



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS

JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA

**“VOCÊ NEM TÁ COM TANTA DOR ASSIM”: O RACISMO NA  
ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES NEGRAS DO  
DISTRITO FEDERAL**

Brasília – DF  
2022

JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA

**“VOCÊ NEM TÁ COM TANTA DOR ASSIM”: O RACISMO NA  
ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES NEGRAS DO  
DISTRITO FEDERAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Política Social.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Lucélia Luiz Pereira.

Brasília, 2022

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com  
os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

OO48? Oliveira, Juliana Ribeiro  
"VOCÊ NEM TÁ COM TANTA DOR ASSIM": O RACISMO NA ATENÇÃO À  
SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES NEGRAS DO DISTRITO FEDERAL /  
Juliana Ribeiro Oliveira; orientador Lucélia Luiz Pereira.  
- Brasília, 2022.  
126 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política Social) --  
Universidade de Brasília, 2022.

1. Racismo. 2. Mulher Negra. 3. Saúde Reprodutiva. I.  
Pereira, Lucélia Luiz, orient. II. Título.

JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA

“VOCÊ NEM TÁ COM TANTA DOR ASSIM”: O RACISMO NA ATENÇÃO À SAÚDE  
REPRODUTIVA DAS MULHERES NEGRAS DO DISTRITO FEDERAL

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Lucélia Luiz Pereira  
Orientadora – SER/UnB

---

Dra. Fernanda Lopes  
Membro Externo não vinculado ao Programa  
Fundo Baobá/Fundo para Equidade Racial

---

Profa. Dra. Antonia de Jesus Angulo Tuesta  
Membro Interno não vinculado ao Programa  
Faculdade de Ceilândia/UnB

---

Dr. Eduardo Gomor dos Santos  
Membro Suplente  
Escola Nacional de Administração Pública

Brasília, 25 de fevereiro de 2022.

*À minha mãe, por ser a minha maior  
incentivadora e a razão por eu buscar  
sempre o meu melhor.*

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Lucélia Luiz Pereira pelo tempo e dedicação destinados a me orientar nessa jornada. Sem sua orientação, compreensão e paciência, este trabalho não teria sido realizado.

Às professoras Fernanda Lopes e Daphne Rattner, pelos valiosos comentários oferecidos na qualificação do projeto que deram origem a esta dissertação e à professora Antônia Ângulo, que juntamente com a professora Fernanda Lopes aceitou compor a banca de defesa.

Ao amigo Eduardo Gomor, por acompanhar e apoiar minha jornada acadêmica desde antes da decisão de concorrer a uma vaga neste Programa até o momento da defesa, estando presente em todas as etapas.

Ao amigo Vandson e sua esposa Isteissi por me indicarem o caminho das pedras para que eu conseguisse o Aceite Institucional na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, sem o qual, essa pesquisa não poderia ter sido realizada.

Às amigas Carlinha, Roseli, Felícia, Cássia, Conceição, Ana Karina e Laiane pelas conversas, leituras, comentários e ombro amigo ofertados ao longo dessa jornada.

Aos amigos Nate, Hiury e Gabi, por fazerem parte do grupo “laí, bora formar?” e segurarem esse forninho comigo. Vocês foram essenciais!

Ao Thiago, por sempre me alertar dos riscos da procrastinação. Por me apoiar e compreender quando eu precisava me afastar para escrever, porque os prazos estavam sempre apertados!

Aos meus familiares pelo suporte e pelas palavras amigas de incentivo, em especial minha mãe e minha irmã.

A todos meus amigos que conviveram comigo nesses últimos anos, certamente vocês me ouviram desabafar sobre o Mestrado e me apoiaram de alguma forma.

Às gestantes e puérperas que aceitaram participar da pesquisa, pelo aprendizado e pela troca de experiência proporcionados.

Por fim, aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Política Social pela convivência e pelos valiosos debates, que foram muito importantes para o desenvolvimento desta pesquisa.

## RESUMO

O racismo se manifesta a partir da naturalização de hierarquias sociais produzidas por meio de estereótipos, preconceitos e discriminações, gerando formas diferenciadas de tratamento entre pessoas negras e brancas e que são refletidas nas instituições. Essa diferenciação ocorre, também, nos serviços de saúde e, no caso da atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras, pode manifestar-se por meio de violência e negligência nos atendimentos, e por vezes até insultos ou resistências no fornecimento do serviço. Nesse sentido, esta dissertação buscou analisar as percepções das gestantes e puérperas negras do Distrito Federal sobre os cuidados recebidos nos serviços de saúde durante o pré-natal, parto e puerpério, com o objetivo de apreender a influência que o racismo exerce na atenção à saúde reprodutiva dessas mulheres. Para a realização da pesquisa utilizou-se uma abordagem qualitativa com a realização de entrevistas semiestruturadas que, em razão da pandemia de COVID-19, foram realizadas de maneira virtual, com gestantes e puérperas negras atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal. Foram realizadas um total de 10 entrevistas, sendo 06 gestantes e 04 puérperas que estavam fazendo seu acompanhamento na UBS 02 do Fercal (Catingueiro) e UBS 02 da Estrutural. A partir dos relatos colhidos na pesquisa pode-se observar que o fato das mulheres entrevistadas estarem inseridas em um contexto de desvantagens socioeconômicas, tais como baixo rendimento, pouca escolaridade e moradia em regiões periféricas, faz com que as discriminações sofridas por essas mulheres se tornem parte de suas rotinas, de modo que, a maioria não percebe essa diferenciação de tratamento como uma manifestação do racismo, mas apenas uma manifestação de discriminações de classe. Ainda assim, foi possível observar, à luz dos relatos, a ocorrência de práticas racistas durante o pré-natal e o parto que geraram violência obstétrica nessas mulheres.

**Palavras-chave:** racismo; mulher negra; saúde reprodutiva

## **ABSTRACT**

Racism manifests itself from the naturalization of social hierarchies produced by stereotypes, prejudices and discriminations, creating different forms of treatment between black and white persons and are reflected in the institutions. This distinction can also happen in healthcare systems and, in the matter of reproductive health care of black women, can be manifested by violence and neglecting the consultations, and sometimes even insultations or resistance in providing the service. For that matter, this dissertation analyzed the perception of black pregnant and puerperal women in Federal District regarding medical health care during prenatal care, childbirth and puerperium, and sought to apprehend the influence that racism exercises over reproductive health care of black women. For the research, it has been used a qualitative approach with semi-structured interviews which, due the COVID-19 pandemic, were performed virtually, with black pregnant and puerperal women addressed in the Basic Health Unit (BHU) in Federal District. A total of 10 interviews were made, 06 of them were pregnant black women and 04 of them puerperal black women doing their health care consultations and follow-ups in the BHU 02 of Fercal (Catingueiro) and BHU 02 of Estrutural. From the interviews collected in the research it can be observed that the fact that the women interviewed are included in a context of economical disadvantage, such as low income, minimal education and remote regions which made the discriminations experienced by them become part of their routine, in such way, most of them does not realize these treatment variations as a manifestation of racism, but only a manifestation of class discrimination. Despite this, it can be observed that, by the reports, the occurrence of racist acts during prenatal care and birth that resulted in obstetric violence.

**Keywords:** racism; black woman; reproductive health



## LISTA DE QUADROS E TABELAS

<b>Quadro 1</b> - Temas centrais e subtemas identificados na entrevista semiestruturada .....	77
<b>Quadro 2</b> - Distribuição de UBS por Região Administrativa .....	83
<b>Quadro 3</b> - Ranking população negra por Região Administrativa, distribuídas por Região de Saúde.....	84
<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas das mulheres participantes da entrevista.....	78

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Regiões Administrativas por Renda .....	85
<b>Figura 2</b> - Localização das Unidades Básicas de Saúde visitadas.....	86

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AMNB</b>	Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CEP/CHS</b>	Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
<b>CIPD</b>	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
<b>CODEPLAN</b>	Companhia de Planejamento de Distrito Federal
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>HumanizaSUS</b>	Política Nacional de Humanização
<b>IAPs</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>ITDP</b>	Instituto de Políticas de Transporte e Desenvolvimento
<b>MMN</b>	Movimento de Mulheres Negras
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONGs</b>	Organizações não-governamentais
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência à Saúde da Mulher
<b>PDAD</b>	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
<b>PDPIS</b>	Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde
<b>PICS</b>	Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
<b>PNAD-C</b>	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio Contínuo
<b>PNAISM</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>PNI</b>	Plano Nacional de Imunização
<b>PNRHA</b>	Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
<b>PNSIPN</b>	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

<b>PPGPS</b>	Programa de Pós-Graduação em Política Social
<b>PSMI</b>	Programa de Saúde Materno-Infantil
<b>RA</b>	Região Administrativa
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UnB</b>	Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
Método e Procedimentos Metodológicos	17
<b>CAPÍTULO 1 – RACISMO E MULHERES NEGRAS</b>	<b>23</b>
1.1. Raça e Racismo	24
1.2. Preconceito, discriminação e racismo	30
1.3. Gênero e interseccionalidades	35
1.4. Mulheres negras e Interseccionalidades de gênero e raça	40
<b>CAPÍTULO 2 – POLÍTICA DE SAÚDE: AVANÇOS E LIMITAÇÕES</b>	<b>44</b>
2.1. Políticas de Saúde: da exclusão à universalização	48
2.2. A integralidade da Saúde da Mulher	55
2.3. A influência do racismo e do sexismo na saúde das mulheres negras	62
2.4. Violência obstétrica e a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos	68
<b>CAPÍTULO 3 – ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA E RACISMO: PERCEPÇÃO DE MULHERES NEGRAS DO DISTRITO FEDERAL</b>	<b>75</b>
3.1. O perfil das mulheres entrevistadas	78
3.2. A escolha do espaço institucional	82
3.3. Percepções das mulheres negras sobre acesso, acolhimento e acompanhamento no pré-natal	87
3.4. Percepções quanto à atenção ao parto e pós-parto	97
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>103</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL CEP/CHS</b>	<b>123</b>

## INTRODUÇÃO

*“Ao reivindicar nossa diferença enquanto mulheres negras, enquanto amefricanas, sabemos bem o quanto trazemos em nós as marcas da exploração econômica e da subordinação racial e sexual” (Lélia Gonzalez).*

Esta dissertação de mestrado, inscrita na linha de pesquisa “Exploração e Opressão de Sexo/Gênero, Raça/Etnia e Sexualidades”, do Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS da Universidade de Brasília - UnB tem como objeto de pesquisa apreender a percepção das gestantes e puérperas negras do Distrito Federal sobre o racismo na atenção à saúde reprodutiva.

O racismo no Brasil está enraizado em todos os âmbitos de vida da população a despeito da crença de sua ausência na sociedade brasileira. Essa crença fundamenta diversas posições contrárias à inclusão de políticas voltadas ao enfrentamento das iniquidades raciais com a justificativa de que, com isso, estariam assumindo que o racismo existe no Brasil. No entanto, não restam dúvidas de que a população negra apresenta desvantagens em praticamente todos os indicadores sociais, o que os caracteriza como um público vulnerável.

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia do Covid-19 e foi especialmente danoso para os grupos populacionais historicamente negligenciados, como é o caso da população negra. A primeira vítima fatal acometida por essa doença foi uma mulher negra, trabalhadora doméstica, idosa e com uma série de comorbidades, como diabetes e hipertensão. Apesar do baixo registro do quesito raça/cor nos sistemas de saúde, em maio de 2020, os dados já mostravam que, dos pacientes hospitalizados como Covid-19 em estado grave, 55% dos pacientes negros morreram em comparação com 34% dos pacientes brancos (ARAÚJO e CALDWELL, 2021).

A mortalidade de gestantes e puérperas negras em decorrência do Covid-19 é um dado que também preocupa, de acordo com a pesquisa realizada pela ONG Criola<sup>1</sup>, publicada em maio de 2021, desde o início da pandemia foram registrados 1.114 óbitos entre gestantes e puérperas em todo o Brasil, desse total, as mortes entre

---

<sup>1</sup> Disponível em: <https://criola.org.br/no-mes-de-luta-pela-saude-da-mulher-criola-alerta-sobre-o-aumento-da-mortalidade-materna-em-todo-o-pais-agravada-pela-covid-19/>

as negras é 77% maior que a das brancas, mostrando-se um grupo ainda mais vulnerável às mortes e complicações dessa doença.

Esses dados apontam para a existência de um racismo estrutural historicamente observado na sociedade brasileira. A naturalização de critérios racistas como determinação de hierarquias sociais reflete nas instituições, dando origem ao chamado racismo institucional, que, no caso da atenção à saúde das mulheres negras, é um fator determinante dado que a desigualdade no atendimento motivada pela cor da paciente, manifesta-se por meio da negligência nos atendimentos, e por vezes até insultos ou resistências no fornecimento do serviço.

Alguns dos exemplos de práticas racistas que podem afetar a saúde das mulheres negras, especificamente no tocante a sua saúde sexual e reprodutiva, pode-se citar a tentativa de formalizar práticas eugenistas no Brasil durante quase vinte anos, entre as décadas de 1960 e 1980, em que eram difundidas políticas de esterilização dessas mulheres, promovendo abertamente uma seletividade de quem deveria se reproduzir ou não (GOMOR DOS SANTOS, 2018).

O racismo, bem como sua influência na distribuição dos recursos, pode ser considerado como um dos elementos estruturantes das desigualdades sociais no Brasil. Para Silva (2013, p. 13) “a persistência da diferenciação racial no acesso a serviços públicos, na aquisição de capacidades e na posição social desvela as consequências da atuação sistemática de mecanismos de produção e reprodução das desigualdades em vários campos da vida social”. Ainda segundo Silva (2013), a magnitude dessa diferenciação racial se mostra por meio de evidência estatística, uma vez que, notadamente, a população negra apresenta os piores resultados em praticamente todos os indicadores sociais, mostrando sua situação de vulnerabilidade. Para Jaccoud (2008), a estrutura hierárquica, classista e racista que se moldou no período colonial determinou um lugar subordinado para a população negra.

Fernanda Lopes (2005, p.76) expõe que as mulheres negras “têm menos acesso à educação, possuem status social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos”. Assim, a autora ressalta a importância de se respeitar as diferenças e aprender com elas com o intuito de melhor atender os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, principalmente, quando, devido às múltiplas exclusões, as mulheres negras tornam-se o principal público desse Sistema.

O estereótipo racista que determina que as mulheres negras são “fortes” e “mais resistentes à dor” compromete a saúde dessas mulheres, acarretando casos de violência obstétrica e altos índices de mortalidade materna. Carvalho (2012) aponta que o período gestacional das mulheres negras é frequentemente negligenciado, a maioria dos médicos sequer examinam atentamente as queixas da gestante, negligenciando-as e transformando-as em mais estatísticas de causas de mortes maternas. Adicionalmente, fatores como menor acesso à assistência obstétrica durante o pré-natal, o parto ou o puerpério e à atenção ginecológica também colocam as mulheres negras em situação de desvantagem. Carvalho (2012) relata, ainda, que a ausência de informações sobre a variável cor na maioria dos sistemas de informação da área da saúde dificulta uma análise mais consistente sobre o estado de saúde da população negra.

Diante disso, o **objetivo principal** desta pesquisa foi analisar a percepção das gestantes e puérperas negras do Distrito Federal sobre os cuidados recebidos nos serviços de saúde durante o pré-natal, parto e puerpério, buscando apreender a influência que o racismo exerce na atenção à saúde reprodutiva dessas mulheres. Associado a esse objetivo principal, tem-se os seguintes **objetivos específicos**: (i) revisar o debate teórico acerca do racismo como determinante social de saúde; (ii) identificar perspectivas críticas sobre o racismo e a influência na ocorrência de violência obstétrica; e (iii) descrever e analisar a percepção das mulheres negras entrevistadas acerca dos cuidados na gestação, no parto e no pós-parto.

Esta pesquisa parte da premissa básica de que o racismo é um determinante social de saúde e exerce influência negativa na maneira com a qual as mulheres pretas e pardas são atendidas, desde o acompanhamento do pré-natal até o pós-parto, sendo responsável, em grande parte, pelo alto índice de violência obstétrica e mortalidade materna observados entre essas mulheres negras.

Além disso, tendo a consciência de que o Estado brasileiro também pode se constituir como um agente que, além de reproduzir, pode criar formas de desigualdades sociais originárias das discriminações raciais, esta pesquisa busca alcançar uma importância estratégica no que diz respeito à melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres negras, bem como para o reconhecimento do racismo nas práticas de atenção à saúde no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, na medida em que pretende-se realizar reuniões com a devolutiva



dos resultados alcançados tanto com profissionais da gestão do serviço quanto com as usuárias do sistema que se dispuseram a contribuir com esta pesquisa.

Assim, tendo esses objetivos em vista, esta dissertação foi estruturada em três capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo intitulado “Racismo e Mulher Negra” é composto por quatro seções. A primeira visa analisar as relações dialéticas do racismo, partindo da discussão da origem dos conceitos de raça e racismo. A segunda seção aborda de maneira mais qualificada as diferenciações entre racismo, preconceito e discriminação. As duas seções seguintes fazem uma análise, sob uma perspectiva de totalidade, o intercruzamento do racismo e do patriarcado como construções históricas de explorações materiais e de opressão e exploração, de modo a tornar-se estruturantes na vida social das mulheres negras.

O capítulo 2, sob o título “Política de Saúde: Avanços e Limitações” foi estruturado em quatro seções e aborda de uma maneira sequenciada desde o histórico de formação da política de saúde pública no Brasil, partindo para a conformação histórica da política de saúde da mulher. Em seguida são explorados os efeitos da interseccionalidade entre racismo e sexismo sobre a saúde das mulheres negras, finalizando com a conceituação de violência obstétrica e a luta das mulheres pela garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Já o capítulo 3 “Atenção à Saúde Reprodutiva e Racismo: Percepção de mulheres negras do Distrito Federal” faz uma análise acerca dos principais resultados apresentados, a partir da realização de entrevistas semiestruturadas, da pesquisa realizada com gestantes e puérperas negras atendidas nas Unidades Básicas de Saúde - UBS do Distrito Federal, abordando aspectos tanto do acesso e acompanhamento pré-natal quanto os procedimentos realizados no parto e pós parto dessas mulheres.

### **Método e Procedimentos Metodológicos**

A metodologia, de acordo com Minayo (2018, p. 14), é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Patricia Hills Collins (2000, p. 252) afirma que metodologia “refere-se aos princípios gerais de como conduzir pesquisa e como os paradigmas interpretativos devem ser aplicados”. Desse modo, a metodologia consiste no método de abordagem a ser seguido e os procedimentos adotados a fim de viabilizarem toda a pesquisa.

Antonio Gil (2008, p.9) aponta que

Métodos são desenvolvidos a partir de elevado grau de abstração, que possibilitam ao pesquisador decidir acerca do alcance de sua investigação, das regras de explicação dos fatos e da validade de suas generalizações.

Diante disso, o método escolhido para a realização desta pesquisa foi o materialismo histórico-dialético, proposto por Marx e que posteriormente foi discutido e sistematizado por diversos outros pensadores marxistas, tais como José Paulo Netto e Paul Sweezy.

A escolha desse método se deu por entender que ele é capaz de contribuir para a apreensão das relações sociais em sua totalidade, considerando a historicidade dos processos sociais, uma vez que o racismo não se resume a um problema a ser combatido de forma individualizada, mas sim, configura-se como um problema de ordem estrutural e que pode ser definido como uma realidade material, fazendo-se necessária a realização de um resgate histórico que viabilize uma melhor interpretação sobre a sua origem.

Netto (2011, p. 22) resume o método marxiano como “o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto”. Em outras palavras, significa utilizar o método para captar a essência do objeto de pesquisa a partir de sua estrutura e dinâmica, reproduzindo no plano ideal a essência do objeto estudado. Assim, Marx determina que “não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o ser social que, inversamente, determina a sua consciência” (MARX, 2003, p.5).

Minayo (2018, p. 24) afirma que esse método se propõe a realizar uma abordagem dialética composta pela junção da análise dos “contextos históricos, as determinações socioeconômicas das situações de vida, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais”. Gil (2008, p. 13) acrescenta que o materialismo dialético pode ser entendido como um método de interpretação da realidade fundamentado na unicidade dos opostos, em que “todos os objetos e fenômenos apresentam aspectos contraditórios, que são organicamente unidos e constituem a indissolúvel unidade dos opostos”.

Assim, a perspectiva dialética fornece, portanto,

As bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas,

econômicas, culturais etc. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma (GIL, 2008, p. 14).

Sweezy (1976) expõe que o processo de transformação social não é um ato “puramente mecânico, e sim antes produto da atividade humana, mas atividade limitada pelo gênero de sociedade onde tem suas raízes” (SWEEZY, 1976, p.49). No entanto, o autor ressalta que “os grandes acontecimentos históricos, porém, geralmente estão ligados a um sistema social como um todo” (SWEEZY, 1976, p.50).

Nessa linha, Biondi (2015, p. 12) analisa que

Em seu funcionamento, a ideologia racista traduz a vida material de modo reverso, de ponta-cabeça: o que é histórico aparece como natural, o que rebaixa aparece como prestígio, o que segrega aparece como inclusão: é assim que se atribui ao negro uma predisposição a trabalhos manuais penosos; é assim que a “mulata”, em sua coisificação no carnaval, é celebrada como musa; é assim que a incorporação do negro nos porões da sociedade soa como democracia racial.

Por ser um problema de ordem estrutural entende-se que as opressões de origem racial fazem parte de uma totalidade concreta que se compõe da conjugação de totalidades de menor complexidade relacionadas entre si, rodeadas de contradições e com caráter dinâmico. Desse modo, Lucena (2010, p. 31) explica que a totalidade, na visão marxiana,

Diferencia-se da visão do todo sistêmico, em termos de sua estrutura, uma vez que não é vista como composta por partes interdependentes e com funções articuladas; ao contrário, a totalidade contém outras totalidades complexas, com especificidades e dinâmicas próprias, articuladas e em permanente movimento.

O cerne do método de estudo de Marx consiste, portanto, na apreensão das relações complexas que compõem a totalidade concreta. Assim,

A dialética nega que possam existir, em qualquer parte do real, relações de causa e efeito puramente unívocas: ela reconhece até mesmo nos dados mais elementares da realidade, complexas interações de causas e efeitos (LUKÁCS, 2011, p. 90).

Observa-se, portanto, que ao analisar o objeto em estudo sob o ponto de vista da totalidade, é preciso considerar a “realidade no seu conjunto sem suprimir as suas contradições, sem retificar as suas sinuosidades e sem desconsiderar o seu caráter dinâmico e relacional” (Pereira-Pereira, 2011, p.8).

A saúde, a partir da concepção materialista histórica dialética, pode ser considerada como um processo socialmente determinado uma vez que as condições sociais são passíveis de gerar implicações no processo de adoecimento. Sweezy

(1976, p. 50) explica que “a ação humana é em si responsável pelas modificações que o sistema está sofrendo e sofrerá”. Com isso, pode-se deduzir que a dinâmica social à qual as mulheres negras estão inseridas é capaz de determinar as condições de sua saúde, configurando-se uma relação de causa e efeito entre a dinâmica social e o processo saúde-adoecimento.

A escolha por este método baseou-se, portanto, na premissa de que para analisar a maneira com a qual as mulheres negras percebem a existência ou não do racismo ao serem atendidas nos serviços de saúde é necessário partir da perspectiva de que esse fenômeno não se encontra restrito a um ou outro aspecto da sociedade, mas sim surge imbricado em todas as esferas da vida.

A partir do método proposto, esta dissertação realizou uma pesquisa qualitativa que, segundo Gerhardt e Silveira (2009, p. 32) caracteriza-se com a preocupação “com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais”. Minayo (2018, p. 20-21) afirma que

Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas também por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

Quanto aos procedimentos metodológicos, esta pesquisa realizou um levantamento bibliográfico com o intuito de fundamentar o debate teórico acerca do tema, utilizando, para tanto, bases de dados de literatura especializada, a partir de palavras-chave como: racismo; mulher negra; saúde sexual e reprodutiva; e violência obstétrica.

Dando prosseguimento ao alcance dos objetivos propostos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Apêndice A) com 10 mulheres negras (pardas e pretas) atendidas nas Unidades Básicas de Saúde - UBS do Distrito Federal, com o intuito de apreender a percepção dessas mulheres no que diz respeito ao tratamento a elas empregado, buscando observar a existência do racismo na rotina de seus atendimentos.

A escolha por esse formato de entrevista se deu pelo fato de possibilitar a elaboração de um roteiro predefinido, com questões fechadas e abertas, porém com

a liberdade de permitir que a entrevistada discorra sobre o tema sem se prender à pergunta elaborada, possibilitando, inclusive, a mudança na ordem das perguntas ou acrescentando novas questões, como explica Minayo (2018).

Optou-se por selecionar as mulheres atendidas nas UBS pelo fato dessas unidades serem parte da estrutura da Atenção Primária à Saúde - APS do Sistema Único de Saúde - SUS e consideradas como a “porta de entrada” aos serviços públicos de saúde. Existem, atualmente no Distrito Federal um total de 176 UBS em funcionamento distribuídas em sete regiões de saúde.

Na busca de uma maior abrangência, pretendia-se selecionar uma UBS dentro de cada região, observando o percentual de população negra dentro de cada Região Administrativa – RA e ranqueando-as de acordo com esse percentual, da RA com o maior valor para a de menor. No entanto, em razão da pandemia de Covid-19, houve a necessidade de ajustar a metodologia inicialmente prevista em razão do quadro de vulnerabilidade do público alvo da entrevista, bem como visando resguardar a saúde da pesquisadora, de modo que foi reduzida a abrangência da pesquisa para apenas duas Regiões de Saúde. Houve a necessidade, também, de adaptar a realização das entrevistas para uma modalidade virtual, como ligações telefônicas ou videochamadas.

A partir da seleção das Unidades Básicas de Saúde que seriam visitadas, houve a necessidade de delinear o público-alvo desta pesquisa. Assim, foram abordadas mulheres autodeclaradas negras<sup>2</sup> em idade reprodutiva<sup>3</sup>, a partir de dezoito anos completos, gestantes ou em estágio puerperal<sup>4</sup>. É importante esclarecer que, embora o parto seja realizado em ambiente hospitalar, a UBS foi o espaço institucional escolhido para selecionar e fazer contato com as mulheres elegíveis a participar da pesquisa e, em razão de buscar apreender aspectos referentes à saúde reprodutiva, a entrevista englobou experiências acerca do pré-natal, do parto e do puerpério.

---

<sup>2</sup> Seguindo os critérios impostos pelo IBGE, são consideradas negras as pessoas autodeclaradas pretas ou pardas.

<sup>3</sup> O Ministério da Saúde considera que a idade reprodutiva feminina se refere à faixa entre 10 e 49 anos de idade. *Fonte:* Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.2004.

<sup>4</sup> Estágio puerperal, de acordo com o Ministério da Saúde, é a fase que se inicia no pós-parto imediato até o 42º dia pós-parto.

