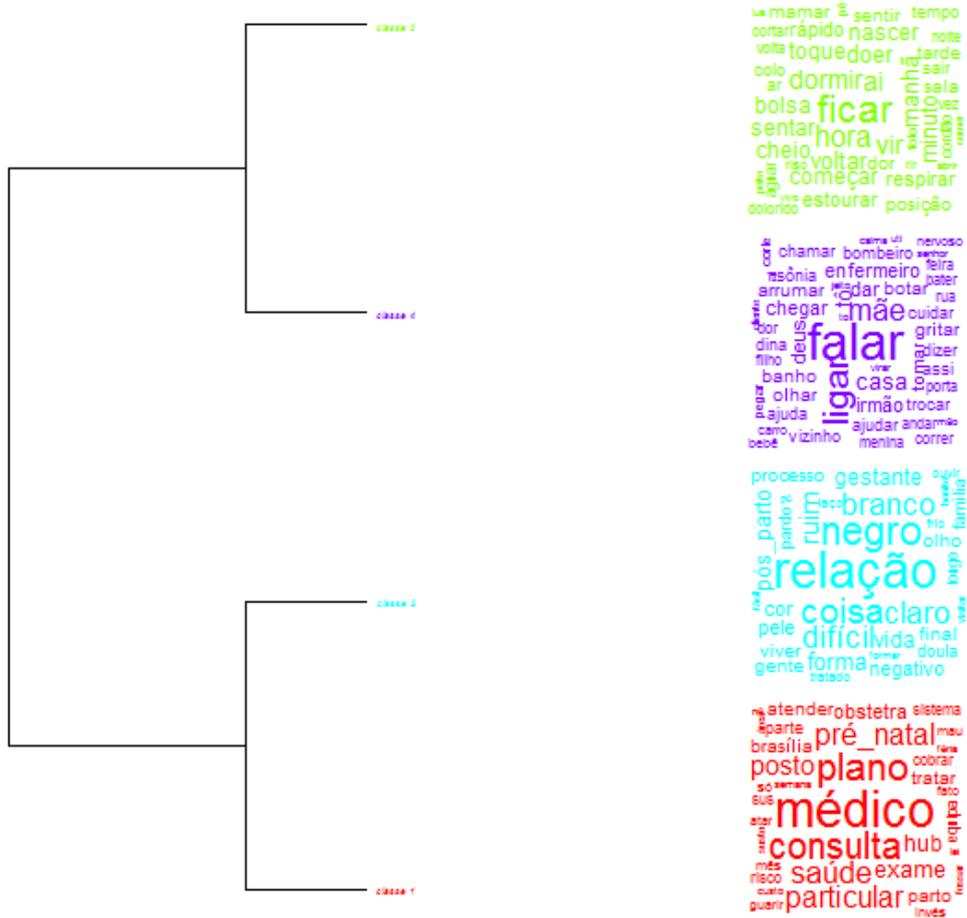


Figura 2. Representação gráfica das classes e nuvem de palavras referentes ao *corpus* das informantes negras.