Todas as participantes da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), sendo informadas dos cuidados éticos para a condução da pesquisa e do seu objetivo principal. Além disso, as mulheres que aceitaram participar das entrevistas semiestruturadas foram informadas que seria feito o registro em equipamento de áudio e que suas identidades seriam mantidas em sigilo.

Após a etapa de realização das entrevistas, a pesquisadora deu início à fase de análise de conteúdo que, segundo Sampaio e Lycarião (2021, p. 6)

Análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa científica baseada em procedimentos sistemáticos, intersubjetivamente validados e públicos para criar inferências válidas sobre determinados conteúdos verbais, visuais ou escritos, buscando descrever, quantificar ou interpretar certo fenômeno em termos de seus significados, intenções, consequências ou contextos.

Essa análise foi estruturada nos moldes propostos por Bardin (2016), o qual orienta que as informações sejam agrupadas e organizadas em temas e subtemas, e sugere que as diferentes fases da análise sejam organizadas em três momentos: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados.

É importante ressaltar, ainda, que, por envolver entrevista relacionada à saúde, e visando garantir a integridade e dignidade, bem como a defesa dos interesses das participantes ao longo da pesquisa, seguindo os padrões éticos contidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) por meio da Plataforma Brasil, obtendo Parecer favorável para sua continuidade no dia 25 de junho de 2020.

## CAPÍTULO 1 – RACISMO E MULHERES NEGRAS

*“O ponto de partida de qualquer exploração na vida das mulheres negras na escravidão seria uma avaliação de seu papel enquanto trabalhadora” (Angela Davis – Mulheres, raça e classe)*

Em busca da compreensão sobre a maneira com que o racismo pode influenciar a saúde reprodutiva das mulheres negras, este capítulo tem o intuito de realizar uma análise crítica, com base nas estruturas que compõem a totalidade das relações sociais, com ênfase na exploração material que essas mulheres vêm sofrendo ao longo do tempo e que produz as desigualdades que vivenciam.

Assim, optou-se por realizar, inicialmente, uma discussão do contexto histórico de raça e racismo, bem como a maneira como se estruturou na conformação da sociedade brasileira. Ana Paula Procópio Silva (2017, p. 30) afirma que pensar o racismo como sendo estrutural significa considerá-lo parte do fundamento das sociedades ocidentais contemporâneas e “não se trata, portanto, de uma anomalia no interior de um sistema, mas de um modo próprio de funcionamento”.

Em seguida, buscou-se realizar uma análise mais qualificada das especificidades e diferenciações entre racismo, preconceito e discriminação, bem como uma qualificação do racismo estrutural e institucional. Silvio Almeida (2019, p. 71) esclarece que

O racismo é, no fim das contas, um sistema de racionalidade, como nos ensina o mestre Kabengele Munanga ao afirmar que o preconceito não é um problema de ignorância, mas de algo que tem sua racionalidade embutida na própria ideologia.

Sueli Carneiro (2015, p. 120) afirma que o racismo é oriundo do colonialismo e da escravidão e a persistência dessa prática discriminatória possui um caráter determinante na exclusão social dos afro-latino-americanos, bem como as “múltiplas formas de opressão que a conjugação de racismo e sexismo produz nas mulheres afrodescendentes”. A partir dessa conjugação, este capítulo buscou abordar também o debate teórico acerca da interseccionalidade das relações patriarcais de gênero que, associadas às relações sociais de raça e classe, correspondem a uma perspectiva crítica e materialista.

Assim, de acordo com Silva (2017, p. 32)

Raça e divisão do trabalho estruturalmente associadas passaram a reforçar-se mútua e dinamicamente, ao mesmo tempo em que também se articularam

com a opressão ao gênero feminino. E ainda que raça, divisão do trabalho e gênero não dependam entre si para existir ou transformar-se, mesmo assim impôs-se em nível global uma sistemática divisão racial e de gênero do trabalho que persiste e se reatualiza no mundo contemporâneo.

A partir do método materialista histórico-dialético toda ideologia parte de uma base material, sendo problematizada sob uma perspectiva de totalidade, podendo afirmar que tanto o racismo como o patriarcado foram historicamente construídos e decorrem de explorações materiais de opressão e exploração, tornando-se estruturantes na vida social das pessoas que compõem esses eixos de diversidade.

### **1.1. Raça e Racismo**

O racismo brasileiro se origina a partir de uma série de processos históricos e se organiza como elemento estruturante das desigualdades sociais existentes até hoje. Entre os processos históricos, Antônio Guimarães (2009, p. 51) destaca, principalmente, “o processo de formação da nação brasileira e seu desdobramento atual” e o “intercruzamento discursivo e ideológico da ideia de raça com outros conceitos de hierarquia como classe, status e gênero”.

No que diz respeito ao processo de formação da nação brasileira, o racismo está associado ao período colonial e à escravidão, de modo que Clóvis Moura (1994) afirma que é uma ideologia de dominação deliberadamente criada para justificar a expansão das nações dominadoras sobre àquelas a serem dominadas, servindo como arma de combate, sob a justificativa de que áreas consideradas menos evoluídas seriam beneficiadas pela ocupação de seus territórios. O racismo, segundo Moura (1994) possuía, portanto, além de um conteúdo de dominação étnico, um conteúdo ideológico e político.

Assim, o racismo no Brasil, como estrutura material e ideológica de dominação, associa-se à escravidão e tem como um de seus eixos fundamentais a classificação social da população a partir da noção de raça (Quijano, 2005). Para Quijano, foi uma maneira de legitimar as relações de dominações impostas pelo colonialismo, convertendo, assim, a ideia de raça como um critério para distribuir as pessoas em níveis, lugares e papéis distintos na estrutura de poder social.

No que diz respeito à teoria da colonialidade proposta por Quijano, María Lugones (2020) alerta que, para além de raça, é importante abordar também gênero como determinante, caracterizando-o como colonial/moderno, de modo a proporcionar uma análise “tanto de maneira geral como em sua concretude específica



e vivida, permitindo ver a imposição colonial em sua real profundidade e nos permitindo estender e aprofundar historicamente seu alcance destrutivo” (LUGONES, 2020, p. 6).

Nesse sentido, para estudar o racismo, faz-se fundamental adentrar na discussão acerca de raça e entender que esse termo assumiu diversos significados a partir de contextos históricos diferentes. Kabengele Munanga (2003) expõe que esse termo possui campo semântico e dimensão temporal especial e faz um relato histórico sobre a sua utilização no tempo desde o latim medieval, em que o seu conceito era utilizado para designar descendência ou linhagem. Em seguida, relata que nos séculos XVI e XVII, passou a ser utilizado efetivamente nas relações de classe, em especial, na França. A partir do século XVIII, a cor da pele passou a ser considerada como o principal critério para a determinação das chamadas raças, no entanto, para o autor, desde o início, o conceito de raça foi utilizado para hierarquizar e estabelecer uma escala de valores, relacionando aspectos biológicos com qualidades psicológicas, morais, intelectuais e culturais.

Nessa linha, Almeida (2019, p. 24) explica que a utilização de raça como “referência a distintas categorias de seres humanos é um fenômeno da modernidade que remonta a meados do século XVI” e reforça que seu sentido está diretamente ligado às circunstâncias históricas em que ele é utilizado. Para ele, por trás desse conceito há sempre uma relação de contingência, conflito, poder e decisão, de modo que “a história da raça ou das raças é a história da constituição política e econômica das sociedades contemporâneas” (2019, pp. 24 -25).

Quijano (2005, p. 117) reforça, ainda, que “a ideia de raça, em seu sentido moderno, não tem história conhecida antes da América”, tendo se originado a partir das diferenças fenotípicas entre conquistadores e conquistados. É possível, portanto, relacionar a ideia moderna de raça e, por conseguinte, o racismo, às buscas de novos territórios e rotas comerciais proporcionadas pelos grandes fluxos marítimos europeus do século XV.

A descoberta do novo mundo e a expansão econômica mercantilista, de acordo com Almeida (2019), formaram uma base material para a construção do homem branco europeu como o homem universal, transformando todos os demais povos e culturas como variações menos evoluídas desse modelo universal. Assim, para o autor, “foi esse movimento de levar a civilização para onde ela não existia que

redundou em um processo de destruição e morte, de espoliação e aviltamento, feito em nome da razão e a que se denominou colonialismo." (ALMEIDA, 2019, p. 27). Moura (1994) acrescenta que o racismo, nos moldes como é entendido modernamente, surgiu com o capitalismo, travestindo-se de argumentos científicos para justificar a dominação de um povo por outro, sendo considerado, numa escala global, como uma ideologia de dominação do imperialismo, e, em uma escala mais local, é uma ideologia de dominação de classes.

A suposta diferença na estrutura biológica existente entre conquistadores e conquistados pautava as discussões acerca da situação natural de inferioridade de uns em relação a outros e constituía o principal elemento das relações de dominação que o colonialismo exigia (QUIJANO, 2005). Desse modo, Sueli Carneiro (2015) afirma que uma das heranças da escravidão no Brasil foi o advento do racismo científico, em meados do século XIX, que estabelecia uma suposta cientificidade para a divisão e hierarquia entre as raças. Esse racismo pautava-se a partir de determinismos biológicos e geográficos, em que, características como a cor da pele ou o clima tropical seriam capazes de determinar aspectos comportamentais e de inteligência (ALMEIDA, 2019).

Carneiro (2015) expõe, ainda, que a concepção de que uns são mais ou menos humanos que outros leva à naturalização da desigualdade de direitos presente entre brancos e negros que se materializa, por exemplo, nas disparidades observadas nos valores do Índice de Desenvolvimento Humano - IDH para cada segmento da população brasileira. Notadamente, a população negra encontra-se entre os piores resultados de todos os indicadores sociais pesquisados no Brasil.

No entanto, a definição de raça baseada na tese de diferenças biológicas e/ou ambientais não se sustenta, devendo ser considerada a sua expressão social, dado que "a partir da cor da pele, do formato do rosto e outras características fenotípicas, a sociedade tende a determinar as características psicológicas e de caráter para grupos particulares: nesse caso, a população negra em geral" (GOMOR DOS SANTOS, 2017, p. 146).

Assim, Munanga (2003, p. 6) destaca que

O conceito de raça tal como o empregamos hoje, nada tem de biológico. É um conceito carregado de ideologia, pois como todas as ideologias, ele esconde uma coisa não proclamada: a relação de poder e de dominação. A raça, sempre apresentada como categoria biológica, isto é, natural, é de fato

uma categoria etno-semântica. De outro modo, o campo semântico do conceito de raça é determinado pela estrutura global da sociedade e pelas relações de poder que a governam. Os conceitos de negro, branco e mestiço não significam a mesma coisa nos Estados Unidos, no Brasil, na África do Sul, na Inglaterra, etc. Por isso que o conteúdo dessas palavras é etno-semântico, político-ideológico e não biológico.

No século XIX, portanto, em que se consolida o racismo biológico-social, pautado na ideia de que existe uma raça física, moral, intelectual e esteticamente superior, sendo a detentora de um poder sobre verdades, normas, e demais raças que pudessem vir a constituir um perigo ao patrimônio biológico. A partir dessa ideia, os Estados-Nações fomentaram discursos de luta de raças como princípio de segregação, eliminação e normalização da sociedade (SCHUCMAN, 2010).

Fernanda Lopes (2005, p. 1596) reforça a ideia de raça como um elemento sócio histórico quando afirma que

Ao demarcar os espaços sociais com base na aparência e na cor da pele, as sociedades latino-americanas, e a brasileira em particular, resgatam a natureza sócio histórica do conceito de raça e capturam seu potencial de identificar diferentes sentidos e significados no acesso ao poder, no acesso ao repertório de direitos efetivamente disponíveis e ao conjunto de recursos socialmente desejáveis. Nesse sentido, o racismo enquanto fenômeno ideológico submete todos sem distinção; revitaliza e mantém sua dinâmica com a evolução da sociedade, das conjunturas históricas e dos interesses dos grupos dominantes.

No Brasil, o racismo se estruturou como discurso, principalmente após a abolição da escravidão, e se desenvolveu, segundo Guimarães (1999), de um modo bastante específico, a partir de mecanismos de empobrecimento, e travestido de discriminação de classe, apresentando-se, principalmente, nas práticas sociais e nos discursos. A partir do momento que o Brasil definiu historicamente o seu povo, passou-se a adotar o discurso de que era “uma civilização híbrida, miscigenada, não apenas europeia, mas produto do cruzamento entre brancos, negros e índios” (GUIMARÃES, 2002, p. 117).

É possível afirmar, portanto que raça pode ser considerado como um conceito moderno, utilizado para justificar a existência do racismo de modo que

Raça é não apenas uma categoria política necessária para organizar a resistência ao racismo no Brasil, mas é também categoria analítica indispensável: a única que revela que as discriminações e desigualdades que a noção de cor enseja são efetivamente raciais e não apenas de classe. (GUIMARÃES, 2002, p. 50)

Guimarães (2009, p. 52) afirma que a nacionalidade brasileira foi moldada para seguir uma “conformidade cultural em termos de religião, raça, etnicidade e língua”. O racismo brasileiro apresentava-se, então, como uma adaptação do racismo científico,

configurando-se por uma “negação absoluta das diferenças”. Os primeiros trabalhos apresentados por autores como Gilberto Freyre, Donald Pierson e Franklin Frazier buscaram soterrar a ideia de racismo explícito existente no início do século e emplacar a teoria de que a nação brasileira era produto de três raças. Nesse sentido, Guimarães (2009, p. 54) declara que “a ideia da democracia racial, tal como reinterpretada pela antropologia de Freyre (1933), pode ser considerada um mito fundador de uma nova nacionalidade”.

Esse discurso, segundo Almeida (2019), ganha força em 1930, a partir da necessidade de unificar a nação e formar um mercado interno devido ao processo de industrialização, dando origem ao discurso da democracia racial, capitaneado principalmente por Gilberto Freyre, em que a desigualdade racial é difundida como diversidade cultural, naturalizando-a e tornando-a parte do cenário nacional. Para Carlos Hasenbalg (2005, p. 80), no entanto, a democracia racial nada mais é do que “uma poderosa construção ideológica, cujo principal efeito tem sido manter as diferenças interraciais fora da arena política, criando severos limites às demandas do negro por igualdade racial”.

Hasenbalg (2005, p. 253) alerta, ainda que

Após o fim da escravidão, o mito da democracia racial e as imagens vigentes de harmonia racial permitiram a substituição de medidas redistributivas em favor dos não-brancos por sanções ideológicas positivas e integração simbólica dos racialmente subordinados. Simultaneamente, a conformidade dos brancos à ideologia racial dominante deixou os negros politicamente isolados e impediu a formação de coalizões com aliados brancos mais poderosos, para lutarem pela redução das desigualdades raciais.

Outro discurso igualmente utilizado como manobra política da elite branca brasileira é o do branqueamento, que consiste na crença de que o “progresso do país dependia não apenas do seu desenvolvimento econômico ou da implantação de instituições modernas, mas também do aprimoramento racial de seu povo”, de modo que se restringiram, ou impediram, ainda mais as possibilidades de integração da população negra (JACCOUD, 2008a, p. 49).

Para Guimarães (2009, p. 53) a ideia do branqueamento surgiu a partir de um orgulho nacional ferido, servindo como “uma maneira de racionalizar os sentimentos de inferioridade racial e cultural instilados pelo racismo científico e pelo determinismo geográfico do século XIX”. A principal teoria do embranquecimento parte da ideia de que o “sangue branco purificava, diluía e exterminava o negro, abrindo, assim, a

possibilidade para que os mestiços se elevassem ao estágio civilizado” (GUIMARÃES, 2009, p. 53).

O autor acrescenta, ainda, que esse embranquecimento aparecia como a constatação de um caminho encontrado pelos negros para uma mobilidade, pressupondo uma visão racista, mesmo que interiorizada pelos negros, da negritude, passando a significar, portanto, a capacidade da nação brasileira de “absorver e integrar mestiços e pretos” (GUIMARÃES, 2009, p. 55). Para essa capacidade, fazia-se necessário, de modo implícito, que as pessoas de cor renegassem sua ancestralidade africana. Dessa forma, Guimarães (2009) afirma que tanto o branqueamento quanto a democracia racial tornaram-se categorias de um novo discurso racista.

Nessa linha, Cida Bento (2014) expõe que, no Brasil, o branqueamento é frequentemente associado como um problema da população negra que, buscando se aproximar das características das pessoas brancas, miscigenam-se a fim de diluir suas características raciais. A autora afirma ainda que “a falta de reflexão sobre o papel do branco nas desigualdades raciais é uma forma de reiterar persistentemente que as desigualdades raciais no Brasil constituem um problema exclusivamente do negro” (BENTO, 2014, p.26). Para a autora, no Brasil evita-se a reflexão do que foi o legado da escravidão no país para os brancos que, após quatro séculos de apropriação do trabalho negro, saíram com uma herança simbólica significativamente positiva, tendo em vista que, ainda hoje, o branco, mesmo em situação de pobreza, apresenta vantagens frente ao negro.

Esse privilégio está vinculado à branquitude, definido por Miranda (2017, p.65) como “um sistema de pensamentos e comportamentos condicionados, individuais e coletivos, que outorga duradouros privilégios – simbólicos e materiais – para as pessoas de fenótipo branco”. Silva (2017, p.23) expõe que a branquitude

Deve ser interpretada como elemento resultante da estrutura colonialista que, por sua vez, configurou efetivamente, a estrutura de poder mundial durante todo o século XX e até hoje, apesar do sucesso dos movimentos anticolonialistas de libertação; a branquitude é assim entendida como resultado da relação colonial que legou determinada configuração às subjetividades de indivíduos e orientou lugares sociais para brancos e não brancos.

Grada Kilomba (2019, p. 75) complementa esse conceito ao afirmar que a “branquitude é construída como ponto de referência a partir do qual todos os outros

raciais diferem. Nesse sentido, não se é diferente, torna-se diferente por meio de um processo de discriminação”. Assim, Guimarães (2009) pontua que para que seja possível realizar qualquer análise sobre o racismo brasileiro é necessário levar em consideração ao menos três grandes fatos históricos: o processo de formação da nação; o intercruzamento ideológico de raça, com conceitos de classe, status e gênero; bem como os efeitos regionais das transformações socioeconômicas. Nesse sentido, Nogueira (2006, p 294) aponta que “a concepção de branco e não-branco varia, no Brasil, em função do grau de mestiçagem, de indivíduo para indivíduo, de classe para classe, de região para região”. O racismo atua, portanto, como um poder estrutural que “hierarquiza o lugar social dos indivíduos de grupos racializados, tanto das pessoas negras quanto das pessoas brancas” (GOMOR DOS SANTOS, 2020, p. 167).

## **1.2. Preconceito, discriminação e racismo**

As relações raciais no Brasil foram constituídas por um passado escravagista pautado por um antigo regime de um “sistema de estratificação racial e subordinação do negro” (HASENBALG, 2005, p. 82). Esse modelo estratificado se perpetua através da história pelo preconceito e pela discriminação, considerados por Hasenbalg (2005) como anomalias da ordem social. O racismo brasileiro se manifesta com mais força sobre aqueles indivíduos que apresentam mais traços fenotípicos que as fazem ser reconhecidas socialmente como pessoas negras. Para entender essa manifestação é necessário esclarecer outros dois conceitos, que embora haja relação entre eles, são distintos: o preconceito racial e a discriminação racial. Outro conceito importante é o de estereótipo, Willians e Priest (2015, p. 129) afirmam que

O racismo pode manifestar-se, através de indivíduos ou instituições sociais, como preconceito (atitudes negativas) e estereótipos (concepções categóricas) em relação a grupos étnicos-raciais estigmatizados e como discriminação (tratamento desigual) desses grupos.

Para Almeida (2019, p. 32), o preconceito racial pode ser definido como o “juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias”. Santos (2001, p. 83), por sua vez, afirma que

O preconceito – de qualquer tipo – é sempre uma atitude negativa em relação a alguém. Eu diria mais: é uma atitude antecipada e desfavorável contra algo. Essa atitude pode ser tomada em relação a um indivíduo, a um grupo ou mesmo a uma ideia. Quando uma pessoa tem uma atitude preconceituosa em relação a outra, no fundo, está fazendo uma comparação a partir de um

padrão de referência que lhe é próprio. Portanto, o preconceito racial ocorre quando uma pessoa ou mesmo um grupo sofre uma atitude negativa por parte de alguém que tem como padrão de referência o próprio grupo racial.

Nogueira (2006, p. 292) complementa esse conceito afirmando que o preconceito racial é

Uma disposição (ou atitude) desfavorável, culturalmente condicionada, em relação aos membros de uma população, aos quais se têm como estigmatizados, seja devido à aparência, seja devido a toda ou parte da ascendência étnica que se lhes atribui ou reconhece.

Kilomba (2019) conceitua preconceito como valores hierárquicos ligados às diferenças, tendo em vista que, além de o indivíduo ser visto como diferente, sofre ainda estigmas de inferioridade. Guimarães (2005, p. 49) afirma, ainda, que o “preconceito racial servia para manter e legitimar a distância do mundo dos privilégios e direitos do mundo das privações e deveres”.

Nogueira (2006) qualifica o conceito de preconceito racial a partir de diferenças que ele considera como conceitos ideais de situações puras, assim, o autor o divide em preconceito de marca e de origem. Para ele

Quando o preconceito de raça se exerce em relação à aparência, isto é, quando toma por pretexto para as suas manifestações os traços físicos do indivíduo, a fisionomia, os gestos, o sotaque, diz-se que é de *marca*; quando basta a suposição de que o indivíduo descende de certo grupo étnico para que sofra as consequências do preconceito, diz-se que é de *origem* (NOGUEIRA, 2006 p. 292).

Tanto o preconceito como a discriminação manifestam-se a partir de estereótipos sociais preestabelecidos, que são definidos como a redução das “pessoas a algumas poucas características simples e essenciais, que são representadas como fixas por natureza” (HALL, 2016, p. 190). Esses estereótipos podem se apresentar de forma positiva ou negativa, Willians e Priest (2015), afirmam que a população negra e outras minorias, de forma geral, são estereotipados de forma negativa. Sobre o tema, Hill Collins (2000, p. 86) afirma que os estereótipos funcionam como uma espécie de imagem de controle, projetadas de forma a parecer que o racismo, o sexismo, a pobreza e outras formas de a injustiça sejam partes naturais, normais e inevitáveis da vida cotidiana dessas mulheres.

A discriminação racial, por sua vez, pode ser definida como a “atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados” (ALMEIDA, 2019, p. 32). Para este autor, esse conceito está ligado diretamente ao uso do poder, podendo ser manifestado de forma direta ou indireta, bem como se manifestar de

forma negativa ou positiva. No Brasil é mais comum encontrar manifestações indiretas de discriminação, em que determinados grupos tem suas especificidades ignoradas, impedindo, assim, que o ciclo de vantagens e desvantagens sociais associadas à raça seja quebrado.

Santos (2001, pp 82-83) afirma que

Tanto o preconceito racial quanto o racismo não se confundem com a discriminação porque esta só acontece na medida em que um e/ou outro se manifestam. O preconceito e o racismo são atitudes. São modos de ver certas pessoas ou grupos raciais. Quando ocorre uma ação, uma manifestação, um comportamento de forma a prejudicar, é que se diz que houve discriminação. Enfim, quando o racista ou o preconceituoso externaliza a sua atitude, agora transformada em manifestação, ocorre a discriminação.

A Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial (ONU, 1965, s.n) definiu que seria considerado como discriminação racial

Qualquer distinção, exclusão restrição ou preferência baseadas em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tem por objetivo ou efeito anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício num mesmo plano, (em igualdade de condição), de direitos humanos e liberdades fundamentais no domínio político econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio de vida pública.

Hasenbalg (2005) afirma que, no Brasil, tanto o preconceito quanto a discriminação racial surgiram como uma consequência do escravismo, no entanto, sua persistência é considerada por ele como uma manifestação do atraso cultural, dado que, as mudanças ocorridas na vida da população negra desde o período pós-abolição ocorreram de maneira bastante desigual, seja na esfera econômica, social ou cultural. Para Guimarães (2005), o preconceito e a discriminação têm como ideia central a raça, uma vez que, a partir dela que se determinam um padrão discriminatório, subsidiando as práticas de hierarquia social. Para o autor, somente a partir da noção de que esses dois conceitos estão ligados às diferenças raciais é que se pode falar em racismo.

O racismo pode ser definido, portanto, como

Uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2019, p. 32).

Santos (2001, p. 83) explica que o racismo ocorre “quando se atribui a um grupo determinados aspectos negativos em razão de suas características físicas ou culturais”. Jaccoud e Beghin (2002, p. 38) complementam o conceito ao afirmarem



que o racismo “é conceituado como uma ideologia que preconiza a hierarquização dos grupos humanos com base na etnicidade”.

Assim, a forma com que as estruturas sociais foram construídas no Brasil ao longo dos anos evidenciou o racismo e as desigualdades raciais que surgiram a partir dele como uma estratégia para manter e perpetuar os privilégios da branquitude, de modo a apresentar um caráter estrutural dentro da sociedade brasileira. Almeida (2019, p. 50) afirma que o racismo existente no Brasil

É uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo ‘normal’ com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural. Comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção.

Na mesma linha, Gomor dos Santos (2020) afirma que o racismo, materialmente inscrito na totalidade das relações sociais brasileiras, é o resultado de séculos de formação de uma sociedade baseada na hierarquização das raças e que utiliza constantes adaptações históricas para manter sua estratégia de dominação política, econômica e racial. Almeida (2019, p. 50) acrescenta, ainda, que a “reprodução sistêmica de práticas racistas está na organização política, econômica e jurídica da sociedade” e, como um processo histórico e político, o racismo possibilita a discriminação sistemática, direta ou indiretamente, de indivíduos racializados.

Kilomba (2019, p. 77), por sua vez, define o racismo estrutural

O racismo é revelado em um nível estrutural, pois pessoas negras e *People of Color* estão excluídas da maioria das estruturas sociais e políticas. Estruturas oficiais operam de uma maneira que privilegia manifestadamente seus sujeitos brancos, colocando membros de outros grupos racializados em uma desvantagem visível, fora das estruturas dominantes. Isso é chamado de racismo estrutural.

O racismo e sua influência na distribuição dos recursos pode ser considerado como um dos elementos estruturantes das desigualdades sociais no Brasil. Para Silva (2013, p. 13) “a persistência da diferenciação racial no acesso a serviços públicos, na aquisição de capacidades e na posição social desvela as consequências da atuação sistemática de mecanismos de produção e reprodução das desigualdades em vários campos da vida social”. Ainda segundo Silva (2013), a magnitude dessa diferenciação racial se mostra por meio da evidenciação estatística, uma vez que, notadamente, a população negra apresenta os piores resultados em praticamente todos os indicadores sociais, evidenciando sua situação de vulnerabilidade. Os principais

índices sociais medidos - educação, saúde, renda, cultura, acesso a empregos estáveis, violência ou expectativa de vida – confirmam a tese de que homens e mulheres negras se encontram submetidos às piores condições em comparação com a população branca no Brasil.

Por ser estrutural, o racismo se reflete também nas instituições, originando o conceito de racismo institucional, criado e disseminado pelos ativistas integrantes do grupo Panteras Negras Stokely Carmichael e Charles Hamilton, em 1967, destacam a dimensão não individualizada do racismo e afirmam que se trata da “falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (Carmichael e Hamilton, 1967, p. 4). Sobre o tema, Werneck (2012) afirma que esse conceito demonstra as diversas formas que o racismo participa da coletividade e como as instituições públicas e privadas priorizam as respostas aos interesses de um grupo racial dominante, subjugando os grupos tidos por inferiores. Essa prática apresenta, portanto, um grande impacto tanto entre os serviços e as instituições que deveriam garantir os direitos da população negra do Brasil, quanto no próprio cotidiano dessas pessoas.

No que diz respeito ao racismo institucional, Kilomba (2019, p. 77-78) destaca que

O racismo institucional enfatiza que o racismo não é apenas um fenômeno ideológico, mas também institucionalizado. O termo se refere a um padrão de tratamento desigual nas operações cotidianas tais como em sistemas e agendas educativas, mercados de trabalho, justiça criminal, etc. O racismo institucional opera de tal forma que coloca os sujeitos brancos em clara vantagem em relação a outros grupos racializados.

Para Almeida (2019, p. 37), o racismo institucional pode ser considerado como o “resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça”. Jaccoud (2009) explica que o racismo institucional interfere na maneira como as instituições sociais funcionam que, de maneira difusa, operam de forma diferenciada na prestação de serviços, benefícios e oportunidades para os diferentes grupos, contribuindo, portanto, para a naturalização e reprodução de hierarquias sociais.

Werneck (2013, p. 17) afirma que essa manifestação do racismo “é um dos modos de operacionalização do racismo patriarcal heteronormativo”, priorizando os interesses da população branca e deslegitimando as necessidades da população negra. A autora explica, ainda, que o racismo institucional

É um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação deste último (WERNECK, 2013, p. 18).

De acordo com Jaccoud (2008b, p. 137), “a presença do racismo, do preconceito e da discriminação racial como práticas sociais, aliadas à existência do racismo institucional, representam um obstáculo à redução daquelas desigualdades”. Com isso, compreender o fenômeno do racismo institucional implica em visualizar o racismo como algo que vai além e em torno das relações e violências interpessoais.

Natalha Roberto (2016) alerta para o fato de as mulheres negras serem as maiores vítimas desse descaso institucional, uma vez que vivenciam a combinação do racismo com o machismo, deixando-as em um estado superior de vulnerabilidade social. Nesse sentido, é importante que em análises relacionadas à situação de mulheres negras se considere a dimensão interseccional do cruzamento de opressões e desigualdades.

### **1.3. Gênero e interseccionalidades**

O intercruzamento de categorias como gênero e raça influenciam-se reciprocamente e constitui parte das diferentes formas com que a desigualdade social se expressa, de modo que em meio a uma sociedade racista, heterossexista e patriarcal essa diversidade humana se transforma em desigualdades naturalizadas que “particularizam as condições de vida e de trabalho de uma mesma classe” (CISNE; SANTOS, 2018, p. 75).

Para abordar os conceitos em torno de gênero faz-se necessário situar historicamente o debate, tendo em vista que valores e crenças se modificam de tempos em tempos, sendo sempre alvo de constantes disputas. Nesse contexto, o debate em torno do conceito de gênero, em suas diversas perspectivas, nunca foi consenso, nem no meio acadêmico e nem fora dele.

O início do debate conceitual de gênero ocorreu em meados dos anos 1970 sob forte influência do pensamento feminista a partir da necessidade de “desnaturalizar e historicizar as desigualdades entre homens e mulheres” (Cisne; Santos, 2018, p. 46) e, a despeito das divergências teóricas existentes, o entendimento majoritário é de que esse conceito designa a construção social do que é considerado masculino e/ou feminino.

Esse conceito, segundo Adriana Piscitelli (2002, p.7), "foi considerado um avanço significativo em relação às possibilidades analíticas oferecidas pela categoria 'mulher'. Para a autora "o conceito de gênero foi elaborado em um momento específico da história das teorias sociais sobre a diferenciação sexual" e, embora esse termo já viesse sendo utilizado, o marco histórico para que fosse difundido de forma hegemônica foi a publicação, em 1975, do ensaio de Gayle Rubin, "O tráfico das mulheres: notas sobre a economia política do sexo" (PISCITELLI, 2002, p.8).

Foi a partir desse ensaio que se iniciou o debate acerca do 'sistema de sexo e gênero', estabelecendo-se uma dicotomia na relação entre esses dois conceitos, dado que gênero seria considerado como "o que é determinado socialmente e o sexo seria o que é considerado biológico ou fisiológico" (CISNE; SANTOS, 2018, p. 47). Esse sistema sexo/gênero proposto por Rubin "propõe que a assimetria entre homens e mulheres, presente em múltiplas sociedades, deveria ser debitada às formas de organização social do sexo e da reprodução" (HEILBORN; RODRIGUES, 2018, p. 11).

Barbieri (1993) explica que a busca de uma definição coerente sobre as evidências de uma sociedade dividida em sexos faz surgir e expandir o conceito de gênero como categoria, sendo considerado como o sexo construído socialmente. A autora destaca, ainda, que

Os sistemas de gênero/sexo são os conjuntos de práticas, símbolos, representações, normas e valores sociais que as sociedades elaboram a partir da diferença sexual anátomo-fisiológica e que dão sentido à satisfação dos impulsos sexuais, à reprodução da espécie humana e em geral ao relacionamento entre as pessoas. Em termos durkheimianos, são as relações sociais que determinam as relações dos seres humanos como pessoas sexuadas (BARBIERI, 1993, p. 5).

Para Souto (2008, p. 165), gênero pode ser considerado como uma "construção social e cultural das diferenças sexuais". A autora afirma que a utilização do termo gênero supera a ideia biologicista das diferenças entre o feminino e o masculino e marca o "reconhecimento dos significados e sentidos de ser mulher e ser homem na sociedade, determinando trajetórias de vida e reconhecendo-as como construção sociocultural" (SOUTO, 2008, p. 169). O Ministério da Saúde, por sua vez, ao lançar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em 2004, reconhece gênero como o "conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher" (BRASIL, 2011, p. 12).

Algumas feministas materialistas optaram por adotar o termo 'relações sociais de sexo' no lugar de utilizar 'gênero' por entenderem que "o sexo também é socialmente determinado e que reduzi-lo à dimensão biológica reforça o processo de naturalização e de a-historicidade que a sexualidade tem sido tratada" (CISNE; SANTOS, 2018, p. 50). Barbieri (1993) explica que essa expressão se desenvolveu na França, tendo Danièle Kergoat como uma de suas principais expoentes e privilegia a divisão social do trabalho como motor da desigualdade e subsidia importantes pesquisas sobre inserção feminina no mercado de trabalho.

Discutir gênero é, portanto, segundo Nascimento et al. (2011), tratar das relações de subordinação que se estabelecem entre homens e mulheres e que vão além das diferenças de sexo feminino e sexo masculino e envolvem hierarquia e poder, caracterizando-se por serem intrinsecamente violentas em decorrência da condição de subalternidade imposta à mulher na sociedade brasileira e no mundo. Cisne (2018, p. 66) faz uma crítica à utilização do conceito de gênero ao afirmar que o termo possui um baixo nível de compreensão fora do meio acadêmico e complementa ao explicar que é "um conceito cujo conteúdo, se apartado das relações sociais de classe e 'raça', e da luta pela erradicação das explorações e opressões daí decorrentes, pouco oferece como 'arma da crítica'".

Adicionalmente, Carneiro (2003) alerta para o fato de a variável racial produzir gêneros subalternizados criando tanto identidades femininas estigmatizadas quanto masculinidades subalternizadas, de modo que é possível afirmar que o racismo tem o poder de rebaixar o status dos gêneros, uma vez que mulheres e homens negros possuem um prestígio inferior ao das mulheres brancas. Nesse sentido, Cisne e Santos (2018, p. 77) afirmam que "classe, raça e sexo são indissociáveis para que possamos fazer análise de qualquer fenômeno social nesta sociedade".

Kimberlé Crenshaw nomeou esse fenômeno como interseccionalidade pela primeira vez em 1989, em sua tese de doutorado:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

O movimento do feminismo negro originou-se, portanto, em razão da falta de representatividade que as mulheres negras encontravam dentro dos movimentos sociais hegemônicos, que não abarcavam as múltiplas formas de discriminação que essas mulheres vivenciam. No Brasil, esse movimento teve início na década de 1970 com o Movimento de Mulheres Negras - MMN, a partir da necessidade de uma pauta específica que discutisse os problemas dessas mulheres, incluindo temas como o racismo, além do sexismo, uma vez que, embora a questão de gênero também seja um entrave para a emancipação e igualdade dessas mulheres o racismo se torna tão importante quanto para elas.

Carneiro (2003) afirma que a identidade branca e ocidental da formulação clássica feminista mostrava, até então, sua insuficiência tanto teórica quanto de prática política para integrar as diferentes expressões do feminismo num contexto de sociedades multirraciais e pluriculturais. Carneiro (2003, p.10) afirma, ainda, que:

A consciência de que a identidade de gênero não se desdobra naturalmente em solidariedade racial intragênero conduziu as mulheres negras a enfrentar, no interior do próprio movimento feminista, as contradições e as desigualdades que o racismo e a discriminação racial produzem entre as mulheres, particularmente entre negras e brancas no Brasil.

A perspectiva teórica da interseccionalidade originou-se a partir de críticas feitas pelo feminismo negro, uma vez que essas mulheres não se viam representadas nem pelo movimento feminista, majoritariamente branco, tampouco pelo movimento antirracista, cuja pauta estava focada nos homens negros. Nesta perspectiva, Carla Akotirene (2019, p. 19) explica que

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado – produtores de avenidas identitárias em que mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais.

Para Djamila Ribeiro (2016), o conceito de interseccionalidade é importante ser lembrado para pautar que não devem ocorrer a primazia de uma opressão em detrimento de outras, uma vez que são estruturantes. Assim, raça, classe e gênero não podem ser pensados de forma isolada e sim de modo indissociável, dado que a combinação de opressões pela qual as mulheres negras sofrem, as colocam numa posição onde somente a interseccionalidade permite que parte de sua identidade não seja negada. Grada Kilomba (2019, p. 190) aborda essa invisibilidade pela qual a mulher negra sofre ao relatar que

Por não serem nem brancas, nem homens, as mulheres negras ocupam uma posição muito difícil na sociedade supremacista branca. Nós representamos uma espécie de carência dupla, uma dupla alteridade, já que somos a antítese de ambos, branquitude e masculinidade. Nesse esquema, a mulher negra só pode ser o outro, e nunca eu.

Cisne e Santos (2018) criticam a interseccionalidade argumentando que esse método dá ênfase às intersecções de raça e gênero e que, além de diferenciar esses eixos de subordinação, permite analisá-los de maneira isolada, podendo cruzar ou se sobrepor, bem como se excluírem mutuamente. Em contraposição, defendem a perspectiva da consubstancialidade/coextensividade das relações sociais, método apresentado no final da década de 70 por Daniëlle Kergoat, sob o argumento de que essa perspectiva apreende e analisa as relações sociais de sexo, raça e classe como indissociáveis.

Hirata (2014, p. 63), por sua vez, problematiza tanto o conceito de interseccionalidade como o de consubstancialidade, analisando que

Embora ambas partam da intersecção, ou da consubstancialidade, a mais visada por Crenshaw no ponto de partida da sua conceitualização é a intersecção entre sexo e raça, enquanto a de Kergoat é aquela entre sexo e classe, o que fatalmente terá implicações teóricas e políticas com diferenças bastante significativas. Um ponto maior de convergência entre ambas é a proposta de não hierarquização das formas de opressão.

Angela Davis (2016), afirma que o conceito de interseccionalidade é fundamental para que se entenda o feminismo negro, a partir da compreensão de que as categorias estruturais raça, gênero e classe não devem ser vistas de forma dissociadas, devendo ser consideradas nas análises conjunturais para que seja possível construir práticas que visem o rompimento do padrão eurocêntrico. Desse modo, a diversificação das concepções e práticas políticas introduzida pela ótica desse grupo de mulheres subalternizadas é, de acordo com Carneiro (2003, p.119) “resultado de um processo dialético que, se, de um lado, promove a afirmação das mulheres em geral como novos sujeitos políticos, de outro, exige o reconhecimento da diversidade e desigualdades existentes entre essas mesmas mulheres”.

A despeito das disputas conceituais em torno das perspectivas teóricas da interseccionalidade e da consubstancialidade, essa pesquisa optou por utilizar a interseccionalidade como instrumento teórico-metodológico por entender que esse método aborda os eixos de opressões estruturantes da matriz colonial moderna, quais sejam, as subordinações de gênero, de raça e de classe. Esse entendimento vai ao encontro da conclusão de Hirata (2014, p.69), em que diz que “a interseccionalidade

é vista como uma das formas de combater as opressões múltiplas e imbricadas, e, portanto, como um instrumento de luta política”.

#### **1.4. Mulheres negras e Interseccionalidades de gênero e raça**

A mulher negra tem sido submetida historicamente a formas variadas de opressões e violências em termos sociais, de raça e de gênero. Tal processo está fortemente vinculado ao legado da escravidão cujo término oficial ocorreu há pouco mais de um século, mas também está associado a questões culturais e ideológicas, bem como questões materiais, como a superexploração do trabalho dessas mulheres, fundamental para a reprodução e acumulação das famílias brancas da classe média e alta e que dão sustentação ao *status quo* da classe dominante.

É importante destacar, ainda que sucintamente, a condição das mulheres negras, nesta interconexão entre escravismo e patriarcado. Faz-se necessário entender que as experiências das negras escravizadas precisam ser levadas em consideração, pois o conhecimento de suas experiências, suas estratégias de sobrevivência e de mobilidade social, permite não apenas que a história das mulheres seja vislumbrada num aspecto mais amplo, como torna possível uma revisão crítica de sua história.

Davis (2016) explica que, no sistema escravista, o povo negro era visto como propriedade e, para esses proprietários, as mulheres negras eram desprovidas de gênero, sendo vistas como unidades de trabalho lucrativas. Além disso, as escravas sofriam outra forma de opressão, uma vez que eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. Nesse sentido, Angela Davis (2016, p.19) expõe que

A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas.

O estupro praticado nessas mulheres era, antes de qualquer coisa, uma arma de dominação e repressão que tinha por objetivo acabar com o desejo das escravas em se rebelarem e adicionalmente desmoralizar seus companheiros. Em geral, esses estupradores utilizavam como justificativa que se tratava ‘apenas de uma miscigenação’ (DAVIS, 2016). A partir de então o corpo da mulher negra passa a ser visto como objeto de prazer. Esses comportamentos racistas e sexistas acabam por



criar um estereótipo de objetos sexuais em torno dessas mulheres que perdura até hoje. Além de objetos sexuais, as mulheres negras herdaram o ideário de serem fortes, trabalhadoras e resistentes, que abdicam da criação de seus filhos para cuidar dos filhos dos patrões e incapazes de assumirem cargos hierarquicamente superiores. (LEMOS et al., 2017).

Ao final da escravidão, a emancipação e igualdade almejada pelo povo negro não foi alcançada, sendo considerados ainda como seres selvagens e perigosos, permanecendo margeados dos processos sociais. Segundo Lemos et al. (2017), a situação para as mulheres foi um pouco mais complexa, pois, além de serem negras, eram mulheres e, por natureza, consideradas de menor valor em relação aos homens, sejam eles brancos ou negros. Essa dupla discriminação fica evidenciada quando se analisa a situação das mulheres negras, na medida que uma forma de discriminação potencializa a outra (ABRAMO, 2004).

Nesse contexto, Santos (2009, p. 03) afirma que

Ser mulher e ser negra no Brasil significa está inserida num ciclo de marginalização e discriminação social. Isso é resultado de todo um contexto histórico, que precisa ser analisado na busca de soluções para antigos estigmas e dogmas. A abolição da escravatura sem planejamento e a sociedade de base patriarcal e machista, resulta na situação atual, em que as mulheres afrodescendentes são alvo de duplo preconceito, o racial e o de gênero.

Sueli Carneiro (2015, p. 127) afirma, portanto, que a união do racismo com o sexismo “produz sobre as mulheres negras uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida”. A autora expõe, ainda, que, no Brasil, essas mulheres compõem grande parte do contingente de trabalhadores em postos de trabalho considerados como os mais vulneráveis do mercado, como por exemplo, empregadas domésticas, autônomas, trabalhadoras familiares e trabalhadoras sem carteira assinada. Lucena (2010, p. 24) relata que “gênero, classe, raça/etnia e violência se articulam na totalidade social e se constroem/reproduzem cotidianamente nos processos de socialização familiar, escolar, na divisão social (e sexual) do trabalho, etc”.

Em uma declaração para a III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, Organizações de Mulheres Negras Brasileiras afirmaram

O trabalho doméstico ainda é, desde a escravidão negra no Brasil, o lugar que a sociedade racista destinou como ocupação prioritária das mulheres

negras. Nele, ainda são relativamente poucos os ganhos trabalhistas e as relações se caracterizam pelo servilismo. Em muitos lugares, as formas de recrutamento são predominantemente neo-escravistas, em que meninas são trazidas do meio rural, sob encomenda, e submetidas a condições subumanas no espaço doméstico.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 2019 apontou que 39,8% de mulheres negras estão submetidas a condições precárias de trabalho, enquanto homens negros 31,6%; mulheres brancas 26,9%; e homens brancos 20,6% do total (IBGE, 2019). Ainda de acordo com o IBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio Contínuo – PNAD-C, mostra, que em 2020, os pretos e pardos foram os mais prejudicados pela crise provocada pela pandemia do Coronavírus. A taxa de desemprego entre os negros ficou em 17,8%; a dos brancos, por sua vez, ficou em 10,4%, sendo que as mulheres negras foram ainda mais afetadas na pandemia, dado a sua forma de inserção no mercado de trabalho. Além do perfil de trabalhadoras informais e de trabalhadoras domésticas, algumas fazem parte das atividades essenciais, como setores de serviços de limpeza, ficando mais expostas à COVID-19 (IBGE, 2020).

Além do mercado de trabalho, os números apontam que as mulheres negras acumulam os piores indicadores sociais no Brasil. Elas são as mais pobres, as que têm menos oportunidades, as que ganham menos e vivem em uma situação de imobilidade social. Como aponta o Relatório da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher<sup>5</sup>, em 2018, as mulheres negras eram 58,8% das vítimas em casos de violência doméstica, de acordo com dados do Disque 180, e 65,9% das que sofrem com a violência obstétrica. Esse Relatório aponta, ainda, que essas mulheres também são as que morrem mais em decorrência do parto, totalizando 53,9% dos casos, sendo que o índice de aborto provocado no país por mulheres negras é o dobro daquele verificado entre as brancas.

Segundo o Mapa da Violência (Waiselfisz, 2015), o homicídio de mulheres negras cresceu em 54% em dez anos no Brasil, enquanto o número de homicídios de mulheres brancas caiu 9,8% no mesmo período. Outro indicador que chama a atenção são os índices de encarceramento das mulheres, em que 68% delas são negras, indo de 5.601 em 2010 para 44.721 no final de 2016. Diante o exposto, Carneiro (2015, p. 130) resume a situação da mulher negra apontando que “o ápice da exclusão social

---

<sup>5</sup> Requerimento s/n de autoria da Deputada Benedita da Silva apresentado à Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, em julho de 2018.

no Brasil poderia ser retratado por uma mulher negra, chefe de família das regiões do Norte ou Nordeste do país”.

Ainda que a mulher negra venha conquistando seu espaço na sociedade, tanto na vida profissional quanto social, esse processo de ascensão pode ser considerado aquém do ideal, em função de toda a história de desigualdades, preconceitos e discriminação racial e de gênero, a que essas mulheres sempre vivenciaram. Para além de toda discussão existente por maiores acessos, é importante frisar a diferença existente entre as pautas das mulheres brancas e negras, enquanto, muitas vezes, as mulheres brancas querem se igualar ao lugar dos homens brancos, as pautas das mulheres negras se aproximam das lutas por direitos mais básicos. Estas carregam nas costas o peso da escravatura, ainda relegadas à posição de subordinadas, porém, essa subordinação não se limita à figura masculina, pois a mulher negra também se encontra em posição servil perante a mulher branca.

## CAPÍTULO 2 – POLÍTICA DE SAÚDE: AVANÇOS E LIMITAÇÕES

*A noite não adormece / nos olhos das mulheres / vaginas abertas / retêm e expulsam a vida / donde Ainás, Nzingas, Ngambeles / e outras meninas luas / afastam delas e de nós / os nossos cálices de lágrimas. (Conceição Evaristo - A noite não adormece nos olhos das mulheres)*

A Política de Saúde, assim como outras políticas públicas no Brasil, foi palco de uma série de lutas em busca da conquista de direitos, passando por diversas evoluções a fim de assegurar a universalidade. No entanto, esse caráter universalista buscado por essa política parece não ter sido capaz de superar as iniquidades e abarcar as necessidades específicas de diferentes grupos, o que promoveu, portanto, o debate acerca da eficácia das políticas mais generalistas quanto à capacidade de dirimir as iniquidades existentes (SOARES FILHO, 2012).

A inserção de categorias identitárias como raça/cor e etnia, em conjunto com dados censitários e epidemiológicos fez com que se destacassem as injustiças e iniquidades em saúde existentes para a população negra que, somando-se à categoria gênero, potencializam-se. Desse modo, as ações públicas de saúde, com enfoque para as desigualdades raciais, começaram a surgir na década de 1980, a partir de reivindicações do movimento negro, que se intensificaram em 1995, nas reivindicações da Marcha Zumbi de Palmares (BRASIL e TRAD, 2012).

Embora tenham ocorrido avanços no debate acerca da saúde da população negra, as mulheres negras e suas necessidades permaneceram ainda invisibilizadas como sujeitos de direito, mesmo que sua participação no mercado de trabalho se dê desde o período da escravidão, tendo em vista que sempre trabalharam fora de casa. Somente após a 2ª Guerra Mundial, com a crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho, novos olhares à saúde da mulher foram incorporados, associando-os principalmente às necessidades de participação das mulheres no processo de acumulação capitalista.

Massako Iyda (1994) alerta para a necessidade de se redefinir o papel da saúde no Brasil, de modo a destacar o seu caráter social e alertando que em sua essência sempre foi um fenômeno político. Essa noção explica o fato de que, mesmo as mulheres negras representando grande parte do público que utiliza os serviços de atenção à saúde pública, pouco aparecem nos estudos voltados às análises

relacionadas à saúde. Lucena (2010, p. 25) afirma que os “modos de adoecer e morrer refletem a vulnerabilidade e a precariedade das condições de vida das negras pobres”.

A fim de aprofundar o debate, faz-se importante entender o conceito de saúde e o caminho percorrido pelo Brasil para a construção da política de saúde adotada. Assim, para tentar compreender o que é saúde deve-se reconhecer o seu caráter social e histórico, sendo

Passível de transformações coletivas no que se refere às práticas de promoção e manutenção, especialmente a partir dos enfoques da saúde enquanto questão social a ser enfrentada sob o prisma da economia e através da educação e da política social, em geral. Por isso mesmo, ao se pensar sobre a saúde – e o seu contrário, a doença – torna-se fundamental relacioná-la às condições concretas de vida e de trabalho da população e aos avanços e recuos dos movimentos sociais (LUCENA, 2010, p. 43).

É importante ressaltar, portanto, que de tempos em tempos o conceito de saúde se modifica e, a fim de situar materialmente o conceito utilizado na Política Social, este capítulo buscou abordar a saúde a partir do momento que ela deixou de significar apenas a ausência de doença e ganhou uma abordagem mais ampla. Importante destacar que não se pretende, neste texto, definir um conceito único para saúde, uma vez que, de acordo com Centeno (2016, p. 72), “além de um fenômeno biológico, saúde é também um fenômeno cultural, o que nos afasta de chegar a uma definição acabada sobre ela”.

Assim, a Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1946, definiu a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Essa definição, segundo Lyda (1994), engloba diversos aspectos e afirma a saúde como uma qualidade intrínseca ao homem. A partir dessa concepção da OMS, a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>6</sup>, em 1948, incorporou a saúde, em seu sentido ampliado, como direito ao inserir em seu artigo 25 que

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade

---

<sup>6</sup> Declaração Universal dos Direitos Humanos \*tradução oficial, United Nations High Commissioner For Human Rights. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>

(UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, 1948, p. 5).

No Brasil, o conceito ampliado de saúde ganhou destaque na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, ao definir que saúde é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. Com base nesse conceito ampliado que os determinantes sociais de saúde passaram a ser considerados no ciclo de saúde e adoecimento da população.

A OMS define que os determinantes sociais de saúde são as “condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. No entanto, frente à totalidade de dimensões pela qual a vida humana é determinada socialmente, inclusive no que diz respeito a sua saúde, Nogueira (2010) faz uma crítica ao reducionismo que o conceito de determinantes sociais da saúde é tratado, afirmando que esse conceito foi reduzido ao “uso de métodos estatísticos de probabilidade”, limitando-se apenas a identificar correlações entre as variáveis sociais e os eventos passíveis de causar adoecimento entre os diferentes grupos da população.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) reconhece comportamentos individuais, condições de vida e trabalho, além da macroestrutura econômica, social e cultural como produtos capazes de influenciar no ciclo saúde e doença do ser humano. No entanto, essa Comissão alerta para a possibilidade de culpabilização do sujeito diante de suas escolhas individuais (ALBUQUERQUE; SOUZA e SILVA, 2014). Diante disso, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (2011, p. 1) esclarece que

A determinação social da saúde está muito além de determinantes isolados e fragmentados que, sob uma perspectiva reducionista, são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais. Não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação. O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica.

Nesse sentido, Nogueira (2010) defende que o uso do termo “determinação social da saúde” passe a ser utilizado por entender que esse termo vai além da relação de causa e efeito entre as condições de saúde e os fatores sociais. A determinação social da saúde, segundo Albuquerque e Souza e Silva (2014, p. 962)

Não consiste em compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos, mas que as possibilidades de realização do humano, e o acesso aos produtos necessários para tal, dependem do grau de

desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2009, trouxe, portanto, como marca, o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2013, p. 19). Além disso, o racismo é capaz de regular as relações entre “usuários e usuárias, profissionais e gestores de serviços públicos governamentais e não governamentais, assim como impõe fatores de risco extra biológico às pessoas sobreviventes do processo de exclusão” (BRASIL, 2011a).