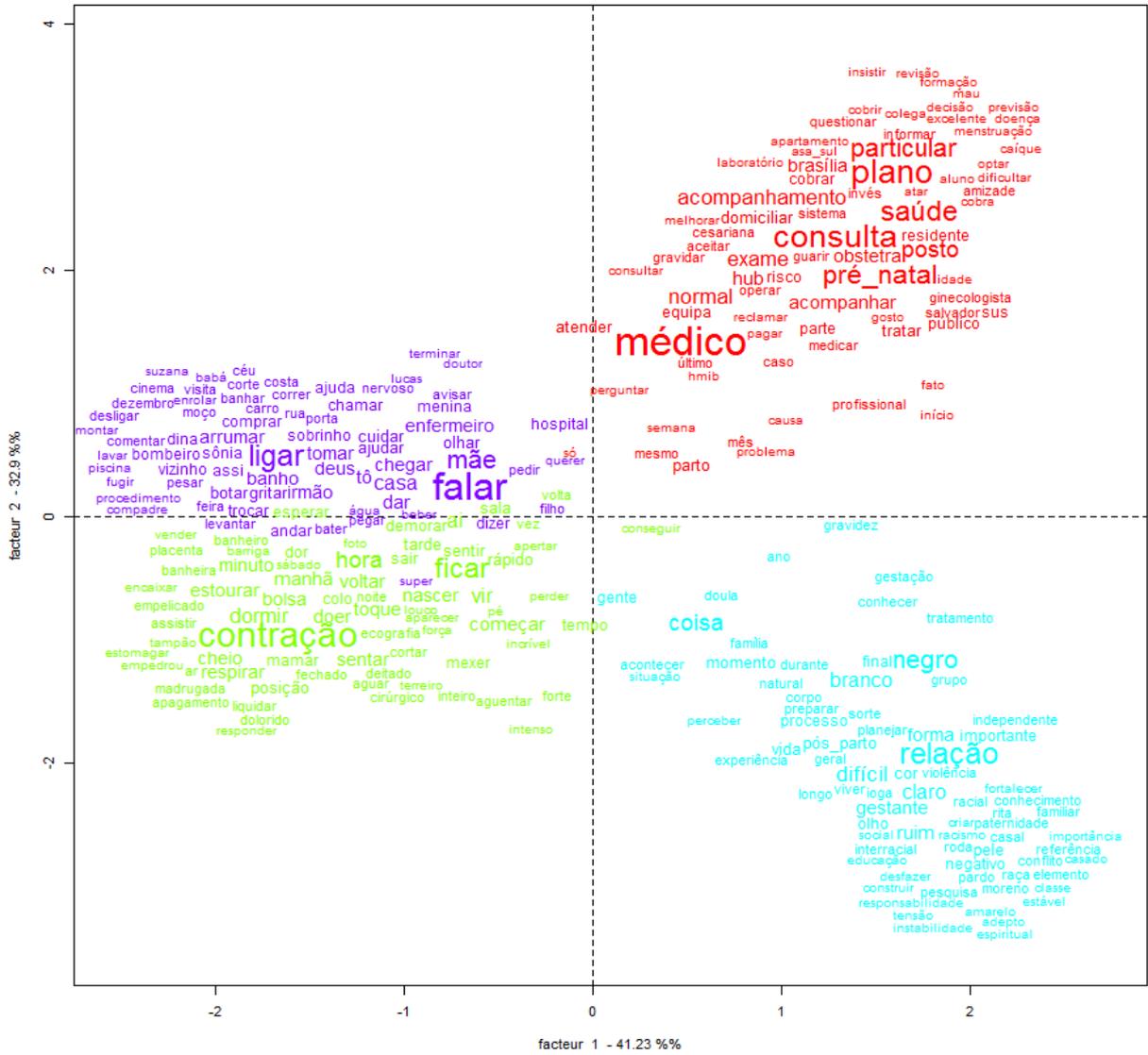


Figura 3. Classes de palavras referentes ao *corpus* das informantes negras e brancas na 1ª fase de análise: Campo comum.