Desse modo, ao se falar especificamente de saúde da mulher negra, o racismo e o sexismo podem ser considerados como alguns dos determinantes sociais de saúde que a influenciam, afetando-a e mantendo as vulnerabilidades sociais associadas. Importante destacar aqui o conceito de vulnerabilidade social trazido por Ayres et al. (2006, p. 396) o qual definem a vulnerabilidade como a exposição de pessoas ao adoecimento decorrente de um conjunto de aspectos individuais, sociais e programáticos, bem como uma “maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger”. Entre os aspectos sociais capazes de influenciar a vulnerabilidade em saúde, o autor destaca a estrutura jurídico-política dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações geracionais, as crenças religiosas, a pobreza, entre outras.

Lucena (2010, p. 73) define vulnerabilidades sociais como

O conjunto de aspectos individuais e coletivos que se relacionam às condições de exposição a situações que fragilizam os indivíduos e coletividades, vinculando-se aos recursos existentes para a proteção das consequências da situação de vulnerabilidade.

Ainda em relação à saúde da população negra, as iniquidades sociais presentes na sociedade brasileira se refletem no acesso e condições de saúde desta população. Segundo Whitehead (1992, p. 5)

O termo inequidade tem uma dimensão moral e ética. Refere-se a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, também são consideradas injustas e desleais. Então, para descrever uma certa situação como desigual, a causa deve ser examinada e julgada como injusta no contexto do que está acontecendo no resto da sociedade.

Ainda nessa linha, Barata (2009, p. 45) destaca que equidade e iniquidade “são conceitos políticos que expressam, além da igualdade ou desigualdade quantitativa, uma avaliação moral relacionada com a noção de justiça social”. Assim, pode-se dizer

que as desigualdades sociais em saúde são, em geral, injustas, uma vez que refletem uma distribuição desigual dos fatores considerados como determinantes sociais em saúde.

Ante o exposto, este capítulo buscou abordar as iniquidades no tratamento que as mulheres negras recebem ao procurar acesso aos serviços de saúde pública. Para tanto, realizou um breve histórico da política de saúde, bem como um histórico da evolução da política de saúde da mulher. Em seguida, foi feita uma análise da influência que o racismo e o sexismo exercem na execução dessa política para a população negra, em especial, as mulheres negras observando desde os obstáculos impostos ao debate do tema na agenda política até a sua execução, materializando-se na ocorrência de violência obstétrica e na busca da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres.

### **2.1. Políticas de Saúde: da exclusão à universalização**

A Saúde Pública, segundo Lyda (1994, p. 18), se apresenta no cotidiano por meio de seus atos, ações, decisões e instituições, tornando-se “parte integrante na institucionalização e consolidação de um Estado burguês, que se forma a partir da crise e desintegração de um regime colonial português”. Essa característica reflete a maneira como essa institucionalização ocorre, moldando sua estrutura burocrática de modo que seja possível direcionar tanto as formas de acesso, quanto os tipos de serviços e bens que serão ofertados.

A saúde pode ser considerada como um “conjunto de condições individuais e coletivas, influenciado e determinado por fatores econômicos, políticos, ambientais e socioculturais” (BRASIL, 2011a). Desse modo, segundo Lyda (1994), em determinado momento histórico, essa característica passou a assumir um “valor econômico e fundamental para a sobrevivência do homem” (Lyda, 1994, p. 19), associando sua capacidade a um determinado modo de produção, a partir do qual o conceito de saúde necessitou ser redimensionado. É nesse contexto que a Saúde Pública “origina-se como uma prática social – resulta da contradição fundamental entre capital e trabalho, da divisão do coletivo em classes antagônicas, constituindo-se em elemento importante na reprodução capitalista” (LYDA, 1994, p. 20).

Nesse sentido, a assistência à saúde do trabalhador, segundo Bravo (2006), foi assumida pelo Estado com o processo de industrialização nos países centrais



associada ao surgimento da chamada medicina social em países como Alemanha, França e Inglaterra. Essa intervenção estatal no Brasil, por sua vez, apenas se inicia no século XX, especificamente a partir da década de 30. Antes disso, a assistência médica foi pautada pela filantropia no século XVIII, ações pontuais de saúde pública no século XIX e emergiu como questão social<sup>7</sup> no início do século XX, com o nascimento do trabalho assalariado.

A modernização capitalista que ocorreu no Brasil entre 1930 e 1980 não foi capaz de superar as desigualdades socioeconômicas que se originaram ainda no período colonial. Segundo Machado et al. (2017), a política de saúde implementada nesse período foi marcada por uma trajetória de duas frentes, em que, de um lado havia ações de saúde pública que tinham o intuito de controlar doenças específicas, de outro lado era marcada pela assistência médica previdenciária, que se caracterizava por ser estruturada em bases corporativas e voltada apenas para os trabalhadores que compunham o mercado formal urbano.

No que tange às ações de saúde pública, Iyda (1994) afirma que esta passou a assumir um maior peso institucional a partir da década de 30, momento em que ocorreu uma proliferação de unidades sanitárias, que correspondiam a uma ampliação da esfera governamental e de novos interesses, dada a constatação de que algumas doenças, como a tuberculose, se proliferavam entre a classe trabalhadora. Nesse sentido, a autora relata que desde o início do século, Oswaldo Cruz chamava a atenção para os altos índices de mortalidade por tuberculose, defendendo “o fornecimento pelo Estado às classes proletárias de habitações higiênicas, de alimentação abundante de boa qualidade e de proibição do trabalho de crianças” (IYDA, 1994, p. 72).

Essa política de saúde pública formulada, de acordo com Bravo (2006), tinha um caráter nacional e foi predominante até meados dos anos 60, centralizando suas ações na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana, e em menor escala para a população do campo. Eram desenvolvidas quase que

---

<sup>7</sup> A despeito da ampla discussão em torno do conceito de questão social, esta pesquisa optou por adotar a ideia de que pode ser entendido como uma expressão que surgiu no final do século XIX para caracterizar as disfunções da sociedade industrial que emergia na época. Relaciona-se com os vínculos históricos de uma sociedade e as contradições que podem levá-la à ruptura, com destaque para os temas que envolvem exclusão, como a produção e distribuição de riquezas, a vulnerabilidade das relações sociais, entre outras (STEIM, 2000).

exclusivamente ações de prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias, todas com caráter universal (SOUZA, 2002).

Iyda (1994), por sua vez, afirma que a ampliação da assistência médica nos serviços de saúde pública encontrou diversos obstáculos, tais como a dispersão populacional e o pequeno número de profissionais formados. Além disso,

Nesse momento de concentração da classe trabalhadora nos grandes centros urbanos, de crescimento de sua fração operária e do exército industrial de reserva, tornava-se necessário delimitar os trabalhadores com direitos garantidos na Previdência Social, e os doentes, os pobres, ainda que trabalhadores, mas sem aqueles mesmos direitos” (IYDA, 1994, p. 72).

Assim, a medicina previdenciária, que iniciou na década de 30, com a instituição dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, somente passou a predominar a partir de 1966, quando houve a extensão de atendimento para um número maior de categorias profissionais com o intuito de desmobilizar as reivindicações das classes trabalhadoras, de forma a evitar demandas por coberturas mais amplas. Nessa linha, Machado et al. (2017, p. 144) apontam que o sistema de saúde, até o início da década de 80, tinham como características a “exclusão de parcela expressiva da população, pouca efetividade do modelo de atenção e destaque do setor privado na prestação de serviços, subsidiado pelo Estado”.

A partir de meados dos anos 70, o Projeto de Reforma Sanitária começa a ganhar destaque, tendo sua base formada nas lutas populares e sindicais críticas às limitações do modelo assistencial previdenciário. Esse Projeto defendia que

a saúde possui um caráter universal, configurando-se como direito social, a ser garantido por políticas públicas intersetoriais e ações em saúde com qualidade, respondendo a todas as necessidades da população, executadas, primordialmente, pelo próprio Estado (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 9).

Com o fim da ditadura militar brasileira, nos anos 80, e a configuração de uma nova conjuntura socioeconômica e política, o Movimento de Reforma Sanitária objetivou realizar uma reforma na política de saúde, construindo uma proposta e um projeto abrangentes que deveriam ser incorporados à Constituição Federal de 1988. Entre as metas estabelecidas pelo movimento sanitário, a politização da saúde era a primeira que deveria ser implementada, visando o aprofundamento da conscientização sanitária e buscando alcançar a visibilidade necessária para que suas demandas fossem incluídas na agenda governamental de modo a garantir o apoio político para a implementação das mudanças sugeridas (BRAVO, 2006).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, foi o principal marco dessa discussão. A partir daí a saúde passou a utilizar um conceito mais ampliado, reconhecendo em seus determinantes, fatores sociais e históricos e não mais apenas fatores biológicos (SILVA; BROTTTO, 2015). A saúde deixou de ser interesse apenas do corpo técnico, assumindo uma dimensão política e vinculando-se estreitamente à democracia. Novos sujeitos sociais entraram na discussão das condições de vida da população brasileira e contribuíram para o amplo debate que permeou a sociedade civil, entre eles, destaca-se a participação dos profissionais de saúde, do movimento sanitário, dos partidos políticos de oposição e dos movimentos sociais urbanos. (BRAVO, 2006).

As propostas defendidas pelos grupos envolvidos no debate versavam em torno da universalização do acesso, da concepção de saúde como direito social e dever do Estado, da reestruturação do setor por meio da estratégia de um sistema unificado de saúde, da descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal com a instituição de novos mecanismos de gestão (BRAVO, 2006). Dessa forma,

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2006, p. 10).

O texto constitucional promulgado, atendeu grande parte das reivindicações do movimento sanitário, definindo que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Definiu, ainda, que as ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único – Sistema Único de Saúde - SUS – que tem entre suas diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação social (BRASIL, 1988).

Desse modo, os princípios que serviram de base para o SUS – universalidade, equidade e integralidade – tinham por objetivo refletir a busca da sociedade por “um sistema de saúde típico de um Estado de bem-estar, em substituição ao sistema excludente e desigual que existia antes de 1988’ (BARROS e SOUSA, 2016, p. 11). A partir do princípio da universalidade, a saúde passa a ser um direito de todas as pessoas, cabendo ao estado assegurá-lo; a equidade, por sua vez, surge da

necessidade de “reduzir as disparidades sociais e regionais” existentes no país (Brasil, 2000, p. 32); e a integralidade leva em consideração a pessoa como um todo, buscando atender a todas as suas especificidades (CUNHA & CUNHA, 2017).

Moretti e Santos (2019) afirmam que o texto constitucional marcou uma mudança estrutural nas políticas sociais, a partir da introdução de traços redistributivos no sistema de produção e da garantia da provisão pública de uma série de bens, serviços e benefícios de forma universal. O SUS, segundo Menezes, Moretti e Reis (2019), pode ser reconhecido como uma das políticas públicas mais inclusivas em execução no Brasil. Antes de sua implementação, os brasileiros eram desigualmente divididos entre os ricos (que podiam pagar por seus tratamentos), os que tinham empregos formais e acessavam os serviços de saúde oferecidos pela previdência pública, e os indigentes, que viviam à margem do mercado de trabalho formal e buscavam atendimento à saúde por caridade ou por meio de alguns programas seletivos de saúde pública.

Da mesma forma, a Carta de 1988 traz entre os objetivos da seguridade social a seletividade e a distributividade, a equidade na forma de participação no custeio, bem como a universalidade. O conceito de seguridade social, para Mercadante (2002), constituiu uma das mais importantes inovações trazidas pela Constituição de 88, no sentido de que impôs uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro, tanto reconhecendo a saúde como direito social, quanto redefinindo o paradigma de atuação do Estado para essa área. Essa transformação aparece de maneira expressa nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Mercadante (2002) afirma, ainda, que a Carta Constitucional de 88 consolidou o processo de evolução do sistema público de saúde, consagrando o acesso universal

e igualitário aos serviços de saúde como requisito para a cidadania. No entanto, Moretti e Santos (2019) esclarecem que a despeito de a Constituição definir a saúde como dever do Estado e direito universal, essa definição por si só não conduz espontaneamente a ações governamentais que materializem as previsões constitucionais em ações de execução.

Assim, as políticas de saúde requerem uma atenção diferenciada, especialmente no que tange à formulação e à estruturação dos serviços de saúde, que devem, por determinação legal, oferecer cuidado integral aos cidadãos (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JUNIOR, 2005). Dessa forma, Carneiro Junior e Silveira (2003) apontam que é preciso pensar em como promover a inclusão social de forma equânime, não tratando de forma igual pessoas desiguais e criando programas que possam privilegiar os grupos populacionais mais despossuídos, na tentativa de garantir-lhes o acesso aos serviços de saúde.

Apesar dos esforços empreendidos ao longo do tempo no que diz respeito às políticas de saúde, Lucena (2010) critica a condução dessas políticas com o que ela chama de “biologização da saúde”, ou seja, para ela há uma ênfase nos aspectos biológicos em detrimento da relação com os aspectos socioeconômicos, políticos e culturais. A autora afirma ainda que

Uma outra forma de compreender a questão da saúde envolve necessariamente o reconhecimento de seu caráter social e histórico. Por isso mesmo, passível de transformações coletivas no que se refere às práticas de promoção e manutenção, especialmente a partir dos enfoques da saúde enquanto questão social a ser enfrentada sob o prisma da economia e através da educação e da política social, em geral. Por isso mesmo, ao se pensar sobre a saúde – e o seu contrário, a doença – torna-se fundamental relacioná-la às condições concretas de vida e de trabalho da população e aos avanços e recuos dos movimentos sociais (LUCENA, 2010, p. 42–43)

Além disso, Marsiglia, Silveira e Carneiro Junior (2005) destacam o desafio para equilibrar e organizar a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades específicas dos diversos segmentos sociais que se materializam em um leque de demandas que nem sempre são percebidas pelo poder público. Nessa linha, Bravo (2006) ressalta a existência de uma enorme distância entre o que foi proposto pelo movimento sanitário e a prática do sistema público de saúde vigente, de modo que a proposta do SUS que consta na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou, consolidando-se como um espaço destinado apenas àqueles que não tem acesso aos subsistemas privados, ou seja, àqueles que mais sofrem com as desigualdades sociais.

Esse cenário se deve ao fato de a implantação do SUS ocorrer em meio ao projeto econômico neoliberal, que se consolidou no Brasil nos anos de 1990, e vai de encontro aos princípios preconizados pela reforma sanitária. A partir da década de 90, houve um avanço do Projeto de Saúde Privatista, antagonista do Projeto de Reforma Sanitária. Esse Projeto ganhou força no período da ditadura militar e tinha sua lógica “orientada pelas regras de mercado e fundamentada na exploração da doença como sua principal fonte de lucros” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 9).

Desse modo, o projeto privatista da saúde, defendido pelos neoliberais, “pauta seu discurso na política de ajuste, na contenção dos gastos públicos e na isenção da participação popular na construção de uma política mais democrática” (SANTOS, 2013, p. 237). As disputas existentes entre os projetos fazem parte, segundo Bravo; Pelaez e Pinheiro (2018, p. 10), do

processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com redução do papel do Estado na sociedade, diminuição de direitos para a classe trabalhadora, políticas públicas compensatórias focalizadas para grupos mais vulneráveis e participação cada vez maior do mercado em todos os aspectos da vida social.

Santos (2013) afirma que o direito à saúde, bem como outros direitos sociais, vem passando por uma série de ataques por parte do capital, seja por meio da privatização, seja por meio da focalização e da precarização dessa política. Assim, a autora aponta que

O contexto atual indica desafios para a real efetivação do SUS, pois permite assistir a disputa entre dois grandes projetos antagônicos na saúde. O privatista, que aposta na saúde como fonte de lucro e o da reforma sanitária, que apresenta a saúde como direito social de caráter universal e estatal (SANTOS, 2013, p. 238).

Nesse sentido, Souza et. al. (2019, p. 2785) afirmam que o Brasil ainda não dispõe de um sistema realmente único de saúde, mas sim um “conjunto de serviços fragmentados que disputam os mesmos recursos”. Esses serviços refletem e reproduzem desigualdades sociais bem como comprometem a integralidade da atenção à saúde, desfavorecendo, assim, grupos vulneráveis da população.

Entre os grupos vulneráveis que procuram o Sistema Único de Saúde - SUS estão as mulheres negras, conforme aponta a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. De acordo com essa pesquisa, das 17,3 milhões de pessoas que utilizaram o SUS nos últimos seis meses que antecederam a pesquisa, 69,9% eram mulheres, dessas, 60,9% eram

pretas ou pardas. Fatores culturais e estruturais que marcam uma sociedade racista e patriarcal podem ser os responsáveis por esse alto índice, uma vez que as mulheres ainda são as principais responsáveis pelos cuidados doméstico e familiar, fazendo com que busquem os serviços de saúde para o acompanhamento de crianças e outros familiares, como pessoas idosas ou com deficiência, além dos cuidados com a própria saúde. No caso das mulheres negras, além desses fatores, está o fato de estarem na base da pirâmide social, não restando outra opção a não ser a busca dos serviços públicos de saúde. Por essa razão, torna-se premente a necessidade de se lançar um olhar integral frente às demandas dessas mulheres, de modo que a atenção à sua saúde seja proporcionada em sua completude.

## **2.2. A integralidade da Saúde da Mulher**

Historicamente, o campo da saúde constituiu-se como uma esfera de lutas e de jogos de interesses entre os diversos atores de políticas públicas, como é o caso do movimento das mulheres, que sempre lutou pela apropriação do conhecimento e do controle de seus corpos (LUCENA, 2010). Ainda na década de 60, o movimento feminista reivindicava equidade de gênero e a não-hierarquização das especificidades de homens e mulheres, fazendo com que o Ministério da Saúde adotasse as primeiras medidas oficiais voltadas para a assistência integral à saúde da mulher, apesar das limitações impostas pelo governo militar da época (FREITAS et al., 2009).

Até a década de 50, no Brasil, a mulher era vista na sociedade apenas pelo seu papel nos cuidados com o lar e com os filhos. Somente a partir da década de 60, com o crescimento populacional de forma acelerada, o Estado voltou a atenção para a necessidade de um programa de controle da natalidade em mulheres no período fértil, ganhando destaque na década de 70. Nesse mesmo período, o governo brasileiro lançou o Programa de Saúde Materno-Infantil - PSMI com ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e no planejamento familiar cujo enfoque se dava na paternidade responsável (FREITAS et al., 2009).

Apesar de ser o primeiro programa lançado pelo governo voltado para a atenção à saúde da mulher, o PSMI era considerado pouco eficaz, tendo em vista que as mulheres eram vistas como corpos naturalizados para reprodução, não abrangendo a saúde da mulher em sua integralidade. Nesta perspectiva, faz-se

necessário entender o conceito de integralidade em saúde, que além de ser um dos princípios do SUS, norteia a política de saúde da mulher.

A integralidade, segundo Coelho et al. (2009), além de configurar como um princípio constitucional de garantia para um cuidado de saúde mais humanizado, tem por objetivo “apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais” (COELHO et al., 2009, p. 155). Medeiros e Guareschi (2009, pp. 32-33), por sua vez, afirmam que esse princípio se refere à uma forma de assegurar “uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos”, articulando a saúde com outras políticas públicas. Adicionalmente, Alves et al (2020, p. 2228) afirmam que

A integralidade carrega em si a essência do cuidar, tanto entre os serviços e os profissionais a partir da integração de saberes entre a equipe multiprofissional, como na visão do profissional em relação ao usuário, considerando-o como um ser biopsicossocial, levando em consideração a forte influência do contexto social, econômico, cultural, no processo de adoecimento.

É importante, também, situar historicamente o surgimento do termo integralidade relacionado à saúde. O movimento sanitário, que se fortaleceu na década de 70, no final do regime militar, tinha a integralidade como um de seus principais objetivos, reivindicando “um novo conceito de saúde que considerasse não só a dimensão biológica, como também a dimensão social no processo saúde/doença” (Medeiros e Guareschi, 2009, p. 33), marcando uma ruptura no modelo que esse processo era pensado.

Em articulação com o movimento sanitário, as reivindicações do movimento feminista no âmbito da saúde ganham visibilidade e tem, entre suas pautas, a integralidade em saúde como direito universal que deve ser fornecido pelo Estado. Lucena (2010) afirma que as lutas femininas pela saúde buscavam uma maior abrangência, dado que, para elas, suas necessidades eram quase sempre negligenciadas. Assim, Souto (2008, p. 170) reforça que integralidade e gênero são indissociáveis, uma vez que se entende que “a representação simbólica do corpo feminino expressa a construção social e cultural da mulher na sociedade e que essa representação se cristaliza na assistência à saúde da mulher”.

A consideração do corpo como um construto social, de acordo com Medeiros e Guareschi (2009), é atravessada por múltiplos discursos, que se operacionalizam por



meio de classificações, agrupamentos e diferenciações que se tornam regimes de verdade e determinam “formas de ser mulher e de ter cuidados com a saúde e com o corpo feminino” (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 36). As autoras ressaltam que, por muito tempo o corpo feminino esteve marcado como um corpo que reproduz.

Nessa perspectiva Souto (2008, p. 167–168) afirma que

Sendo o corpo feminino um lócus privilegiado de instrumentação de sua submissão e opressão, as dimensões do cuidado com a saúde da mulher também se expressam nas intervenções voltadas para esse corpo, definidas pelo papel que a sociedade de forma hegemônica lhe impõe: mãe e reprodutora. É sob esse olhar que se institucionalizam os primeiros cuidados em saúde da mulher: saúde materna e do ciclo gravídico-puerperal, no qual a sexualidade da mulher também está restrita à sua condição de reprodução. Os estudos sobre o corpo feminino limitam-se também a esse período reprodutivo.

A integralidade no âmbito da atenção à saúde das mulheres pode ser compreendida, portanto, 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 (COELHO et al., 2009, p. 155).

A perspectiva reducionista com que tratavam o tema de saúde da mulher, principalmente até o início dos anos 1980, foi intensamente criticado no âmbito do movimento feminista brasileiro, de modo que contribuiu para a inserção da pauta na agenda política nacional (BRASIL, 2011). Nesse contexto, o Ministério da Saúde criou, em 1983, o Programa de Assistência à Saúde da Mulher – PAISM, marcando uma ruptura conceitual dos princípios que norteavam a política de saúde das mulheres.

A criação do PAISM foi, segundo Medeiros e Guareschi (2009), resultante da convergência dos interesses do movimento sanitário e do movimento feminista, configurando-se como um novo pensar e agir dentro da rede de serviços de saúde no que diz respeito à saúde da mulher. O Programa trouxe, como princípios e diretrizes, propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços prestados, assim como a integralidade e a equidade nas ações de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2011). Desse modo, Medeiros e Guareschi (2009, p. 39), consideram que o PAISM representou “um marco histórico nas políticas públicas, em que a integralidade passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde”.

Souto (2008) ressalta que o PAISM surgiu antes da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo, portanto, pioneiro no uso do termo integralidade da saúde. Nessa linha, a autora afirma que a proposta de inserção da integralidade significou alertar que a saúde das mulheres necessitava ser abordada não apenas no período da gravidez, mas em todos os ciclos de vida, bem como a necessidade de se desenvolver ações educativas que abordassem os cuidados com o corpo, visando um fortalecimento da autonomia das mulheres.

No entanto, Lucena (2010) afirma que a implementação do PAISM na rede de saúde não se deu de forma sistemática, sendo implementado somente em alguns municípios. Segundo a autora, isso se deve ao fato de que a lógica de integralidade das ações se chocava com o modelo de organização da assistência de saúde no Brasil, pautado na especialização, desde a formação acadêmica dos profissionais de saúde. Um outro fator fundamental que impactou na execução do Programa foi a escassez de dados estatísticos adequados, dificultando assim, a elaboração de programas e o acompanhamento das mudanças propostas.

Medeiros e Guareschi (2009) destacam que, a despeito da proposta de integralidade, não surge no texto do PAISM o termo gênero, sendo citado apenas como ação. A década de 1990 foi marcada por forte mobilização do movimento feminista, que, impulsionado pelas ideias defendidas internacionalmente em conferências, como a II Conferência Internacional de Direitos Humanos (Viena, 1993), que enfatizou que os direitos das mulheres devem ser considerados como direitos humanos, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), que trouxe a saúde reprodutiva como um direito humano, e a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher em 1995 (Beijing, 1995) que passou a considerar a violência de gênero tão grave quanto outras violências brutais. Por ser um dos signatários da Conferência de Beijing, o Brasil assume o compromisso de elaborar e implementar políticas públicas que fossem capazes de transformar a realidade das mulheres, inclusive no campo da saúde (MARQUES, 2018).

No entanto, apenas a partir de 2004, com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, passou-se a dar um enfoque ao gênero, incorporando a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento

reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e nos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, ampliou as ações para grupos historicamente excluídos das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2011). Assim, Lucena (2010) ressalta a necessidade de os serviços de saúde reconhecerem as dimensões de classe, gênero e raça ao longo de todo o ciclo da política pública.

A PNAISM buscou dar atenção às mulheres e todos os seus ciclos de vida, adotando como princípios norteadores da política, a integralidade e a promoção da saúde a partir de um enfoque de gênero, buscando dar ênfase em assuntos como a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual. Buscou, também, resguardar as especificidades e necessidades das diferentes faixas etárias, bem como da diversidade dos grupos populacionais historicamente negligenciados pelas políticas públicas (UNFPA, 2008).

Sua execução deve ser garantida pelo SUS, de modo que a atenção deve compreender o atendimento da mulher de forma mais ampliada quanto ao seu contexto de vida, “do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (UNFPA, 2008, p. 5).

Souto (2008) esclarece que para pensar em uma política de saúde integral que seja voltada para grupos específicos é necessário considerar a totalidade do ser humano – físico, mental, afetivo e espiritual – como o objeto de cuidado em saúde. Essa consideração é fundamental para orientar os princípios das políticas para esses grupos, compreendendo o ser humano em sua dimensão individual e como grupo social, bem como suas particularidades e subjetividades, articulando as ações promocionais, preventivas e assistenciais sob a perspectiva da transformação da determinação social no processo de sofrimento e adoecimento desses grupos. Nesse sentido, Souto (2008, p. 168) reafirma a

Necessidade de se reconhecer as desigualdades existentes nas relações de gênero e o seu papel diferenciado no processo saúde/doença, resgatando as particularidades das mulheres em sua dimensão de geração, classe social, raça/etnia e orientação sexual.

De acordo com a PNAISM, as principais causas de morte da população feminina no Brasil são as doenças cardiovasculares, em especial o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, com destaque para o câncer

de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças respiratórias, como a pneumonia; as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, como o diabetes; além das mortes causadas por fatores externos, como por exemplo, os casos de feminicídio (BRASIL, 2011).

A mortalidade materna pode ser considerada como um bom indicador das condições de saúde da população (BRASIL, 2011). O Ministério da Saúde analisou que entre 1990 e 2015 a redução na razão de mortalidade materna no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, representando uma diminuição de 56%. De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2017, o Brasil registrou 1.718 casos de morte materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias depois.

Souto (2008) ressalta, ainda, a importância da inserção do aspecto geracional na abordagem da saúde da mulher, fazendo-se necessário realizar discussões para construir estratégias que contemplem os principais fatores de adoecimento das mulheres idosas, bem como alterações decorrentes do climatério e da menopausa, dado que, de acordo com informações das Tábuas Completas de mortalidade para o Brasil, pesquisa realizadas pelo IBGE, referente a 2019, a expectativa de vida das mulheres está em 80,1 anos. Ainda na esfera geracional, é importante abordar temas de interesses para adolescentes, como as ações de prevenção à gravidez precoce e de doenças sexualmente transmissíveis.

Nos anos 2000 ocorreram diversos avanços no que diz respeito à saúde da mulher, como é o caso da Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, em 2005, contendo diretrizes que visavam orientar a atuação em relação à saúde sexual e reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar. Em 2006, foi instituída pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida - PNRHA, que tinha como objetivo ampliar o acesso de casais inférteis, portadores de doenças infectocontagiosas e genéticas ao tratamento pela reprodução humana assistida no SUS (REGINO, 2016).

Em 2007, foi lançada a Política Nacional de Planejamento Familiar, que tinha como principal proposta ampliar a oferta de métodos contraceptivos na rede pública através do Programa Farmácia Popular. Ainda em 2007, foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/Aids e Outras DST, que consiste em uma

proposta de ação intersetorial que visava a redução do impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por doenças sexualmente transmissíveis - DST entre as mulheres. Outra ação que merece destaque é a edição da Lei nº 11.664, de 2008, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do SUS, estabelecendo, entre outras coisas, que todas as mulheres têm direito à mamografia a partir dos 40 anos.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do câncer, contendo os seguintes eixos: controle do câncer do colo do útero, controle do câncer de mama e ampliação e qualificação da assistência oncológica. No entanto, apesar de todos os avanços alcançados no Brasil, ainda persiste

A visão tradicional e sexista da saúde da mulher enquanto binômio mãe-filho, ficando em segundo plano as reivindicações dos movimentos sociais de mulheres em defesa da integralidade feminina e direitos. Assim, secundariza-se o reconhecimento das fases do ciclo vital, etnia/raça, orientação sexual e classe social. Ao lado da desumanização dos serviços de saúde que atinge mulheres negras, índias, homossexuais, idosas, do campo, sobretudo as mais pobres dentre as pobres, alvos preferenciais da discriminação (Lucena, 2010, p. 27).

Dessa forma, Lucena (2010) destaca a importância de uma análise politizada e sexuada da saúde, uma vez que permite uma aproximação com as mazelas femininas, além de possibilitar a compreensão do peso de todas as formas de discriminações, inclusive as institucionais. O racismo institucional afeta a saúde das mulheres negras quando o tempo dispensado ao seu atendimento é menor se comparado ao das mulheres brancas, na atenção às técnicas utilizadas e a qualidade das informações fornecidas a elas, apresentando tratamentos deficitários ou até mesmo maus tratos, entre outras tantas situações de diferença de tratamento.

Na contramão das tendências mundiais, o atual governo brasileiro não dispõe de nenhuma estratégia para atenuar as iniquidades sociais, em especial as de gênero, raciais e de orientação sexual, culminando no aumento de casos de feminicídios, racismos e violência doméstica entre as mulheres negras. Por estarem em uma situação de maior vulnerabilidade social, caberia ao Estado fornecer uma maior oferta e atenção às suas necessidades de saúde e não o oposto como é comumente visto.

### **2.3. A influência do racismo e do sexismo na saúde das mulheres negras**

As mulheres negras, por enfrentarem a articulação do racismo e do sexismo, representam um dos segmentos mais pobres da população, acarretando o agravamento das condições de acesso aos serviços de saúde e, por conseguinte, comprometendo sua inserção na sociedade como sujeitos de direito. Assim, as barreiras geradas por esse duplo grau de desigualdade são determinantes para o processo de saúde e adoecimento dessas mulheres (GOES; NASCIMENTO, 2012).

A Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras - AMNB (2012) apontou que o racismo no Brasil se manifesta como uma barreira importante para o gozo pleno do direito à saúde das mulheres negras. Essa discriminação diz respeito não apenas às maiores taxas de adoecimento e morte por causas evitáveis, mas também à maior carga de doenças e ao menor acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde. Essa situação decorre da interferência que o preconceito causa nos processos de redistribuição de bens sociais, impedindo ou dificultando o acesso tanto a recursos para a vida saudável, quanto às políticas e ações do sistema de saúde para os grupos em situação de inferiorização racial.

Araújo (2001, p. 25) afirma que

Os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são indicadores de seu estado de saúde: 85% das mulheres negras encontram-se abaixo da linha de pobreza e sua taxa de analfabetismo é o dobro, se comparada a das mulheres brancas. Somando-se a isso o menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, as mulheres negras têm maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas.

Adicionalmente, Lopes (2005, p.55) expõe que a vulnerabilidade social e a invisibilidade das necessidades reais da população negra como um todo nas “ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças” acarretam na vivência de um constante estado defensivo por parte das mulheres negras, tendo em vista a dicotomia de viver em uma “necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração” e que pode gerar doenças psíquicas, psicossociais e até físicas.

A AMNB (2012) explica que o racismo é múltiplo, ou seja, tem várias faces e formas de atuação, podendo variar de acordo com a diversidade de sujeitos e grupos atingidos por ele. Além disso, a Organização Mundial de Saúde - OMS reconhece o

racismo como um dos determinantes sociais do processo de adoecimento e morte. No caso das mulheres negras isso também se evidencia, uma vez que essas mulheres não são iguais entre si. Pode-se citar como exemplo a relação entre racismo e patriarcado, em que a heterossexualidade é obrigatória, e mulheres negras heterossexuais podem apresentar vantagens em relação a mulheres negras lésbicas. No entanto, comparando-se as vantagens que eventualmente tais mulheres negras experimentam ante a outras mulheres negras, ainda assim essas vantagens não são capazes de erradicar o impacto do racismo em suas vidas.

Desse modo faz-se essencial analisar a saúde da mulher negra de maneira mais profunda, enxergando que há especificidades na probabilidade de obtenção de doenças, como a Hipertensão, Diabetes Mellitus Tipo II, Morte Materna em mulheres negras e Anemia Falciforme. Ao investigar os fatores que explicam a alta incidência dessas doenças nas mulheres negras, nota-se que o fator determinante desta situação é o racismo. Além disso, subordinações de gênero, classe e raça, decorrente da sociedade capitalista, também devem ser apontados como determinantes sociais que devem ser levados em consideração, uma vez que, “o impacto simultâneo da opressão racial e de gênero leva a formas de racismo únicas que constituem experiências de mulheres negras e outras mulheres racializadas” (KILOMBA, 2019).

A despeito de as pesquisas sobre desigualdades sociais em saúde associarem as desigualdades raciais ou étnicas a fatores socioeconômicos ou valores culturais resultantes de uma inserção social nas classes mais baixas, Barata (2009) afirma que existem ao menos mais três aspectos que normalmente são subavaliados nas pesquisas, quais sejam: o efeito da acumulação de desvantagens ao longo de sua trajetória de vida; os efeitos decorrentes da concentração dessa população em áreas residenciais pobres; bem como os efeitos danosos de viver em uma sociedade racista.

As reivindicações da população negra por mais acesso e de melhor qualidade ao sistema de saúde permearam a esfera pública ao longo de vários períodos da história, e se intensificaram a partir da segunda metade do século XX, com uma forte atuação do Movimento Negro e do Movimento de Mulheres Negras, que culminou na participação dos processos que deram início à Reforma Sanitária e à criação do Sistema Único de Saúde. No entanto, essas manifestações não foram suficientes para inserir mecanismos explícitos voltados para essa população, sendo possível incluir na agenda política a vinculação do racismo com as vulnerabilidades de saúde apenas

em 1995 após a realização da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares (WERNECK, 2016). Apesar das manifestações, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN apenas em 2009, determinando que

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2013, p. 7).

A partir de diversos estudos realizados, a PNSIPN agrupou as doenças que mais acometem a população negra e que necessitam de uma abordagem mais específica, dividindo-as em três categorias distintas, a saber: a) doenças geneticamente determinadas - doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridas em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado - hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No que diz respeito às questões de gênero, a PNSIPN abordou quase que exclusivamente a saúde materna e a saúde reprodutiva das mulheres negras, deixando de lado uma abordagem mais integral de sua saúde. Essa política trouxe em um de seus objetivos específicos a inclusão do tema “Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual”, destacando as interseções com a saúde da população negra. Além dos objetivos específicos, a PNSIPN abordou a questão da saúde da mulher negra nas suas estratégias de gestão ao estabelecer que se deve incentivar o

VI - Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VII - Qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios;

X - Incentivo técnico e financeiro à organização de redes integradas de atenção às mulheres negras em situação de violência sexual, doméstica e intrafamiliar (BRASIL, 2013, pp. 28-29)



Barata (2009) aponta que alguns problemas e comportamentos de saúde, como transtornos mentais, hipertensão arterial, baixo peso e prematuridade, doenças cardíacas, diabetes e obesidade, assim como o abuso de álcool, drogas e tabagismo, tem uma maior associação com a exposição a situações de discriminação e racismo, podendo apresentar efeitos agudos ou crônicos que agem por meio de mecanismos fisiopatológicos do estresse. Além disso, o Ministério da Saúde afirma que

Há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na intersecção das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e autoestima (BRASIL, 2005, p. 12).

Outro fator determinante quando se trata da atenção à saúde da mulher negra é o racismo institucional, como alerta Roberto (2016). Para a autora, a desigualdade no atendimento devido a cor da usuária, manifesta-se através de negligência no atendimento, insultos ou a resistência no fornecimento do serviço. O estereótipo racista de que a mulher negra é “forte” e “mais resistente à dor” acarreta enormes implicações à sua saúde, como aponta Carvalho (2012). O período gestacional das mulheres negras é frequentemente negligenciado, a maioria dos médicos sequer examinam atentamente as queixas da gestante, dessa forma, doenças que poderiam ser diagnosticadas previamente e evitadas se transformam em mais estatísticas de causas de mortes maternas (CARVALHO, 2012).

Adicionalmente, Gomor dos Santos (2018) relata que, durante quase vinte anos, entre as décadas de 1960 e 1980, o Brasil financiou, junto com Organismos Internacionais, políticas de esterilização das mulheres negras, favorecendo abertamente a busca por uma seletividade nas mulheres que deveriam se reproduzir. Angela Davis (2016) debate a relação dos direitos reprodutivos, direito ao aborto e o racismo, ela expõe que, a despeito de o controle de natalidade surgir como elemento central das reivindicações feministas, essa luta era vista com desconfiança pela comunidade negra devido ao risco de que se ocorresse a defesa da chamada esterilização involuntária, considerada como “uma forma racista de controle de natalidade em massa” (DAVIS, 2016, p. 206).

No que diz respeito ao direito de controle de natalidade e o abortamento legal, o fato de o aborto ser considerado crime no Brasil impacta sobremaneira a vida reprodutiva das mulheres negras, uma vez que “o racismo e as relações patriarcais se articulam construindo um contexto específico de desigualdades, omissões e

vulnerabilidade para mulheres negras e pobres” que necessitam recorrer ao aborto clandestino (LIMA e CORDEIRO, 2020, p. 103).

De acordo com a pesquisa “Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?” (Cardoso, Vieira e Saracénias, 2020, p. 11) o perfil das mulheres que mais morrem devido a complicações de procedimentos clandestinos são as “mulheres de cor preta e as indígenas, de baixa escolaridade, com mais de 40 anos ou menos de 14, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste e vivendo sem união conjugal”.

Lima e Cordeiro (2020) afirmam que a mortalidade materna é 2,5% maior entre as mulheres negras, sendo o aborto a quinta maior causa desse tipo de óbito no Brasil. As autoras acrescentam, ainda, que o estigma em torno do debate sobre o aborto em conjunto com o racismo institucional que as mulheres negras enfrentam resultam em práticas discriminatórias por parte dos profissionais de saúde.

O racismo institucional manifesta-se, também, a partir do momento em que

O preconceito (in) consciente, a ignorância, a falta de atenção ou aceitação de estereótipos racistas que colocam segmentos populacionais em desvantagem; a sub-representação de negros e indígenas entre os cuidadores de nível superior e a falta de “habilidade” para o manejo de questões relativas à raça ou etnia (incompetência cultural) corroboram para a elaboração menos evidentes, de discriminação racial ou étnica, seja numa perspectiva individual, coletiva ou mesmo institucional. No caso da saúde, o uso de linguagem como meio de manutenção e legitimação das desigualdades sociais e raciais permite que sejam criados, cotidianamente, novos mecanismos para o não oferecimento de um serviço profissional, adequado e equânime (LOPES, 2005, p. 66-67).

A ausência de informações sobre a variável cor na maioria dos sistemas de informação da área da saúde dificulta uma análise mais consistente sobre o estado de saúde da população negra (Carvalho, 2012). A partir da análise de dados socioeconômicos realizados pela autora, pode-se observar que a grande maioria das mulheres negras se encontram abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro quando comparada à das mulheres brancas. Além disso, mulheres negras têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade, e apresentam maior risco de contrair determinadas doenças e morrer por causa delas. Adicionalmente, fatores como menor acesso à assistência obstétrica, durante o pré-natal, o parto ou o puerpério e à atenção ginecológica também colocam as mulheres negras em situação de desvantagem.

A probabilidade de um recém-nascido apresentar baixo peso, ser pequeno para a idade ou prematuro é significativamente maior entre as mães pretas ou pardas

quando comparadas às mães brancas. A qualidade de assistência pré-natal ao parto também mostrou disparidades, dado que a proporção de mulheres sem assistência pré-natal foi de 6,7% para as pretas, 4,7% para as pardas e 2,5% para as brancas. Outro dado que requer atenção é a probabilidade de receber anestesia durante o parto: as gestantes brancas receberam em 86,5% dos casos, enquanto apenas 78,2% das gestantes negras apresentaram essa probabilidade. Além disso, uma menor proporção de mulheres brancas necessitou procurar mais de uma maternidade para ser atendida, representando 18,5% contra 28,8% das mulheres pardas e 31,8% para as mulheres pretas (BARATA, 2009).

Essas iniquidades em saúde observadas ao longo do tempo se intensificaram e se tornaram ainda mais evidentes com a pandemia que assolou todo o mundo e de maneira avassaladora o Brasil a partir de 2020. As repercussões da Covid-19 no Brasil sobre a população negra, em especial, sobre as mulheres negras, ocorreram tanto no nível econômico quanto no sanitário. No que diz respeito aos reflexos socioeconômicos, o Dieese publicou um estudo baseado nos levantamentos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua- PNAD-C, sobre os impactos da pandemia no emprego da população negra, em que se pode observar que todos os grupos raciais e de gênero apresentaram elevação importante na taxa de desemprego, no entanto, a população negra apresentou elevação acima da média, podendo ser explicada, parcialmente, pelo elevado índice de trabalhadores informais e, no caso das mulheres negras, o alto número de trabalhadoras domésticas. Além dos impactos econômicos, os sanitários também são mais sentidos por essa parcela da população, principalmente em decorrência de uma maior vulnerabilidade social e precarização de condições sanitárias, acarretando os maiores índices tanto de hospitalização quanto de óbitos (VIECELI, 2020).

Dentro dessa perspectiva, enfrentar a situação da saúde das mulheres negras no Brasil, de acordo com Lima e Volpato (2014), não é uma ação que necessite meramente de uma intervenção de curto ou de médio prazo, e sim ações que enfrentem a situação das desigualdades de gênero, da questão do racismo e como esses fatores influenciam na saúde dessas mulheres em um contexto em que essas questões se encontram enraizadas na sociedade, estabelecendo as relações sociais e influenciando na forma que vivem e sobrevivem. A AMNB (2012) afirma, ainda, que

para garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde é preciso que se desenvolvam diagnósticos singularizados e propostas de ação e políticas.

Além disso, Fernanda Lopes (2019, s.p.) afirma que as mulheres negras são “vítimas de violações sistemáticas de direitos, incluindo os direitos reprodutivos”. Desde as décadas de 1980 e 1990 o movimento de mulheres negras já questionava o modo como se davam as escolhas reprodutivas para esse público, dada a prática de esterilização aliada à cesariana que, muitas vezes, eram realizadas sem o consentimento dessas mulheres. A autora expõe que essa intervenção estatal sobre os corpos negros, mesmo que em menor escala, continua sendo uma realidade até hoje.

Além da prática de esterilização compulsória, as mulheres negras também sofrem uma maior criminalização no que diz respeito à prática do aborto. Por fazerem parte de um grupo de mulheres mais vulneráveis, essas mulheres acabam por recorrer ao abortamento clandestino, estando mais expostas aos estigmas em torno do assunto e colocando suas vidas em risco. Desse modo, o debate em torno dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres deve abarcar também as condições sociais que subsidiam suas escolhas reprodutivas, indo além de ser considerado apenas como uma escolha individual.

#### **2.4. Violência obstétrica e a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos**

Os direitos reprodutivos e sexuais, de acordo com Corrêa et. al. (2015), compõem o conjunto mais amplo de Direitos Humanos, considerados, desde a Declaração Universal da ONU, como universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados. Nessa linha, Piovesan e Pirotta (2017, p. 250) afirmam que os direitos reprodutivos dizem respeito ao “conjunto dos direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana”, que compreende o acesso a um serviço de saúde adequado que garanta informação, educação e meios de controle de natalidade e de reprodução sem riscos para a saúde.

Os direitos sexuais, por sua vez, foram definidos pela Plataforma de Ação de Pequim<sup>8</sup>, em 1995, como o “direito de controlar os aspectos relacionados com a sua

---

<sup>8</sup> Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, Pequim, 1995. Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao\\_beijing.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf)

sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, e de decidir livre e responsabilmente sobre essas questões, sem coação, discriminação ou violência” (VIOTI, 1995, p. 179). Bell hooks (2018) afirma que para que a mulher alcance a liberdade sexual é necessário que seja garantido a ela um controle de natalidade confiável e seguro, além do conhecimento de seu corpo e a compreensão do que significa integridade sexual, de modo que não se confunda libertação sexual com promiscuidade sexual.

A luta pelos direitos reprodutivos teve seu ponto de partida nas reivindicações femininas, que tinha entre suas pautas a questão reprodutiva, que refletia a tensão entre a maternidade obrigatória e a contracepção, elementos que transitam entre a dominação do homem em relação à mulher e a libertação desta frente ao domínio de seus corpos (PIOVESAN; PIROTTA, 2017). Assim, o feminismo, conforme aponta Ávila (2003), iniciou os questionamentos e as ideias que historicamente produziram o conceito de direitos reprodutivos e serviram de base para a construção dos direitos sexuais.

As questões relativas aos direitos sexuais e reprodutivos são parte de uma temática mais ampla dos direitos humanos e remontam às questões da cidadania moderna, pensadas desde os princípios iluministas do século XVIII. Contudo, os direitos e a saúde sexual e reprodutiva são conceitos relativamente recentes que representam uma conquista histórica decorrente da luta pela cidadania e pelos direitos humanos. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD, realizada na cidade do Cairo, em 1994, marcou o debate sobre o tema e estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por pouco mais de 180 países. Posteriormente, esses acordos foram assumidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing), em 1995. O caminho até o Cairo, no entanto, foi árduo e marcado por obstáculos, avanços e retrocessos, em que a população ora era vista como objeto de políticas coercitivas, ora como sujeito de direitos e de políticas cooperativas (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2015).

Na busca pela garantia dos direitos reprodutivos, é importante que se tenha em mente o conceito de saúde reprodutiva pactuado na CIPD e endossado pela Conferência de Beijing determina que

---

Saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio (PATRIOTA, 1994, p. 62).

A partir do texto elaborado na Conferência do Cairo, a definição de saúde sexual pode apresentar uma ambivalência, podendo ser interpretada como uma questão subordinada à reprodução ou como uma questão autônoma, como aponta Corrêa et al. (2015). No entanto, Ávila (2003) destaca que é essencial que se trate esses dois campos de forma separada a fim de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, permitindo relacioná-las entre si e com outras dimensões da vida social. Assim, a autora relata que direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva enquanto os direitos sexuais, à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. Desse modo, ela trata a sexualidade e a reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática.

Pulhez (2013) expõe que o debate sobre os direitos reprodutivos e sexuais dão o tom da agenda do movimento pela humanização da saúde e o modo com que certas afirmações sobre a violência infligida sobre os corpos femininos são reveladas. Ávila (2003), por sua vez, compreende que o processo de construção dos direitos reprodutivos e sexuais faz parte de um processo mais amplo do movimento dialético de construção da democracia e representa, para as mulheres, o rompimento da repressão a que sempre estiveram submetidas no que diz respeito aos seus corpos e que sempre foram os elementos centrais da dominação patriarcal e impediram a liberdade reprodutiva e sexual das mulheres, assim como a violência na vida cotidiana marca um forte mecanismo de manutenção da dominação sobre a vida sexual feminina.

Nesse sentido, Diniz (2005) afirma que a violência obstétrica está ligada à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra as mulheres. Vale esclarecer que violência obstétrica, de acordo com o Dicionário feminino da infâmia

Abarca desde agressões físicas, psicológicas, verbais, simbólicas e sexuais até negligências nas assistências, discriminação, medicalização excessiva ou inapropriada, adesão a práticas obstétricas reconhecidas desaconselhadas, prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas - vividas no momento da gestação, parto, nascimento e pós-parto. A tipificação das intervenções nomeadas como violência obstétrica são: tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), enemas, episiotomia, amniotomia, indução das contrações uterinas com o hormônio sintético, ocitocina, manobra de kristeller, impedimento da presença de acompanhantes e doulas, imposição à litomia, negação à alimentação, falta de mobilidade, baixo e mau uso do partograma, etc. (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015, p. 386).

De acordo com Bragança (2019), existem diversas formas de violência obstétrica podendo ocorrer por meio de violência física, mediante procedimentos desnecessários, durante o parto, e/ou psicológica através de discriminação, constrangimentos ou até racismo. A realidade brasileira é caracterizada por um atendimento com abuso de intervenções cirúrgicas, muitas vezes humilhantes, em que há falta de informação às mulheres e até a negação ao direito ao acompanhante. Além dessas intervenções obstétricas desnecessárias, muitas mulheres relatam vivências de parto dolorosas, com ofensas, humilhações e expressões de preconceitos arraigados em relação a sua saúde e sexualidade, revelando uma grave violação dos direitos humanos e direitos das mulheres (ZANARDO et al., 2017).

A Pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2012, evidencia maiores percentuais de violência obstétrica entre mulheres negras, com menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos, da Região Nordeste, com parto vaginal e que não tiveram acompanhantes durante a internação. Bragança (2019) relata que fatos históricos e sociais podem servir de explicação para o índice elevado de ocorrência de violência obstétrica em mulheres negras e de baixa renda, tendo em vista que as relações sociais no Brasil foram fundamentadas pelo viés racial herdado pela escravidão negra, determinando o viés racial implícito, consubstanciado por meio de práticas sugestivas de discriminação e preconceito, resultante de estereótipos relativos à pessoa negra.

Além disso, D'Orsi et al. (2014) afirma que fatores como a diferença racial, o estrato sociodemográfico, a renda e a escolaridade podem influenciar a percepção das usuárias sobre o seu atendimento e seu parto, dado que, em alguns serviços públicos de saúde no Brasil, essas mulheres são consideradas sem autonomia e sem capacidade de decidir sobre seu corpo no parto. Tendo isso em vista, Zanardo et al. (2017) relata que diversos esforços institucionais têm sido empreendidos pelo Ministério da Saúde para melhorar a assistência obstétrica e neonatal, bem como para

melhorar as condições de vida das mulheres, por meio da incorporação da perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento das ações em saúde, tais como: a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS e a Rede Cegonha, implementada pela Portaria n. 1.459/2011.

No que diz respeito à Rede Cegonha, é importante esclarecer que é uma política que consiste em “uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e o provimento contínuo das ações de atenção à saúde materna e infantil” (THEOPHILO et al, 2018, p. 3506). Essa rede surgiu a partir da junção de diversas iniciativas ministeriais anteriores com o intuito de fomentar ações de melhoria na qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, bem como garantir uma melhor assistência às crianças até os dois anos de idade. Embora a implementação dessa Rede tenha representado um avanço no combate a ocorrência de violências obstétricas, a falta de ações em busca de uma maior equidade no atendimento das mulheres negras, faz com que a vulnerabilidade dessas mulheres permaneça.

A vulnerabilidade das mulheres negras pode ser demonstrada, também, ao analisar o caso da epidemia de Aids que, conforme aponta Lopes, et. al. (2007, p. 40) “atinge com maior intensidade os grupos historicamente excluídos da riqueza social, bem como aqueles que são culturalmente discriminados”. Assim, de acordo com a autora, foram realizados diversos estudos sobre a vulnerabilidade das mulheres nesse campo, sendo possível destacar uma série de fatores que as colocam nesse patamar, tais como: (i) restrições do poder de participação nas decisões envolvendo a vida sexual e reprodutiva; (ii) coerções emocionais de caráter culturalmente determinado que interferem no uso de métodos de prevenção; e (iii) a baixa percepção de vulnerabilidade das mulheres entre os chamados “grupos de risco”.

Nesse sentido, Ávila (2003) afirma que políticas públicas dirigidas aos direitos sexuais e reprodutivos devem estar voltadas para a justiça social, e para isso, elas têm de ser formuladas e executadas levando em conta as diversas desigualdades existentes como as de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual, de modo que seja possível combater as práticas carregadas de significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão da mulher. Esses significados, de acordo com Zanardo et al. (2017) favorecem as condições de existência e perpetuação das violências contra as mulheres, como a violência obstétrica, e não



devem ser compreendidas apenas como reflexo das precárias condições de trabalho dos profissionais.

A partir dessa necessidade de se ampliar o olhar sobre os direitos reprodutivos a fim de se garantir o pleno exercício da saúde reprodutiva, que surge o conceito interseccional de justiça reprodutiva, englobando perspectivas de direitos humanos e justiça social. Esse conceito surgiu em 1994, após a CIPD, a partir de experiências vivenciadas por mulheres negras, esclarecendo que as opressões de raça, classe, gênero e orientação sexual não devem ser considerados como fatores aditivos e sim integrativos. Assim, deve-se ter em mente que eventos como gravidez, contracepção e aborto, apesar de ocorrer no corpo das mulheres, devem ser considerados como fenômenos relacionais, que envolvem parceiros, familiares e condições sociais objetivas para se efetivem (GOES, 2017; BRANDÃO e CABRAL, 2021).

Angela Davis, em seu livro “Mulheres, Classe e Raça” (2016) reforça o conceito de justiça reprodutiva, ao expor que, para o pleno exercício do direito reprodutivo, faz-se necessário a garantia de outros direitos ao afirmar que

Quando números tão grandes de mulheres negras e latinas recorrem a abortos, as histórias que relatam não são tanto sobre o desejo de ficar livres da gravidez, mas sobre as condições sociais miseráveis que as levam a desistir de trazer novas vidas ao mundo (DAVIS, 2016, p. 207).