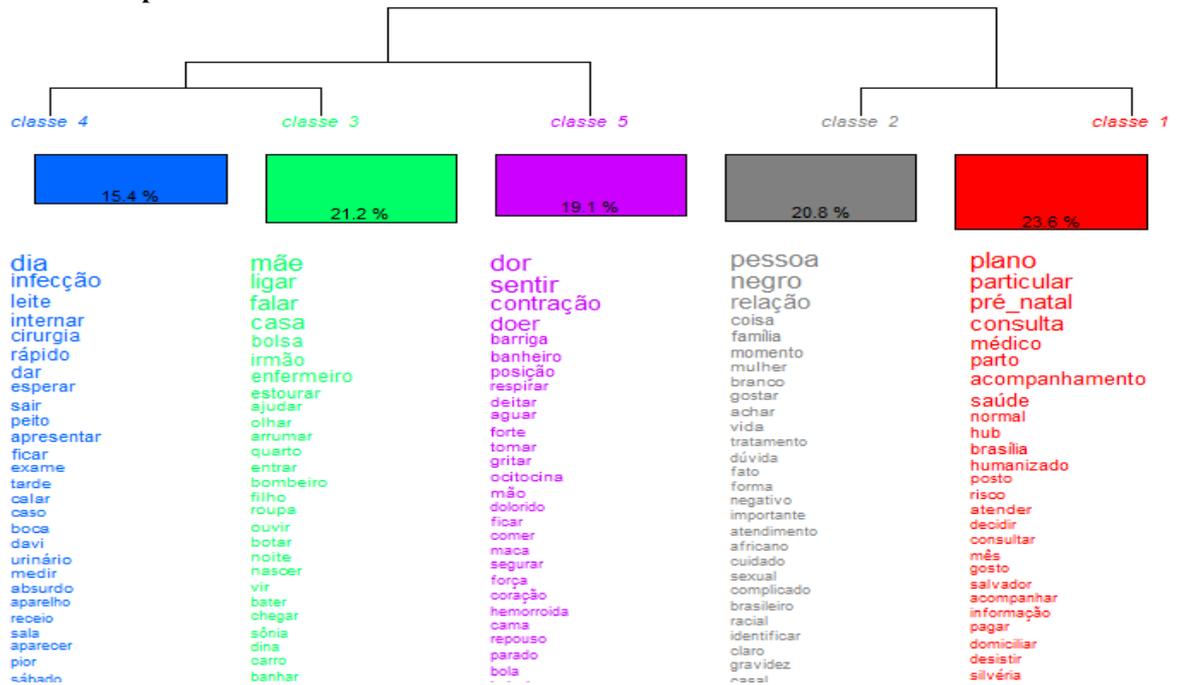


Figura 4. Classes de palavras referentes ao *corpus* das informantes negras: 2ª fase de análise.

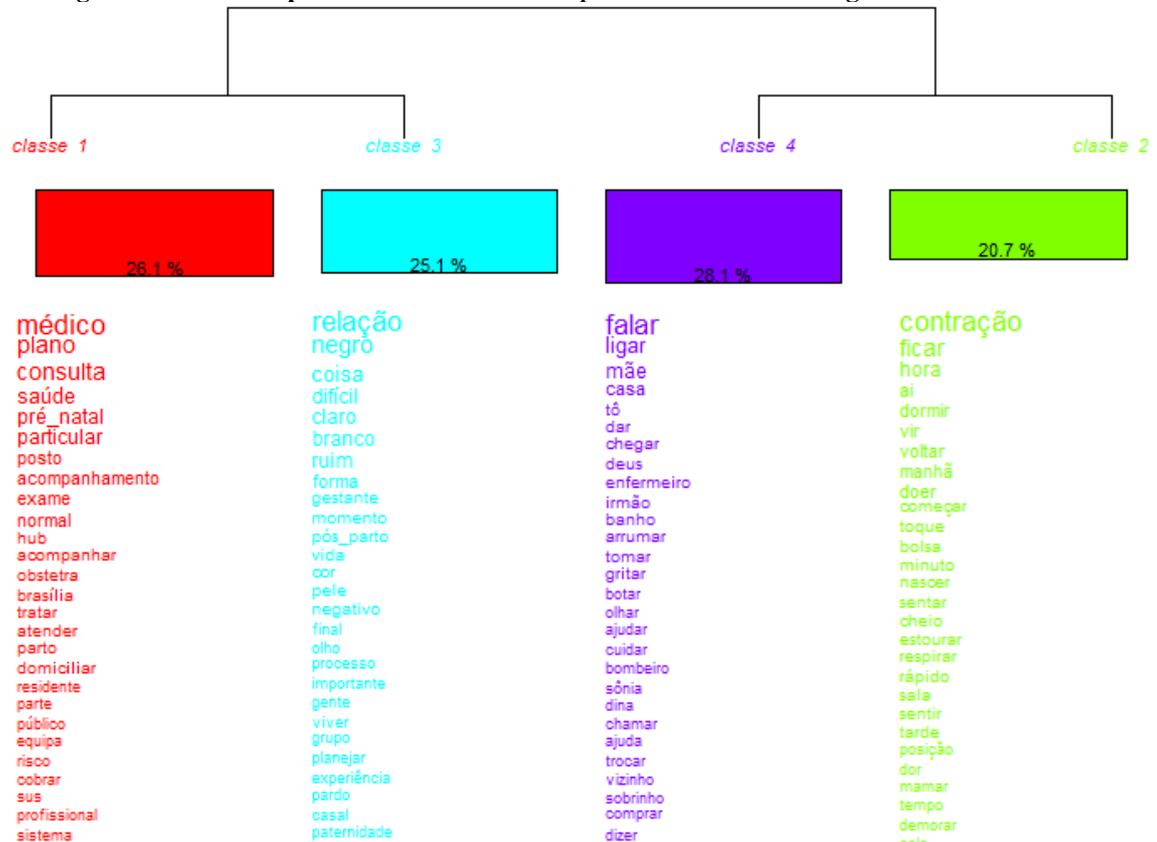


Figura 5. Classes de palavras referentes ao *corpus* das informantes brancas: 2ª fase de análise.