Dessa forma, a reivindicação do uso do conceito de justiça reprodutiva incorpora, de modo amplo, a necessidade de garantia de direitos sociais e econômicos em conjunto aos direitos sexuais e reprodutivos, de modo que seja possível que o Estado ampare tanto as mulheres que desejam ter seus filhos em condições seguras quanto àquelas que não desejam ter filho algum. É importante, portanto, que se leve em consideração os múltiplos processos de produção das desigualdades sociais e as disparidades produzidas pela subordinação e hierarquização pelas quais as mulheres, em especial as mulheres negras, estão submetidas para que se identifique as possíveis formas de mitigar o impacto na saúde dessas mulheres (BRANDÃO e CABRAL, 2021).

Apesar de dados concretos acerca da ocorrência de violência obstétrica no Brasil e da necessidade de se incorporar o conceito de justiça reprodutiva, em 2019, impulsionado pelo neoconservadorismo vigente no atual governo brasileiro, o

Ministério da Saúde, declarou<sup>9</sup> que “o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério”. Acrescentou, ainda, que “a expressão ‘violência obstétrica’ não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada”. Esse movimento do Ministério da Saúde representa um imenso retrocesso na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, tendo em vista que, negar o uso do termo “violência obstétrica” e pregar a sua abolição, representa negar a existência da violência pela qual milhares de mulheres sofrem todo ano.

Essa negação afeta de maneira ainda mais grave as mulheres negras, uma vez que elas são as que mais sofrem violência obstétrica. Estereótipos como a ideia de que as negras são mais fortes, mais resistentes a dor e boas parideiras, impactam negativamente no atendimento que recebem nos serviços de saúde, fazendo com que sejam submetidas à violências diversas que vão desde menos atenção e humanidade durante o parto até a não aplicação de anestesia. A onda conservadora que o Brasil vem enfrentando nos últimos anos agrava ainda mais a situação dessas mulheres, uma vez que o racismo estrutural e a cultura heteropatriarcal se evidenciam, agravando ainda mais a situação de vulnerabilidade e impondo uma série de barreiras para o acesso ao sistema de saúde. Assim, apenas o fato de nascer negra em uma sociedade cada vez mais racista e machista como a que vem se configurando no Brasil, por si só já se torna um fator de risco para que se alcance condições plenas de saúde.

---

<sup>9</sup> Despacho DAPES/SAS/MS, de 03 de maio de 2019. Disponível em: [https://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&codigo\\_verificador=9087621&codigo\\_crc=1A6F34C4&hash\\_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0)

### **CAPÍTULO 3 – ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA E RACISMO: PERCEPÇÃO DE MULHERES NEGRAS DO DISTRITO FEDERAL**

*“Eu acredito que a questão do racismo exista sim, e ela está nas pequenas coisas também, não é numa ofensa de grande porte, é num olhar, é num gesto, é nas pequenas coisas e a gente sente! Não tem como você não sentir! Não precisa me insultar diretamente para eu saber que você não está gostando da minha presença ou que eu te incomodo de alguma forma. Então é nas pequenas coisas também”. (Trecho de uma das entrevistas realizadas)*

Neste capítulo são apresentados os principais resultados da pesquisa realizada com gestantes e puérperas negras atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal – UBS, a partir da realização de entrevistas semiestruturadas, à luz do referencial teórico discutido ao longo desta dissertação.

É importante destacar que os anos de 2020 e 2021 foram marcados pela pandemia do COVID-19, acarretando uma série de desafios à realização da pesquisa, que se estendem até o presente momento. O principal deles foi decorrente da necessidade de serem resguardadas as medidas sanitárias emitidas pelos órgãos oficiais de saúde pública, entre elas, o isolamento social, medida essencial para conter a transmissão do vírus e proteger a saúde das participantes e da pesquisadora. Desse modo, foi necessário adaptar a metodologia da entrevista semiestruturada, que originalmente seria realizada de forma presencial, para a utilização de meios eletrônicos, que variaram entre ligação telefônica ou vídeo chamadas via aplicativo *WhatsApp*.

Embora seja sabido que a *Internet* tenha adquirido uma importância estratégica em meio a esse período de pandemia, podendo ser considerada, de acordo com Bianco (2005, p. 159), “a base material da vida e das formas de relação com a produção, o trabalho, a educação, a política, a ciência, a informação e a comunicação”, faz-se necessário explicitar as diferenças entre as interações ocorridas a partir de meio virtuais e as que ocorrem pessoalmente. Quando se está frente a frente com outra pessoa, as relações de empatia e troca de experiências podem ocorrer de forma mais aprofundada do que quando realizada a partir de algum tipo de instrumento tecnológico, tornando-se, de certa forma, mais uma barreira para a realização da pesquisa, perpassando desde a pouca familiaridade de uso de

ferramentas e plataformas virtuais por parte de algumas entrevistadas até a maneira de como agir e abordar determinados temas com as pessoas envolvidas.

Ressalvadas essas informações, as entrevistas foram realizadas em dois períodos distintos, entre os dias 10 a 14 de maio de 2021 e 08 a 12 de novembro de 2021. A escolha das datas se deu a partir do acompanhamento do avanço do Plano Nacional de Imunização - PNI e do registro de novos casos de COVID-19 nas regiões administrativas selecionadas, a fim de minimizar os riscos da pesquisa, uma vez que, embora as entrevistas tenham sido realizadas por meios eletrônicos, havia a necessidade de um primeiro contato nas UBS, para selecionar as candidatas a participantes da pesquisa. Além disso, optou-se por não utilizar a estratégia de saturação de dados para definição do momento de finalizar as entrevistas. Dessa forma, foi definido o número de mulheres a serem entrevistadas, com o objetivo de reduzir o campo e o contato com as mulheres, minimizando os riscos de contaminação devido a Covid-19, e assim resguardar a saúde das pessoas envolvidas. Foram visitadas, portanto, respectivamente, a UBS 02 do Fercal e a UBS 02 da Estrutural, sendo uma em cada período, a partir dos critérios descritos nos procedimentos metodológicos.

O instrumento de coleta de dados adotado permitiu uma maior flexibilidade na condução da entrevista, dado que, segundo Laville & Dionne (1999), as entrevistas semiestruturadas permitem alterar a ordem das perguntas, reformulá-las ou até suprimir algumas, a fim de garantir mais coerência nas trocas realizadas com as participantes. O roteiro de entrevista semiestruturada foi composto por três partes: (i) dados sociodemográficos e de saúde da participante; (ii) acesso e acompanhamento pré-natal; e (iii) atenção ao parto e pós-parto. Dessa forma, as participantes gestantes responderam questões referentes apenas às duas primeiras partes do roteiro, ao passo que para as participantes puérperas foram realizadas as perguntas de todo o roteiro.

As entrevistas foram conduzidas, gravadas e transcritas pela pesquisadora, de forma a possibilitar que a análise de conteúdo seja estruturada a partir das etapas propostas por Bardin (2016), quais sejam: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados.

A partir da pesquisa e da análise de conteúdo realizadas emergiram dois temas centrais com seus respectivos subtemas (**Quadro 1**): (i) acesso e acompanhamento pré-natal; e (ii) atenção ao parto e pós parto.

**Quadro 1 - Temas centrais e subtemas identificados na entrevista semiestruturada**

Tema	Subtemas	Descrição
Acesso e Acompanhamento pré-natal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso e quantidade de consultas</li> <li>- Orientações e Indicações para a prática de atividades educativas / integrativas</li> <li>- Influência do racismo no acolhimento/ assistência pré-natal</li> <li>- Fatores que podem ser melhorados na assistência ao pré-natal</li> </ul>	Esse tema buscou apreender o acesso das mulheres ao pré-natal e a presença do racismo no atendimento.
Atenção ao parto e pós parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento durante o parto</li> <li>- Procedimentos, cuidados íntimos e/ou falas feitas no momento do parto</li> <li>- Assistência empregada no parto e pós parto</li> <li>- Fatores que podem ser melhorados na assistência ao parto e pós parto</li> </ul>	Esse tema tentou compreender o atendimento das mulheres no parto e pós-parto e a presença do racismo no atendimento.

Fonte: elaboração própria a partir da análise das entrevistas semiestruturadas

No que diz respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, para que se mantenha o anonimato das mulheres entrevistadas, conforme explicado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e assinado por cada uma das participantes, optou-se por substituir seus nomes por codinomes de orixás femininas de religiões de matriz africana, como o Candomblé e a Umbanda. Essa medida é importante por entender que os relatos compartilhados são de aspecto íntimo e muitas vezes sensíveis para algumas delas. No TCLE foram explicados também os objetivos da

pesquisa, o caráter voluntário da participação e as possibilidades de recusa de resposta a algumas perguntas feitas, bem como a desistência a qualquer momento.

Ante o exposto, este capítulo foi dividido em quatro seções. As duas primeiras, de cunho mais descritivo, buscam caracterizar, respectivamente, o perfil das mulheres entrevistadas e o espaço institucional selecionado para a pesquisa. As duas seções seguintes abordam a análise da percepção dessas mulheres quanto ao acesso e aos cuidados dispensados no pré-natal e no parto, buscando evidências da influência que o racismo pode desempenhar nesses cuidados.

### 3.1. O perfil das mulheres entrevistadas

Foram realizadas 10 (dez) entrevistas com mulheres atendidas nas UBS do Distrito Federal com idade entre 19 (dezenove) e 34 (trinta e quatro) anos. Dessas, 06 (seis) eram gestantes e 04 (três) puérperas, com uma renda familiar que variava entre 0 (zero) e 1,5 (um e meio) salário mínimo. A maioria das entrevistadas possuíam 8 (oito) anos ou mais de estudo. Entre as gestantes entrevistadas, a maioria recebia algum tipo de benefício social e apresentavam uma média de 2,8 filhos. Já entre o grupo das puérperas que foram entrevistadas, apenas uma recebia benefício social e tinham uma média de 2 filhos. Na tabela 1, a seguir, estão organizadas algumas das informações sociodemográficas que possibilitaram traçar um perfil das mulheres entrevistadas.

**Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres participantes da entrevista**

<b>Grupo/ Características</b>	
<b>Gestantes</b>	
Idade (intervalo)	19 - 34
Estado Civil	
Solteira	1
Casada	2
União Estável/Mora junto	3
Escolaridade (anos de estudo)	
Menos de 8	1

8 ou mais	5
<b>Condição de Trabalho</b>	
Tem ocupação	1
Está desempregada	5
Renda familiar (intervalo)	0 – 1 Salário Mínimo
<b>Benefício Social</b>	
Recebem algum benefício social	5
Não recebem nenhum benefício	1
Número de Filhos (média)	2,8
<hr/>	
<b>Puérperas</b>	
<hr/>	
Idade	22 - 32
<b>Estado Civil</b>	
Solteira	2
Casada	1
União Estável/Mora junto	1
<b>Escolaridade</b>	
Menos de 8	1
8 anos ou mais	3
<b>Condição de Trabalho</b>	
Tem ocupação	1
Está desempregada	3
Renda (intervalo)	0,5 – 1,5 Salário Mínimo
<b>Benefício Social</b>	
Recebem algum benefício social	1
Não recebem nenhum benefício	3
Número de Filhos (média)	2

Fonte: elaboração própria a partir da decodificação dos dados sociodemográficos coletados nas entrevistas semiestruturadas.

No que diz respeito à escolaridade das participantes, a maioria delas declarou possuir ao menos 08 anos de estudo, sendo que, dessas, uma completou o ensino fundamental, uma possuía o ensino médio incompleto, quatro completaram o ensino médio e duas estavam cursando o nível superior. Entre aquelas que relataram que haviam estudado menos de 08 anos, uma declarou ter estudado até a terceira série do ensino fundamental e a outra, até a quinta série.

Essas informações vão ao encontro dos dados divulgados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Educação, realizado pelo IBGE em 2019, a qual revela a existência da desigualdade racial dentro desse campo, apontando que entre os 10,1 milhões de jovens de 14 a 29 anos que não frequentam a escola e nem concluíram o ensino médio, 7,2 milhões são negros.

No Distrito Federal, essa desigualdade também pode ser observada, dado que entre a população de 25 anos ou mais, 38% dos negros possuem o ensino médio completo, cerca de 20% tem o ensino fundamental incompleto e apenas 24,6% concluíram o ensino superior, de acordo com dados da Pesquisa Retratos Sociais DF – 2018 (CODEPLAN, 2020). Ainda de acordo com essa pesquisa, nas regiões administrativas de renda baixa como Varjão, Fercal, Scia-Estrutural, Itapoã e Planaltina, mais de 50% da população negra havia completado, no máximo, o ensino fundamental.

Esses dados acerca da escolaridade das participantes da pesquisa são relevantes, uma vez que, segundo Barata (2009, p. 26), “a escolaridade materna é um dos determinantes mais importantes, tanto como marcador de posição social quanto como indicador do nível de instrução e da possibilidade de compreender e aplicar corretamente as informações técnicas”. Adicionalmente, Zanardo *et. al* (2017, p. 6) afirmam que “fatores como a diferença racial, o estrato sociodemográfico, a renda e a escolaridade influenciam a percepção das usuárias sobre o atendimento ao parto e ao parto em si”.

Outro dado que chamou atenção na pesquisa foi a renda familiar declarada pelas entrevistadas, e, por consequência, as informações colhidas acerca de estarem ou não em alguma ocupação, bem como a percepção ou não de alguma espécie de benefício social ofertado pelo governo. Entre as dez participantes da pesquisa, a renda média familiar variou entre nenhuma renda e um salário mínimo e meio, sendo



que seis delas informaram que a renda familiar média era aproximadamente de um salário mínimo mensal.

A renda é um dos principais indicadores sociais e historicamente aponta a grande disparidade entre negros e brancos no Brasil. De acordo com o IBGE, em 2019, cerca de 75% das pessoas que compunham o grupo de extrema pobreza eram pretas ou pardas. O estudo intitulado *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil*, também realizado pelo IBGE, em 2018, apontou que a renda média domiciliar per capita era quase duas vezes maior entre a população branca se comparada à da população negra, apresentando um valor de R\$1.846 contra R\$934.

Essa desigualdade também pode ser observada no âmbito do Distrito Federal, como apontam os dados extraídos da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD – 2018 (CODEPLAN, 2018). Segundo essa pesquisa, a discrepância entre a renda média domiciliar entre os negros e os não negros se mantém em todas as faixas de renda, sendo que, no grupo de baixa renda, os negros possuem renda domiciliar média de R\$ 1.589,55, entre os não negros esse valor vai para R\$ 1.716,43.

É importante destacar que, as entrevistas ocorreram em meio à situação pandêmica do COVID-19, fato que pode ter afetado a situação de renda e ocupação das mulheres entrevistadas, uma vez que, ao contrário do que foi reproduzido desde o início da crise sanitária, seus efeitos não afetaram a todos do mesmo modo. Santos *et al* (2020, p. 230) afirmam que “os desdobramentos da pandemia da Covid-19 numa sociedade estruturada pelo racismo penalizam grupos vulneráveis, especialmente entre pessoas negras”.

Assim, além dos efeitos causados à saúde dessa parcela da população, os danos ao emprego e renda dessas pessoas também foram consideráveis, muito pelo fato de comporem grande parte do contingente de trabalhadores em postos de trabalho considerados como os mais vulneráveis do mercado. Essa característica, somada à atual crise de desemprego que o Brasil vem enfrentando pode ser observada entre as entrevistadas, dado que, entre as 10 participantes, apenas duas estavam em alguma ocupação, sendo que uma delas estava exercendo suas atividades em um trabalho de caráter temporário.

Por fim, ao serem questionadas se recebiam alguma espécie de benefício social concedido pelo governo, seis afirmaram receber ao menos um benefício e

quatro informaram que não recebiam nenhum. Em decorrência do contexto pandêmico, o Auxílio Emergencial<sup>10</sup> foi o benefício mais citado na entrevista, sendo percebido por cinco das seis mulheres que relataram receber algum auxílio complementar de renda, os outros benefícios citados foram o Cartão Prato Cheio<sup>11</sup> e o Bolsa Família<sup>12</sup>.

Algumas mulheres relataram, ainda, que, no momento, o Auxílio Emergencial era a única fonte de renda da família. Essa informação reforça o argumento da professora Lucélia Pereira (2021, p. 18) ao afirmar que “a intensificação e expansão da pobreza e das desigualdades provocadas pela Covid-19 requer uma presença maior do Estado na execução de políticas públicas que assegurem proteção social às pessoas em maior vulnerabilidade”. Assim, o perfil dessas mulheres reflete o quadro de marginalização sofrido pela população negra em decorrência do racismo estrutural no Brasil e, mais especificamente, no Distrito Federal.

### **3.2. A escolha do espaço institucional**

O Sistema Único de Saúde funciona a partir de uma lógica hierarquizada, de acordo com o grau de complexidade que cada atendimento requer, conforme previsto no artigo oitavo da Lei Orgânica da Saúde, sendo dividida em quatro níveis: (i) Atenção Primária; (ii) Atenção Secundária; (iii) Atenção Terciária, e (iv) Reabilitação.

A Atenção Primária à Saúde – APS é a porta de entrada para o SUS e se diferencia dos demais níveis por ter como principal característica a sua não segmentação em especialidades, utilizando tecnologias próprias no cuidado, e por considerar os contextos socio sanitários dos usuários do sistema, estando

---

<sup>10</sup> O Auxílio Emergencial é um benefício para garantir uma renda mínima aos brasileiros em situação mais vulnerável durante a pandemia do Covid-19 (novo coronavírus), já que muitas atividades econômicas foram gravemente afetadas pela crise. Fonte: site do Ministério da Cidadania. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-emergencial>

<sup>11</sup> O Cartão Prato Cheio é um benefício temporário, criado pelo Governo do Distrito Federal, para atender famílias em situação de vulnerabilidade social ou que tiveram a renda prejudicada em razão da pandemia da covid-19. Fonte: site da Agência Brasília. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/06/30/credito-para-quase-35-mil-beneficiarios-do-cartao-prato-cheio/>

<sup>12</sup> O Bolsa Família é um programa do Governo Federal, criado em 2003, que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil e possui três eixos principais: complemento da renda; acesso a direitos; e articulação com outras ações a fim de estimular o desenvolvimento das famílias. Fonte: site do Ministério da Cidadania. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>

interessada não apenas nos aspectos físicos, mas também nos aspectos psicoemocionais dos processos saúde-doença (SENNÁ e LIMA, 2012).

Por serem consideradas como a porta de entrada dos serviços públicos de saúde, as Unidades Básicas de Saúde – UBS, estabelecimentos da Atenção Primária à Saúde – APS, foram selecionadas como parte do objeto desta pesquisa, a fim de observar, entre outros fatores, o acesso e o tratamento dispensado às mulheres negras na procura por esses serviços.

O Distrito Federal possui, atualmente, 176 UBS distribuídas em todas as Regiões de Saúde, conforme o **Quadro 2** abaixo.

### **Quadro 2 - Distribuição de UBS por Região Administrativa**

<b>Região de Saúde</b>	<b>Quantidade de UBS</b>
<b>Região Central</b> (Plano Piloto, Cruzeiro, Lago Norte, Varjão)	09
<b>Região Centro Sul</b> (Guará, Riacho Fundo II, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo, SCIA/Estrutural, Candangolândia, Park Way, Plano Piloto, SIA)	20
<b>Região Leste</b> (São Sebastião, Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico)	31
<b>Região Norte</b> (Planaltina, Sobradinho II, Sobradinho, Fercal)	37
<b>Região Oeste</b> (Ceilândia, Brazlândia)	27
<b>Região Sudoeste</b> (Samambaia, Recanto das Emas, Taguatinga, Águas Claras, Vicente Pires)	32
<b>Região Sul</b> (Gama, Santa Maria)	20
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>

Fonte: elaboração própria a partir de dados extraídos do *site* InfoSaúde-DF. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br>.

A partir dos procedimentos metodológicos propostos, foi realizado o ranqueamento das Regiões Administrativas – RA considerando o percentual de população negra em cada uma delas, de forma a possibilitar a escolha das UBS que seriam visitadas para compor o público desta pesquisa. Assim, realizando o intercruzamento das RA com os maiores percentuais de negros por cada Região de Saúde do Distrito Federal, de acordo com a CODEPLAN (2020), tem-se o seguinte ranking, como aponta o **Quadro 3**: 1º) Fercal (81,3%); 2º) SCIA-Estrutural (76,6%); 3º) Varjão (75,7%); 4º) Itapoã (73,4%); 5º) Santa Maria (69,5%); 6º) Brazlândia (68,8%); e 7º) Recanto das Emas (65,8%).

É importante ressaltar que, em razão da pandemia de Covid-19 que o Brasil vem enfrentando desde 2020, adaptou-se os procedimentos metodológicos propostos, visando resguardar a saúde da pesquisadora, bem como proteger as grávidas e puérperas, que se enquadram entre o grupo de risco para essa doença. Desse modo, optou-se por visitar apenas duas UBS, uma em cada região administrativa entre as primeiras do *ranking* ilustrado no Quadro 3, quais sejam: a UBS 02 do Fercal, conhecida também como Catingueiro, e a UBS 02 da Estrutural. Essas unidades foram escolhidas pelo fato de que, dentro de suas respectivas RA, eram as que estavam realizando o serviço de atenção ao pré-natal, parto e pós-parto no momento da pesquisa.

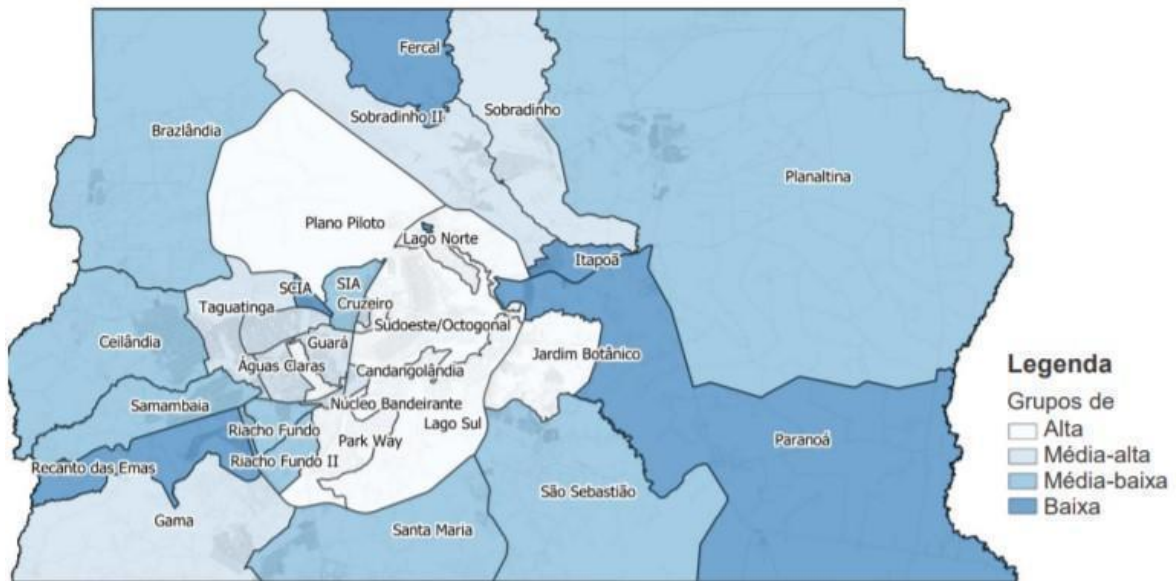
**Quadro 3 - Ranking população negra por Região Administrativa, distribuídas por Região de Saúde**

Região de Saúde	Região Administrativa	Percentual População Negra
Região Norte	Fercal	81,3%
Região Centro Sul	SCIA/Estrutural	76,6%
Região Central	Varjão	75,7%
Região Leste	Itapoã	73,4%
Região Sul	Santa Maria	69,5%
Região Oeste	Brazlândia	68,8%
Região Sudoeste	Recanto das Emas	65,8%

Fonte: elaboração própria a partir de dados da CODEPLAN (2020).

Ao analisar a distribuição da população negra entre as regiões administrativas, uma característica que chamou atenção foi o fato de que essas pessoas se encontram em maior proporção nos grupos de RA de renda baixa e média-baixa (**Figura 1**), de acordo com o Estudo da CODEPLAN (2020), Retratos Sociais DF-2018.

**Figura 1 - Regiões Administrativas por Renda**



Fonte: Codeplan. Retratos Sociais DF- 2018.

Esse dado reafirma o fato de que o racismo estrutural atua fortemente para que se perpetue as desigualdades sociais existentes no Brasil. Pereira (2016, p. 43) aponta que, no Brasil,

Defende-se a ideia de que a posição social inferior, ocupada pelos negros, são decorrentes das desigualdades econômicas resultantes tanto de um legado da escravidão quanto do não aproveitamento adequado das oportunidades, ditas iguais para todos, com base na ideia de uma sociedade democrática (PEREIRA, 2016, p. 43).

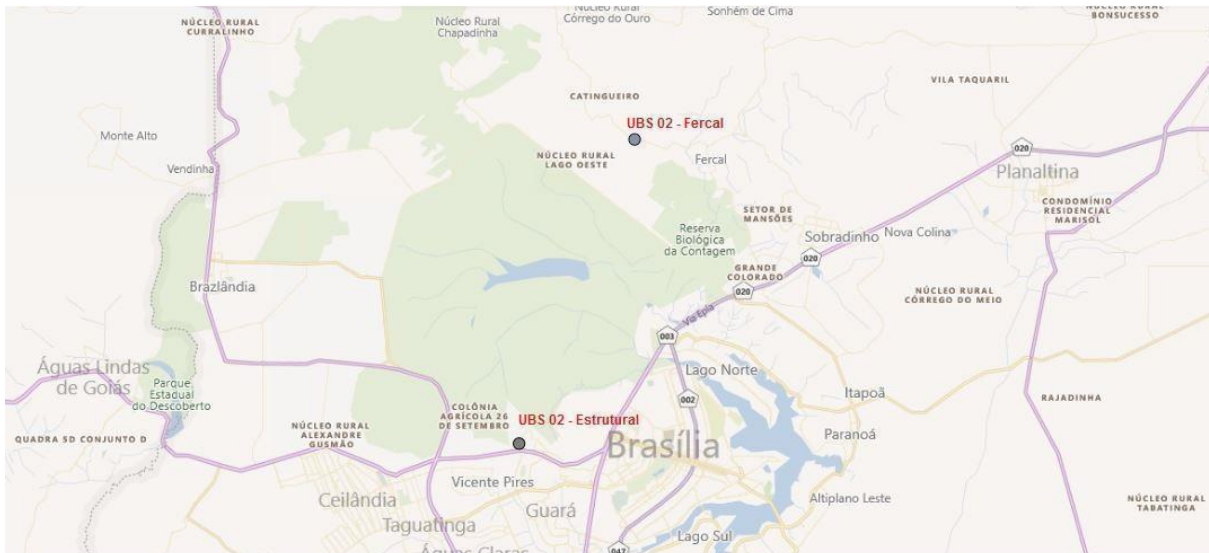
Para a autora, o reducionismo econômico existente no debate da relação entre cor e classe social interfere na problematização da questão racial perante as desigualdades existentes no país, perpetuando o lugar marginal aos negros. Nessa linha, Guimarães (2002, p. 43) afirma que

No Brasil, onde as discriminações raciais (aquelas determinadas pelas noções de raça e cor) são amplamente consideradas, pelo senso comum, como discriminações de classe, o sentido pré-sociológico do termo nunca deixou de ter vigência. Este sentido *ancien* do termo “classe” pode ser compreendido como pertencendo à ordem das desigualdades de direitos, da distribuição da honra e do prestígio sociais, em sociedades capitalistas e modernas, onde permaneceu razoavelmente intacta a uma ordem hierárquica de privilégios, e onde as classes médias não foram capazes de desfazer os privilégios sociais, e de estabelecer os ideários da igualdade de cidadania.

Desse modo, ao analisar a localização das UBS visitadas (**Figura 2**) fica evidente o fato de, além dessas regiões configurarem entre as RA de baixa renda, também estão localizadas nas partes mais periféricas e distantes da região central do Distrito Federal. Essa característica reflete um contexto histórico iniciado desde o

período da escravidão, tendo como um dos marcos a edição da Lei de Terras<sup>13</sup>, em 1850, que, como aponta Costa e Azevedo (2016, p. 147) “o preço das terras aumentou, inviabilizando assim a posse de terras por pessoas de baixa renda e/ou escravos recém-libertos”.

**Figura 2 - Localização das Unidades Básicas de Saúde visitadas**



Fonte: InfoSaúde-DF. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br>

Sobre o assunto, Lourdes Carril (2006, p. 58) acrescenta que

A segregação, que teve como fundamento a propriedade privada da terra desde a Lei de Terras de 1850, promoveu a separação entre os que têm condições de acesso à propriedade da terra, como mercadoria e os não-proprietários. Por sua vez, a Abolição não representou a inserção do ex-escravo como trabalhador assalariado, nem o reproduziu como trabalhador, uma vez que ele teve de competir em condição desigual com o imigrante para integrar as novas bases da acumulação do capital. Não havendo lugar na sociedade para o ex-trabalhador escravo, a reprodução dos seus meios de vida ficou condicionada às formas de superexploração, e as opções de moradia foram os cortiços e as favelas, já que não tinha a possibilidade de produzir seus meios de subsistência, nem sua moradia.

Outro fator que contribuiu para que a população negra se afastasse dos grandes centros urbanos foi a política de embranquecimento da população brasileira, intensificada, principalmente na segunda metade do século XIX, sob o argumento falacioso de que os imigrantes europeus estariam mais preparados para ocupações mais dinâmicas. Renan Santos (2019, s.p) afirma que

A marginalização dos negros no período pós-abolição não foi meramente o produto da falta de preparo dos egressos da escravidão em se adequarem ao

<sup>13</sup> A Lei de Terras, de 18 de setembro de 1850, editou normas sobre a venda, a posse e a utilização de terras do Império, a partir do Segundo Reinado. Essa lei proporcionou a manutenção e a concentração agrária na mão dos grandes proprietários rurais, tornando a compra e venda a única forma de acesso à terra.

mercado de trabalho que se estruturou no pós-Abolição, tampouco foi fruto de inabilidade ou negligência por parte das elites políticas e econômicas em relação a essas massas. Na verdade, essa marginalização é resultado do pensamento eugenista, e das políticas amparadas por uma teoria pseudocientífica que tinha como objetivo promover a extinção dos negros do Brasil.

Essa situação vem se reproduzindo e determinando a posição do negro no espaço, revelando-se como mais um traço do racismo estrutural enraizado no país. O IBGE, por meio do estudo Síntese de Indicadores Sociais, publicado em 2021, apontou que a proporção de trabalhadores pretos ou pardos que levavam mais de uma hora para se deslocar até o trabalho era de 18,1%, enquanto a parcela de trabalhadores brancos ficava em torno de 14,6%. Essa distância dos grandes centros em geral vem acompanhada de condições de saneamento básico precárias, problemas de mobilidade urbana e precariedade dos serviços de saúde, influenciando de forma direta na saúde das pessoas que habitam esses espaços, entre elas, as mulheres negras, que são o objeto dessa pesquisa.

### **3.3. Percepções das mulheres negras sobre acesso, acolhimento e acompanhamento no pré-natal**

Um dos temas centrais identificado, a partir da análise de conteúdo, foi a questão do acesso e do acompanhamento ao pré-natal das mulheres pretas e pardas entrevistadas. Esse tema se desdobrou em quatro subtemas relacionados, que abordaram os seguintes aspectos nas entrevistas realizadas: (i) como se deu a forma de acesso e a quantidade de consultas realizadas; (ii) se receberam orientações e/ou indicações para a prática de atividades educativas e/ou práticas integrativas; (iii) se perceberam alguma forma de racismo ao longo do acolhimento e da assistência prestada ao pré-natal; e (iv) na opinião delas, o que poderia ser melhorado para garantir uma melhor assistência ao pré-natal.

Para esta pesquisa, o acesso foi considerado por uma perspectiva constitucional, onde, em seu artigo 196, afirma que a saúde é “direito de todos e dever do Estado”, devendo este garantir o “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art.196). Na Atenção Primária à Saúde, Maieli Nied *et al* (2020, p. 363) afirma que

O acesso pode estar relacionado com as várias alternativas de adentrar aos serviços de saúde, associadas com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas, e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso.

Embora esse acesso a saúde seja um direito consolidado na Constituição Federal, as barreiras geradas pelo racismo, articuladas pelas desigualdades de gênero, no caso das mulheres negras, podem dificultar ou impedir o acesso e a utilização dos serviços de saúde para essas mulheres (GOES e NASCIMENTO, 2012).

O SUS tem, como um de seus princípios organizativos, a regionalização, onde estabelece que os serviços de saúde devem estar circunscritos a uma área geográfica determinada, com a definição e o conhecimento da população a ser atendida<sup>14</sup>. Seguindo esse princípio, o Distrito Federal organiza o acesso às Unidades Básicas de Saúde a partir do endereço de moradia das pessoas. Por essa razão, a maioria das entrevistadas relataram que não tiveram maiores problemas para ter acesso aos serviços ofertados, como a marcação de consultas e exames. A principal queixa, especialmente entre as entrevistadas que estavam sendo acompanhadas na UBS 02 do Fercal, que se localiza em um Núcleo Rural, consistia na escassez de transporte público para se deslocar até a Unidade, dificultando, muitas vezes, o acesso e o acompanhamento das consultas.

Ewá (30 anos): “dificuldade de acesso porque tem que pegar ônibus para ir e tem que ficar na parada esperando e tem muitas vezes que eles demoram. Então o acesso é um pouco mais difícil”.

Obá (28 anos): “difícil mais para nós mesmo é a condução, porque o ônibus passa muito escassamente, tem vezes que a gente fica lá no posto horas esperando até que passe outro ônibus para a gente poder ir embora”.

Embora o acesso aos serviços de saúde nas UBS seja pautado pelo princípio da regionalização, a escassez no transporte público surge como uma barreira, uma vez que esse é o principal meio de locomoção para determinada parcela da população periférica. Balduino e Jesus (2018) analisam que os trajetos percorridos pelos usuários do transporte público não são levados em consideração quando formulam as políticas de mobilidade. Para essas autoras, as mulheres periféricas, por exemplo, necessitam percorrer um caminho distante de suas casas ao ponto de ônibus mais próximo, e “devido à falta de estrutura, inúmeras vezes enfrentam uma longa espera na parada de ônibus, e muitas vezes sozinhas” (BALDUINO e JESUS, 2018, p. 5).

---

<sup>14</sup> De acordo com definição do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>.



O estudo “Como anda meu ônibus”, elaborado pelo Instituto de Fiscalização e Controle - IFC em parceria com o Ministério Público do DF e Territórios - MPDFT, em 2020, registrou que o tempo médio de viagem varia de trinta minutos a duas horas para chegar no destino previsto, sendo que o tempo médio de espera na parada pode chegar a uma hora para embarcar nos ônibus do Distrito Federal. Nascimento et al (2019 p. 12-13) aponta, acerca desse tema que

Mobilidade, como a maioria dos problemas encontrados nos países em desenvolvimento, trata-se de igualdade e equidade. A grande desigualdade nos países pobres torna difícil de perceber que, por exemplo, uma cidade avançada não é aquela em que os pobres usam carros, mas aquela em que até os ricos usam transporte público.

Além da queixa acerca do transporte público, foram apontadas também a questão da demora para conseguir realizar exames solicitados e a inconsistência de informações.

Oyá (32 anos): “Só os exames que são ruins pra marcar, porque nunca tem vaga, aí vai fazer os exames demora demais, aí quando chega a data da consulta não tem exame para mostrar”.

Nanã (22 anos): “De primeira foi complicado, porque eu fui até lá na UBS e eles me avisaram que seria em outra UBS, referente ao meu endereço. Ok, fui até essa UBS, não consegui agendar porque eles enviariam uma Assistente Social aqui na minha casa, para fazer esse primeiro contato comigo antes de começarem os exames de gravidez e essas coisas. Não aconteceu, eu esperei por duas semanas e na ansiedade de começar logo e também o tempo estava passando e eu não tinha feito nada ainda eu retornei lá e depois de ter me alterado um pouco eles me agendaram sem essa visita e até hoje ela não veio”.

A demora para agendamento de exames no SUS, relatada por algumas entrevistadas, surge como um assunto recorrente em diversas pesquisas que abordam avaliação e satisfação dos serviços públicos de saúde. De acordo com pesquisa encomendada pelo Conselho Nacional de Medicina e realizado pelo DataFolha, em 2018, aponta que as filas de espera consistem no maior fator de insatisfação entre os usuários do Sistema, com 30 % relatando que a espera para o atendimento chega a ser de doze meses (THAMI, 2021). No estudo de avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde, Silva Junior e Dias (2016, p. 22), apontaram que “47% tiveram algum tipo de problema, incluindo demora para marcação de exames ou procedimentos e poucas opções de laboratórios ou clínicas especializadas”.

No que diz respeito à quantidade de consultas realizadas, a partir das narrativas das participantes, pode-se observar que as grávidas e puérperas entrevistadas

realizaram entre 07 e 10 consultas de acompanhamento pré-natal, sendo que a maioria delas relatou ter realizado 10 consultas. Um estudo publicado pela CODEPLAN, em 2019, apontou que, no Distrito Federal, a proporção de mães que declararam terem ido a ao menos sete consultas de pré-natal aumentou de 45,6% em 2000 para 73,3% em 2016 (CODEPLAN, 2019).

A Rede Cegonha, programa instituído pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, traz como parâmetro a necessidade de realizar sete ou mais consultas para uma adequada assistência ao pré-natal.

Em que pese as mulheres entrevistadas nesta pesquisa terem realizado o número de consultas pré-natal preconizado pela Rede Cegonha como adequado para uma boa assistência, estudos apontam que as mulheres negras realizam um menor número de consultas. Theophilo, Rattner e Pereira (2018) afirmam que ainda é possível observar desigualdades na adequação da assistência ao pré-natal entre negras e brancas, uma vez que, em seu estudo, 64,7% das mulheres pretas e/ou pardas relataram ter realizado ao menos sete consultas de pré-natal, enquanto que para as mulheres brancas esse número foi de 71,6%. Leal *et al* (2017, p. 10) acrescentam a informação de que “mulheres pretas e pardas, além de um pré-natal com menor número de consultas e exames, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações”.

Em continuidade aos subtemas abordados nas entrevistas, foi questionado às participantes se elas receberam alguma orientação acerca dos seguintes tópicos: (i) aleitamento materno; (ii) manejo e cuidado com as mamas; (iii) planejamento familiar e gravidez não planejada; (iv) importância do intervalo entre partos; e (v) cuidados na gestação de alto risco. Esses tópicos foram selecionados a partir da orientação do “Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco”, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2012, com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil, a partir das iniciativas preconizadas pela Rede Cegonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Chamou atenção o fato de que, das dez mulheres entrevistadas, apenas uma relatou ter sido orientada acerca de todos esses tópicos. A metade delas afirmou ter

sido orientada sobre a questão do aleitamento materno e sobre o manejo e cuidado com as mamas. A maioria, no entanto, informou que não tiveram nenhuma orientação sobre planejamento familiar e gravidez não planejada, importância do intervalo entre partos e cuidados na gestação de alto risco, sendo este último, o tópico menos abordado.

Naná (22 anos): “Tive essa informação [gestação de alto risco] na folha impressa que entregaram para mim, mas não chegaram a conversar sobre isso. Eu cheguei e li na minha casa e busquei informação por fora”.

A adequada assistência ao pré-natal engloba orientações e informações que visem assegurar um bom desenvolvimento da gestação, de modo a proporcionar um parto saudável, que não acarrete impactos à saúde materna e que aborde aspectos psicossociais, além de atividades educativas e preventivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O fato dessas questões não terem sido abordadas no decorrer das consultas que as entrevistadas participaram, já aponta para uma falha na assistência prestada a essas mulheres, que podem gerar agravos à sua saúde e implicações de ordem social, no caso de orientações deficitárias que abordem aspectos de planejamento familiar. Além disso, podem gerar um menor vínculo à maternidade e todos os fatores que envolvem esse processo.

Essa falha na transmissão de informações pode estar relacionada com os achados de D’Orsi et al (2014, p. 161) os quais afirmam que

Em alguns serviços de saúde no Brasil, existe uma cultura discriminatória que considera que no setor público, no qual são atendidas as mulheres com baixa renda e escolaridade, elas não teriam capacidade de entendimento e autonomia.

Questionadas, ainda, se no decorrer das consultas, receberam informações sobre atividades educativas ofertadas nos serviços de saúde, bem como se tiveram acesso a alguma prática integrativa e complementar de saúde – PICS<sup>15</sup>, a maioria relatou não ter recebido orientação sobre atividades educativas e nem indicação de acesso para as PICS, sendo que, para este, apenas uma entrevistada afirmou que recebeu orientação para fazer a prática de Yoga em casa.

Naná (22 anos): Não fui orientada, mas após uma consulta e isso já com 5 a 6 meses [de gestação], um aluno comentou comigo sobre alguns exercícios

---

<sup>15</sup> Práticas integrativas e complementares de saúde (PICS) consistem na utilização da Medicina tradicional e da medicina complementar e alternativa nos Sistemas de saúde de forma integrada às técnicas de medicina ocidental, conforme Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Alguns exemplos dessas práticas são homeopatia, yoga, reiki, acupuntura e meditação.

e tudo, me deu uma folha impressa, mas a gente não conversou sobre as coisas, ele me deu a folha para eu ler em casa e foi isso.

Ewá (30 anos): Recebi orientações para fazer caminhadas umas 3x por semana, sobre alimentação saudável, falaram também.

Oxum (22 anos): Me passaram um site de Yoga que eu podia fazer em casa, só isso. Para eu assistir em casa e fazer, mas não cheguei a praticar.

Embora as PICS estejam regulamentadas em âmbito Distrital desde 2014, por meio da a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde - PDPIS, a qual incorporou à saúde pública do Distrito Federal 14 modalidades de práticas integrativas (Acupuntura, Arteterapia, Automassagem, Fitoterapia, Hatha Yoga, Homeopatia, Lian Gong em 18 terapias, Medicina e Terapias Antroposóficas, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária Integrativa), foi possível notar, a partir das entrevistas realizadas, que ainda existe pouca divulgação e orientação por parte dos profissionais de saúde sobre a possibilidade de acesso a essas práticas, tornando-as uma realidade distante para as mulheres que buscam pelo atendimento e acompanhamento nas UBS.

Outro ponto que chamou atenção acerca das PICS foi a ausência de práticas integrativas e complementares que tenham se originado na cultura africana entre as modalidades regulamentadas, em comparação ao grande destaque dado às práticas de origem oriental, como as chinesas e as indianas, configurando-se como mais uma forma de epistemicídio decorrente do racismo estrutural arraigado no Brasil.

Por entender que os efeitos e as consequências que o racismo pode acarretar na vida de mulheres pretas e pardas, tornando-se muitas vezes um assunto sensível de ser tratado, foi utilizada como estratégia realizar as primeiras perguntas da entrevista com o foco no acesso e nos serviços ofertados a elas, para apenas na sequência abordar questões mais relacionadas à percepção de diferença de tratamento em decorrência da cor de suas peles. Assim, ao serem questionadas se, no Brasil, na opinião delas, as pessoas eram tratadas de forma diferente por conta da cor da pele, todas elas relataram que acreditavam que existia essa diferenciação no tratamento.

Jupira (34 anos): Sim, sem dúvidas, infelizmente. Sempre tem [alguma experiência], não é aquela coisa mais explícita, mas a gente sente.

Oyá (32 anos): Com certeza. Comigo não, ou de repente eu não reparei, não sei, porque é muito sutil. Mas dá para ver que a gente é tratada de um jeito e tem gente que é tratada de outro.

Jacira (19 anos): Sim. Eu, no meu caso, nunca passei, mas já vi muitas pessoas que passaram por isso já. Tem muita discriminação por causa da cor da pele, no Brasil tem muito isso.

No entanto, apesar de todas elas reconhecerem que existe essa diferenciação de tratamento em razão da cor da pele, a maioria delas relatou não ter observado qualquer espécie de tratamento desigual que tenha influenciado no acesso, acolhimento e/ou no atendimento que tenham recebido nas UBS em que se consultavam. Domingues et al (2013, p.288) aponta que “as formas sutis de manifestação do racismo podem gerar situações ambíguas e resultar em discriminação racial que, com frequência, são invisíveis às pessoas que são discriminadas”.

Nessa linha, Laura Santos (2011, p. 152) acrescenta que “apesar do racismo persistente, raramente os atores sociais se admitem racistas e, ao mesmo tempo, são poucos os que revelam terem sido vítimas de discriminação”. Assim, das dez participantes entrevistadas, apenas duas associaram a forma de tratamento que receberam à cor de suas peles. Alguns dos relatos apresentados, no entanto, demonstram uma forte influência do racismo no cuidado e na forma de tratamento empregado, podendo ser configurado como uma forma de violência obstétrica, dado que, “atualmente é usado para tipificar e agrupar formas variadas de violência, agressões e omissões praticadas na gestação, no parto, no puerpério e no atendimento às situações de abortamento” (LIMA et al, 2021, p. 4910).

Nanã (22 anos): Quando eu tive uma ruptura da bolsa eu fui ao hospital público e tive um atendimento com uma doutora. Eu tive que fazer o exame de toque e essas coisas, eu esperei por muito tempo e cheguei lá com muita dor. Ela falou assim “não, você nem tá com tanta dor assim, deita aí”. Aí eu deitei, ela fez o exame de toque e eu falei “e aí doutora, tudo bem?” e ela “não sei, porque você tem os lábios muito escuros, os lábios vaginais, no caso né, então vou ter que fazer de novo para saber se está tudo certo”. Aí repetiu o exame e isso eu senti de uma forma muito ofensiva, não tinha necessidade de repetir o exame e não tinha necessidade de ter falado aquilo. Aí na hora eu associei a preconceito mesmo e já mudou minha visão em relação a ela.

Esse relato corrobora a crença racista de que as mulheres negras são mais fortes e sentem menos dor quando comparadas às mulheres brancas. Maria do Carmo Leal, em seu estudo intitulado “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil”, apontou evidências de “uma menor oferta de procedimentos anestésicos no parto vaginal para mulheres pretas e pardas, com menores proporções ainda para as de menor escolaridade” (LEAL et al, 2017, p. 10).

Na mesma linha, Oliveira e Kubiak (2019, p.941) afirmam que

Identifica-se uma ideologia presente nas redes de assistência à saúde ligada a pensamentos como ‘pessoas negras são mais resistentes à dor’ ou ‘negro não adocece’ que tendem a minimizar queixas advindas de pessoas negras e minorar o uso de medicamentos e anestésias, principalmente tratando-se de mulheres nos procedimentos de pré-natal e parto.

Na sequência, ao serem questionadas se em algum momento se sentiram pouco assistidas nos serviços de saúde e se, para elas, esse fato tinha alguma relação com a sua cor de pele, algumas delas relataram o seguinte:

Iemanjá (22 anos): Sim. Teve um momento que eu falava e elas só respondiam “não, é normal”, “é assim mesmo”, parece que não davam atenção quando eu falava, não tiravam minhas dúvidas nem dava atenção.

Naná (22 anos): Sim. Eu acredito que possa ter sim [relação com a cor da pele]. Eu vinha pensando nisso após os atendimentos e acredito que possa ter sim, tanto que boa parte da equipe não tem o meu tom de pele e parece que você é tratada como um nada mesmo, então eu acredito que possa ser também referente a cor de pele sim, a minha raça. A sensação de quem tem pele negra mesmo, é que a gente se sente marginalizado né, nem olham na nossa cara. Na minha cara mesmo, falam meu nome porque está na ficha, mas você não é visto, você é mais uma, então eu acho que tenha a ver com a questão racial sim.

É possível notar, a partir desses relatos, que o racismo estrutural tem a capacidade de influenciar tanto no funcionamento das unidades de saúde quanto na relação criada entre os profissionais e as usuárias do sistema de saúde, manifestando-se na forma de racismo institucional. Domingues et al (2013, p. 286) descrevem que o racismo nos serviços de saúde pode ser identificado por aspectos como “diferenças no acesso aos serviços de saúde; atendimento diferenciado às usuárias de cor negra; consultas em que profissionais examinam inadequadamente as mulheres negras; utilização de expressões depreciativas”.

Adicionalmente, Werneck (2016, p. 542) afirma que o racismo institucional, presente nas unidades de saúde, é mais do que uma insuficiência ou inadequação, “é um mecanismo performativo ou produtivo, capaz de gerar e legitimar condutas excludentes, tanto no que se refere a formas de governo quanto de *accountability*”.

Finalizando a seção acerca do acesso e acompanhamento ao pré-natal, foi questionado o que, na opinião delas, poderia ser melhorado para garantir uma melhor assistência ao pré-natal. O tema que mais surgiu entre as respostas foi relacionado ao tempo de espera para as consultas.

Jacira (19 anos): O tempo de espera. A gente espera demais. Para medir minha pressão eu fico esperando 1 hora de relógio.

Catarina (31 anos): [A consulta] deveria ser por hora marcada para evitar aglomeração, para não ter tanta gente esperando ao mesmo tempo. Porque

marca 08h00 da manhã, então todo mundo vai chegar uns 15 minutos antes das 08h00 ou às 08h00 em ponto, aí vai ter aquela fila, vai ter que ficar esperando, vai ter a espera toda, entendeu? E com hora marcada não, cada um sabendo seu horário, chega no seu horário.

Ewá (30 anos): Eu sei que falta muita coisa para melhorar na Saúde. Mais médicos, mais atenção, mais dedicação com os pacientes, porque tem lugar que você vai que você não é bem atendido, que você não é bem recebido, demora demais para lhe atender e eu acho que tudo isso é uma melhoria que poderia melhorar.

Jupira (34 anos): No tempo de espera, eu sei que é público, mas é bem demoradinho.

De fato, o tempo de espera surge como a principal queixa entre os usuários do SUS. Ainda em 2003, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS encomendou a Pesquisa “A Saúde na opinião dos brasileiros” em que esse item foi a principal fonte de insatisfação com o atendimento prestado, sendo citada, entre outros, “demora em ser atendido, demora em filas de espera, demora para marcar consulta, demora na recepção” (BRASIL, 2003, p. 15). Em 2017, Cruz et al afirmou em seu estudo que foram “observados números altos de insatisfação em relação ao tempo de espera para atendimento e acolhimento” (CRUZ et al, 2017, p. 156). Como apontam os relatos desta pesquisa, pode-se observar que quase vinte anos depois da pesquisa realizada pelo CONASS, essa queixa continua sendo a mais presente.

Além da demora no atendimento, surgiram também questões relacionadas à falta de atenção e rotatividade dos profissionais de saúde.

Nanã (22 anos): Eu sei que a questão da saúde é ainda muito precária, tem muita gente para pouco médico, eu vejo lá a rotina deles, mas o tempo que você tem com aquela pessoa, você tem que realmente olhar para ela, ouvir se tem alguma dúvida, você é o profissional ali, então a pessoa tem que ter um espaço para se colocar também, para poder tirar uma dúvida, para enfim, ser informada sobre, não somente perguntar se está tudo bem e seguir, porque gravidez vai muito além disso, né.

Iemanjá (22 anos): Dar mais atenção, esse negócio de passa num médico, passa em outro, poderia ser o pré-natal com um médico só, porque trocava muito, daí um falava uma coisa, outro falava outra, e dava muita confusão por causa disso.

A falta de atenção no atendimento, é uma característica que pode estar relacionada também a um viés discriminatório empregado a essas mulheres. Domingues et al (2013, p. 289) relatam que “as mulheres negras denunciam um cuidado superficial prestado por profissionais de saúde e um maior tempo de espera para serem atendidas em relação a outras mulheres de cor branca”. Oliveira e Kubiak (2019, p. 945) relatam em seu estudo que as mulheres negras “também reconhecem a diferença no tempo e qualidade dos atendimentos recebidos em comparação com

as mulheres brancas”. Essas discriminações raciais e de gênero, segundo Domingues et al (2013), afetam negativamente o acompanhamento das mulheres negras nos serviços de saúde. As autoras acrescentam, ainda, que “as mulheres negras estão expostas a tratamentos inadequados e ações insuficientes de cuidado e prevenção em saúde, principalmente no âmbito da saúde reprodutiva” (DOMINGUES et al, 2013, p. 286).

Quanto à rotatividade dos profissionais de saúde no momento da atenção ao pré-natal, embora não seja possível fazer uma relação direta a disparidades de atendimento em relação à cor da pele, Domingues et al (2013, p. 289) expõem a ocorrência de situações de abandono e cuidados fragmentados. As autoras afirmam que

Essa situação fragiliza o vínculo com profissionais e instituições de saúde e dificulta, e até mesmo impede, o acesso das mulheres aos serviços de saúde, confirmando que as representações de usuárias podem influenciar na busca de cuidados.

Outra questão apontada sobre o que pode ser feito para melhorar a assistência ao pré-natal foi a precariedade do transporte público.

Obá (28 anos): o Governo poderia pensar em disponibilizar um tipo de condução para as que moram em áreas mais remotas poderem ter acesso ao pré-natal. (...) tem gente que mora em locais que são inacessíveis se não for de carro e eu acho que deveria ter uma atenção especial sobre essas mães que possam estar sem ter como conseguir as consultas.

Oxum (22 anos): Eu acho que lá é só mesmo a questão dos ônibus, porque como eu te falei, tem pessoas que não tem carro, aí tem que ir de ônibus e é mais complicado, tem que esperar muito tempo, só isso.

Um estudo realizado pelo Instituto de Políticas de Transporte e Desenvolvimento – ITDP, intitulado “A cor da mobilidade” demonstrou que “o racismo estrutural afeta o acesso, a oferta e a prestação dos serviços de transporte público no Brasil” (ITDP, 2020, s.n.). Por estarem situados, em sua maioria, em regiões mais periféricas e de rendas mais baixas, pessoas pretas e pardas sofrem mais as consequências de uma política de mobilidade mal formulada, podendo se tornar um desafio para o acesso aos serviços de saúde, dado que encontram-se mais afastados das regiões com uma maior oferta desses serviços básicos.

No que diz respeito ao Distrito Federal, esse estudo do ITDP apontou que não existe nenhuma conexão de transporte que ligue as Regiões Administrativas do Fercal e da SCIA/Estrutural, regiões com mais de 70% de população negra, com as regiões



administrativas com o maior percentual de brancos, como Lago Sul, Sudoeste/Octogonal e Lago Norte.

A partir desses relatos, foi possível observar a maneira com que o racismo estrutural se intercruza na vida dessas mulheres, seja analisando o perfil sociodemográfico em que se encontram, seja pela forma como se deu o acesso e o acompanhamento ao seu pré-natal. No entanto, as desvantagens socioeconômicas nas quais essas mulheres estão inseridas, tais como idade, renda e escolaridade, faz com que manifestações racistas sejam incorporadas como parte de suas rotinas diárias, de modo que as disparidades relatadas no atendimento, por vezes sejam associados a questões de classe social e não ao racismo.

Domingues et al (2013, p. 289) afirma que é possível depreender que “a invisibilidade da discriminação racial se dá pela preponderância das desigualdades e discriminações de classe ou de poder aquisitivo” de forma que atos de discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva nem sempre são percebidos pelas mulheres atendidas.

### **3.4. Percepções quanto à atenção ao parto e pós-parto**

O outro tema central identificado nesta análise diz respeito à atenção ao parto e ao pós parto que as participantes da pesquisa receberam. A partir das perguntas feitas na entrevista, buscou-se identificar percepções acerca dos seguintes aspectos: (i) acompanhamento durante o momento do parto; (ii) procedimentos, cuidados íntimos, bem como falas/gestos feitos no momento do parto; (iii) assistência que receberam no parto e/ou pós parto; e (iv) se identificaram fatores que poderiam ser melhorados na atenção ao parto e pós-parto. Esses aspectos foram considerados como subtemas deste tema central.

No que tange à questão do acompanhamento ao parto, todas as puérperas entrevistadas relataram que puderam ter um acompanhante no momento de seus partos, seja por seus companheiros ou por algum parente próximo, sendo que duas delas relataram que foram acompanhadas pelo pai do bebê, uma pela sogra e outra teve a prima como acompanhante.

No Brasil, a garantia da presença de acompanhante, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a todas as parturientes no âmbito de atendimento do SUS foi estabelecida por meio da Lei nº 11.108/2005. Essa lei, determina, ainda,

que a escolha deve ser feita pela mulher. D'Orsi et al (2014, p. 165) aponta a importância da presença de um acompanhante, no entanto, afirma que, mesmo com essa garantia legal, ainda não é uma realidade para a maioria das mulheres.

A segunda evidência encontrada é o efeito protetor da presença do acompanhante, que pode ter o efeito de inibir excessos e abusos e/ou estimular uma relação mais cordial por parte da equipe. Essa prática pode ser especialmente importante para mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Cabe destacar que o direito ao acompanhante, de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós parto, garantido na Lei no 11.108/2005 28, ainda não é uma realidade para a maior parte das mulheres, pois neste estudo apenas 19,8% das mulheres tiveram acompanhante em todos os momentos da internação (D'ORSI et al, 2014, p. 165).

O subtema seguinte abordado, diz respeito aos procedimentos, cuidados íntimos, bem como falas e gestos feitos pelos profissionais de saúde no momento do parto. Para isso, as participantes foram questionadas se durante o atendimento do parto observaram a ocorrência de algum cuidado ou procedimento que pudesse ter causado danos físicos como lesões, traumas ou dores. Apenas uma das entrevistadas relatou ter passado por situações desse tipo

Nanã (22 anos): Sim, teve sim. Eles fizeram vários exames de toque e todos feitos de forma bruta, sem conversar sobre o que iria ser feito, em qual momento, só era feito, e bastante dolorido, não só por conta do trabalho de parto, mas por conta de ser bruto mesmo.

Diante desse relato, foi perguntado à participante se durante o seu atendimento houve algum comentário verbal ou comportamento gestual agressivo que tenha lhe incomodado, ao passo que ela respondeu

Nanã (22 anos): Em um desses exames de toque ela [a médica] fez descolamento de membrana, sem me avisar e sem me comunicar, aí ela falou assim que se eu fechasse as pernas eu ia matar meu filho e em outro exame de toque que eu fiz, mais perto de ganhar o bebê, ela falou que se eu não ficasse com as pernas abertas, sem me movimentar para ela fazer o exame de toque eu ia correr o risco de amassar a cabeça do neném e isso me deixou muito mal, porque em todos esses momentos ela foi grossa, foi fria, em nenhum momento teve empatia e isso me deixou muito triste na hora, muito chateada, já é um momento sensível e eu fiquei ainda pior.

Acerca dos cuidados íntimos empregados, foi questionado se de alguma forma as entrevistadas sentiram-se constrangidas ou prejudicadas. Quanto a essa pergunta, duas puérperas responderam o seguinte

Oxum (22 anos): Eu acho que constrangida a gente sente, porque é uma coisa estranha né, mas assim, eles sempre que iam fazer algum procedimento ia junto a enfermeira, mas outras pessoas ficam vendo.

Nanã (22 anos): Principalmente nos exames de toque, porque a Dra., a médica mesmo, sempre colocava estagiárias pra vim fazer o exame de toque também, pra ver o exame de toque que ela estava fazendo. Então foi muito

constrangedor e na hora eu não consegui revidar, dizer que não queria, porque eu estava sentindo muita dor e depois que você para pra pensar no que você poderia ter falado ou feito, mas na hora foi muito constrangedor.

Esse último relato mostra a ocorrência de um tratamento diferenciado recebido pela puérpera, o que corrobora com os achados de outros trabalhos, que apontam para a existência de disparidades na atenção ao parto. D’Orsi et al (2014, p. 164) afirma que, entre as mulheres de cor da pele preta ou parda, foi observada uma “menor chance de privacidade durante o atendimento no trabalho de parto e parto e menor satisfação com o tempo de espera, demonstrando que há uma desigualdade social na atenção à saúde para esse grupo de mulheres”.

A violência obstétrica, de acordo com Lima et al (2021, p. 4910) “inclui maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos considerados na literatura médica como desnecessários e danosos”. Desse modo, não restam dúvidas da ocorrência de violência obstétrica relatada por ao menos uma das entrevistadas. É possível, ainda, acrescentar na análise a postura mais autoritária por parte dos profissionais de saúde no momento do parto, desconsiderando, muitas vezes a vontade da paciente, podendo desencadear em algumas práticas já conhecidas como violências obstétricas, como o toque vaginal doloroso e repetitivo, a episiotomia (incisão no períneo) e a manobra de Kristeller (pressão no fundo uterino) (LIMA et al, 2021).

Na sequência, buscando abordar o subtema seguinte, foi questionado às puérperas como elas se sentiram durante o parto e o que acharam do tratamento. Duas entrevistadas relataram ter sido muito bem atendidas e que não tinham o que reclamar, ao passo que outras duas puérperas relataram o seguinte:

Oxum (22 anos): não tinha passagem para ter o filho e eles ficam tentando até o último minuto e eu acho que por isso que muitas crianças morrem e muitas coisas acontecem. Porque tá vendo que a pessoa não tem condições de ter um filho daquele jeito e eles ficam tentando o máximo. (...) ficava gritando, chorando de tanta dor e eles falaram que tinha que esperar, que cada parto era diferente.

Naná (22 anos): Olha, sinceramente eu esperava que seria um pouco mais tranquilo, não digo em relação ao parto em si, porque eu passei um tempo tentando o parto normal, mais de 24 horas e não evoluiu e eu tive que fazer a cesariana. Mas não digo pelo processo em si, digo pelo atendimento, foi um pouco traumatizante. Eu não sei se eu teria outro filho na rede pública, se um dia, por ventura eu vier a ter outro filho, eu não quero ter mais em hospitais públicos por conta do atendimento.

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento, foi instituído no Brasil por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 569, de 01 de junho de 2000<sup>16</sup>, e tem como um de seus preceitos a atenção ética e solidária por parte dos profissionais de saúde. No entanto, os relatos apontam que ainda há uma baixa sensibilização no tocante à dor que essas mulheres estão sentindo. Lima et al (2021, p. 4914) afirmam que

Apesar dessa recomendação, percebe-se que o não reconhecimento das experiências de dor e incômodos das mulheres acaba se caracterizando como uma estratégia de silenciamento, uma vez que, ao relativizar a dor provocada, repreende-se o sentimento expressado e determina-se que as mulheres devem suportar a dor (Lima et al, 2021, p. 4914).

Em seguida, questionou-se às participantes se em algum momento elas se sentiram pouco assistidas no serviço de saúde que realizaram o parto e se, em caso afirmativo, elas faziam alguma relação com a cor de suas peles, apenas uma delas considerou o atendimento recebido aquém do esperado, relacionando-o a cor de sua pele. Mesmo a outra participante que relatou ter passado por uma situação desagradável na hora do parto, considerou que o procedimento realizado fazia parte do protocolo que os profissionais de saúde deveriam seguir.

Nanã (22 anos): Acho que todo o processo do meu parto e todo esse tratamento ruim pode sim ter a ver com a cor da pele, inclusive eu era a única mulher negra no dia do plantão, estava bem vazio na verdade, mas eu era a única mulher de pele negra e acredito que possa ter sim, porque as outras gestantes, que nós ficamos no mesmo quarto e era dividido por baias, elas tiveram um atendimento um pouco melhor, então acredito que possa ter envolvimento e relação com a cor de pele sim.

Oxum (22 anos): Eu acho que é porque agora, eu não sei, parece que agora tem uma lei ou alguma coisa do tipo, que a cesárea só em último caso né, aí eu acho que eles ficam tentando muito até ser o último caso mesmo, aí a pessoa acaba sofrendo duas vezes.

O relato feito por Nanã aponta para uma diferenciação no tratamento por parte de profissionais de saúde baseado na raça/cor das usuárias do SUS. Esses dados corroboram o descrito por Domingues et. al. (2013, p. 289) no qual afirmam que

Há uma tendência de profissionais da saúde não perceberem que reproduzem as desigualdades no atendimento ou a insistirem em sua inexistência, contribuindo para a manutenção e ampliação de práticas racistas nos serviços de saúde.

O relato de Oxum, por sua vez, já denota uma situação em que as diferenças de tratamento não são diretamente relacionadas a questões raciais, no entanto é

---

<sup>16</sup> Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)

possível identificar a ocorrência de práticas que geram sofrimentos às parturientes, podendo acarretar casos de violência obstétrica. D’Orsi et al (2014, p. 164) apontam para a possibilidade de “maior ocorrência de relatos de violência em mulheres que passaram pelo trabalho de parto e, portanto, estiveram mais tempo em contato com a equipe de saúde”.

A não associação das disparidades de atendimento a questões raciais, aponta para a ocorrência de uma naturalização das diferenças nas ofertas dos serviços de saúde, tendo em vista que as discriminações e manifestações racistas sofridas por essas mulheres cotidianamente, passam a serem vistas como algo “natural” em suas vidas. Domingues et al (2013, p. 291) afirmam que a falta de reconhecimento ou a “não percepção da discriminação nos serviços de saúde evidencia, de certa forma, a naturalização das desigualdades vinculadas à condição racial na sociedade brasileira”.

Por vezes, o que é interpretado como uma naturalização, ou como um conformismo por parte dessas mulheres pode ser uma forma de resistência, para que consigam suportar a realidade em que estão inseridas. Marilena Chauí, na obra intitulada “Conformismo e Resistência” afirma que “vivemos em sociedades que se recusam a refletir sobre suas divisões originárias e que dissimulam as divisões produzindo identidades e identificações imaginárias” (CHAUÍ, 1986, p. 119).

A última pergunta realizada na entrevista buscou ouvir a opinião dessas mulheres sobre quais os fatores que poderiam ser melhorados para garantir uma melhor assistência ao parto e pós-parto. É importante destacar que entre as participantes puérperas, duas relataram terem sido muito bem tratadas ao longo de todo o processo, desde o acolhimento e acompanhamento pré-natal até os cuidados pós parto e que dessa forma não tinham nenhum apontamento a fazer nesse sentido.

Oyá (32 anos): Eu não tenho muito do que reclamar não, fui bem tratada, bem atendida. Para mim estava tudo bom.

Iemanjá (22 anos): Sinceramente não tenho nenhum apontamento, fui muito bem atendida, do jeito que estão fazendo já está excelente.

As outras duas puérperas entrevistadas fizeram as seguintes observações:

Oxum (22 anos): Eu acho que eles deixam as pessoas sofrendo muito e a pessoa acaba sofrendo duas vezes. Está vendo que a pessoa não tem condições e eles ficam tentando e tentando, então eu acho que deveria melhorar isso.

Nanã (22 anos): Eu acho que para melhorar, o que precisa é de comunicação, porque assim, eu sei que rede pública tem o seu atendimento precário, é muita gente, é muita demanda e isso não foi o que me fez ficar traumatizada, não foi o ambiente, não foram as condições, foi realmente a falta de comunicação. Porque era feito um exame e eu não entendia por que, para que era aquele exame, qual o resultado, simplesmente ninguém falava nada. Eu fiquei 26 horas no centro obstétrico, até estourarem a minha bolsa sem eu saber e descobriram que o bebê fez cocô na minha barriga, então me encaminharam para cesariana, mas até então, eu passei esse tempo todo sem saber de nada, o que estava acontecendo, sem saber se evoluiu se não evoluiu, se estava perto. Entrava mãe, saía mãe e eu lá, então assim, é a questão da comunicação.

Diante das experiências contadas pelas mulheres negras entrevistadas, fica evidenciada as práticas de violências obstétricas pelas quais passaram ao longo de todo o processo de gestação, parto e puerpério. É possível afirmar que essas experiências não são sentidas da mesma forma por todas as mulheres, dado que diversos estudos apontam que as mulheres negras são as maiores vítimas de violência obstétrica. D'Orsi et. al (2014, p. 165) associam o alto grau de satisfação geral das parturientes com os procedimentos realizados no parto ao fato de relacionarem o momento às emoções de dar à luz aos seus filhos e apontam que

A satisfação com o parto pode mudar, tendendo a piorar com o passar do tempo à medida que as mulheres se afastam do “halo” do alívio proporcionado pela sobrevivência dela própria e de seu filho, o que permite uma reavaliação mais crítica da experiência.

Ainda que a maioria das participantes desta pesquisa tenham relatado estarem satisfeitas com o atendimento recebido e que não notaram qualquer espécie de tratamento diferenciado por questões raciais, foi possível constatar que essa diferenciação se faz presente. A sobreposição dos vários eixos de opressão como o racismo, o sexismo e a classe social confere a essas mulheres uma posição de vulnerabilidade social, estando mais sujeitas a situações que prejudiquem sua saúde reprodutiva, como casos de violência obstétrica e a baixa atenção a fatores que envolvem os cuidados no parto, podendo, muitas vezes, culminar nos casos de mortalidade materna.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Desde o início do meu envolvimento com o movimento de mulheres fiquei incomodada pela insistência das mulheres brancas liberacionistas que a raça e o sexo eram duas questões separadas. A minha experiência de vida mostrou-me que as duas questões são inseparáveis, que no momento do meu nascimento, dois fatores determinaram o meu destino, ter nascido negra e ter nascido mulher”. (bell hooks)*

Esta pesquisa se propôs a analisar as percepções das gestantes e puérperas negras do Distrito Federal sobre os cuidados recebidos nos serviços de saúde durante o pré-natal, parto e puerpério, com o objetivo de apreender a influência que o racismo exerce na atenção à saúde reprodutiva dessas mulheres. Nesse sentido, teve-se a hipótese de que o racismo é um determinante social de saúde e contribui para a ocorrência de violência obstétrica relatada pelas mulheres negras que buscam acompanhamento na rede pública de saúde.

A fim de testar essa hipótese, foi realizado um apanhado do contexto histórico de raça e a origem do racismo, correlacionando com o debate de gênero, em busca de compreender as implicações que as intersecções de raça, gênero e classe são capazes de exercer na vida das mulheres negras. Prosseguindo com a pesquisa, foi realizado ainda um apanhado histórico da política de saúde no Brasil, bem como os avanços ocorridos na atenção à saúde das mulheres e da população negra com a implementação das políticas nacionais de atenção integral à saúde desse público.

A despeito da implementação dessas políticas, pode-se observar no decorrer da pesquisa e nos achados bibliográficos que ainda existe uma forte influência do racismo e do machismo na atenção empregada às mulheres negras quando buscam atendimento nos serviços de saúde. A trajetória de vidas dessas mulheres está marcada pela sobreposição de sistemas de opressão como o racismo, o sexismo e a exploração capitalista o que confere a elas uma posição de vulnerabilidade social, refletindo nos cuidados a sua saúde, inclusive no que diz respeito a saúde reprodutiva e nos cuidados recebidos no parto.

É possível atribuir a disparidade de tratamento empregado a essas mulheres a existência de práticas carregadas de estereótipos que as desvalorizam e as colocam em uma posição de submissão. A crença racista de que as mulheres negras são mais

resistentes à dor geram situações como a menor utilização de anestésias, manobras e mobilizações realizadas de forma brusca, bem como falas e comentários que geram constrangimento a essas mulheres. A naturalização de crenças como essa possibilitam a perpetuação de violências contra as mulheres negras, podendo por vezes, ser interpretado apenas como parte da condição precária de trabalho desses profissionais.

Os relatos apresentados nesta pesquisa evidenciaram, também, uma baixa atenção por parte dos profissionais de saúde no que tange à qualidade de orientações e repasse de informações sobre cuidados básicos e indicações para a prática de atividades educativas e preventivas. Essa falha na orientação, além de poder acarretar agravos na saúde dessas mulheres, podem gerar um menor vínculo à maternidade e a todos os fatores que envolvem esse processo.

Ao analisar os dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas, algumas características, como idade, renda e escolaridade, são capazes de influenciar diretamente na percepção delas ao associar a forma de tratamento recebido com a existência de discriminações de origem racial. O perfil predominante na pesquisa foi o de mulher negra, com aproximadamente 8 anos de estudo, renda média familiar em torno de um salário mínimo e moradora de região administrativa distante de Brasília. Esses fatores, quando interligados, produzem uma falsa sensação de que as discriminações sofridas têm maior relação com fatores econômicos do que os raciais. Por residirem em regiões periféricas, o transporte público foi uma dimensão bastante citada em razão da precariedade de veículos circulando. Essa dificuldade acaba por se tornar mais uma barreira de acesso aos serviços de saúde, dificultando o acompanhamento adequado ao pré-natal dessas mulheres.

O racismo estrutural que permeia toda a sociedade brasileira faz com que as discriminações raciais sejam naturalizadas e aceitas por essas mulheres, evidenciando sua vivência em meio a práticas racistas. Embora todas as entrevistadas tenham reconhecido que existe uma forma de tratamento diferenciado em decorrência da cor da pele, muitas delas relataram não ter percebido a ocorrência dessa diferenciação com elas, considerando, por vezes, como parte da rotina de atendimento nos serviços de saúde.

É importante ressaltar, ainda, que o racismo no Brasil nem sempre é fácil de ser explicitado, suas ações são mascaradas pela crença da democracia racial ainda



existente no país. É sabido, no entanto, que hierarquizações sociais, como classe e gênero, acabam se agravando quando ocorre a interseccionalidade com a raça, tendo em vista a população negra apresentar os piores índices nos indicadores sociais.

É importante esclarecer que os achados apresentados nesta pesquisa não englobam todas as nuances e particularidades do tema proposto, e nem teve essa pretensão. Discutir racismo, saúde e violências institucionalizadas não é uma tarefa fácil. Além disso, o cenário de pandemia de COVID-19 que o Brasil vem enfrentando desde o ano de 2020 impôs uma série de barreiras e dificuldades no decorrer desta pesquisa, a principal delas foi a necessidade de se manter o isolamento e o distanciamento social, fato que impactou diretamente a coleta de dados, uma vez que, o primeiro contato com as mulheres qualificadas para compor o público-alvo desta dissertação se dava a partir de visitas às Unidades Básicas de Saúde. Assim, além de reduzir a abrangência do estudo para apenas duas regiões administrativas, optou-se por não adotar a saturação como estratégia de definição do número de entrevistas, de forma a resguardar a saúde da pesquisadora, bem como do público-alvo da pesquisa, que por si só, configuravam grupo de risco no contágio do vírus.

Diante dessa realidade, e da dificuldade imposta pelo objeto de estudo desta dissertação, resta claro que muito ainda deve ser feito para reduzir as violências praticadas na atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras. É necessário ampliar as discussões sobre o tema, a fim de que seja possível garantir o direito constitucional de acesso integral à saúde, assegurando que a saúde reprodutiva dessas mulheres seja alcançada em sua totalidade.

Novas investigações que envolvam a percepção da discriminação racial em ambientes de serviços de saúde podem contribuir para o desvelamento dessa problemática, favorecendo o acesso das mulheres negras à atenção a saúde, inclusive a saúde reprodutiva. Pode contribuir, também, para melhoria na qualidade do atendimento e cuidado para com essas mulheres, favorecendo a redução da vulnerabilidade e dos agravos à saúde das mulheres negras, tendo em vista que a discriminação racial reflete nas condutas e comportamentos dos profissionais de saúde.

É importante pontuar o retrocesso pelo qual as políticas sociais vêm enfrentando com o avanço de projetos neoliberais conservadores, impactando principalmente grupos historicamente oprimidos. A eleição de Jair Bolsonaro fez com

que declarações preconceituosas e manifestações racistas se tornassem mais frequentes e naturalizadas, dado que o próprio chefe de Estado incentiva esse tipo de comportamento. Desse modo, esta dissertação representa um ato político, uma vez que, finalizar uma produção acadêmica em meio a um cenário pandêmico, associado a posturas negacionistas, com desmonte da ciência, sucateamento de universidades públicas e perseguições a movimentos sociais é por si só uma manifestação de resistência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMO, L. **Perspectiva de Gênero e Raça nas Políticas Públicas**. p. 6, 2004.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Polém, 2019. 150 p.
- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SOUZA e SILVA, M. J. **Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, Out-Dez 2014.
- ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- ALVES, P. H. M. et al. **Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 6, pp. 2227-2236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.23842018>
- ARAÚJO, M. J. de O. **Reflexões sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista**. Antroposmoderno, mar. 2001.
- ARAUJO, E. M.; CALDWELL, K. L. Por que a COVID-19 é mais mortal para população negra? In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **População Negra e COVID-19**. Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2021. 43 p. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/10/E-book\\_saude\\_pop\\_negra\\_covid\\_19\\_VF.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/10/E-book_saude_pop_negra_covid_19_VF.pdf)
- ARTICULAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS (Brasil). **Saúde da mulher negra: guia para a defesa dos direitos das mulheres negras**. Cadernos Informação AMNB. Porto Alegre: 2012. 76 p
- ÁVILA, M. B. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, p. S465–S469, 2003.
- AYRES, J. C. R. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo, Hucitec, 2006. p.375-417.
- BALDUÍNO, A.A; JESUS, D.S. **Reflexões sobre Mobilidade Urbana de Mulheres a partir de um recorte de classe e raça**. VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade. UFRG. 2018.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- BARBIERI, T. Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. **Debates en Sociología**. Nº 18. 1993
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2016
- BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade** [online]. 2016, v. 25, n. 1, pp. 9-18. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>>.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: **Psicologia Social do Racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. 6. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2014. p. 187.

BIANCO, N. R. **Noticiabilidade no rádio em tempos de Internet**. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/bianco-nelia-noticiabilidade-radio-tempos-internet.pdf>

BIONDI, P. **Capitalismo e racismo no Brasil: Teoria e Revolução**, 18 set. 2015. Disponível em: <<https://teoriaerevolucao.pstu.org.br/capitalismo-e-racismo-no-brasil/>>. Acesso em: 17 dez. 2019

BRAGANÇA, T. P. **Violência obstétrica em mulheres negras: análise jurídica à luz do direito à saúde no Brasil**. 12 jun. 2019.

BRANDÃO, E. R., CABRAL, C. S. **Justiça Reprodutiva e Gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil**. Interface (Botucatu). Supl 1. 2021.

BRAVO, M.I.S., PELAEZ, E.J., PINHEIRO, W.N. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. Argumentum, DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i1.19139>. Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Disponível em: <[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_Ines\\_Bravo.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL, S. A.; TRAD, L. A. B. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da população negra e sua relação com o Estado brasileiro. In: **Saúde da População Negra**. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 319.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003. 244 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opiniao\\_brasileiros1.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opiniao_brasileiros1.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília - DF. 2005. 20 p.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Racismo como determinante social de saúde**. Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas - SPAA/SEPPPIR. Brasília, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1a. ed., 2a. reimp ed. Brasília, DF: Editora MS, 2011b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 2.ed. Brasília - DF. 2013. 35 p.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S. B.; SARACENI, V. **Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. Supl 1, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>

CARMICHAEL, S.; HAMILTON, C. V. **Black power: the politics of liberation in América**. New York: Vintage, 1967.

CARNEIRO JUNIOR, N.; SILVEIRA, C. **Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social**. Cadernos de Saúde Pública, 2003.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2015.

\_\_\_\_\_. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, p. 117–133, dez. 2003

CARRIL, L. **Quilombo, Favela e Periferia: a longa busca da cidadania**. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2006. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=5dTCenaTqUC&oi=fnd&pg=PA13&dq=escravos+e+periferia&ots=zHQxeBjbep&sig=vWJW a2MQDXO2crXybmHun3TXaDo#v=onepage&q=escravos%20e%20periferia&f=false>

CARVALHO, O. **Como elaborar programa de atenção à saúde da mulher que enfrente assimetrias de cor, raça ou etnia?**. Casoteca de Gestão Pública - ENAP. Brasília: 2012.

CENTENO, S. R. **As representações de sujeito na política nacional de Saúde Integral da população negra (PNSIPN): uma abordagem de gênero e raça/cor**. Dissertação (Mestrado Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde: posição dos movimentos sociais**. 2011. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idCon> . 30 out 2021.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CISNE, M.; SANTOS, S. M. M. Fundamentos teórico-políticos da diversidade humana, do heteropatriarcado e do racismo. In: **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 8. São Paulo: Cortez, 2018.

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios**. 2018.

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **A natalidade no Distrito Federal entre 2000 e 2016: Evolução e características**. Brasília: 2019

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Retratos Sociais DF 2018: O perfil sociodemográfico da população negra do Distrito Federal**. Brasília: 2020

COELHO, E. A. C. et al. **Integralidade do Cuidado à Saúde da mulher: Limites da Prática Profissional**. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 13, n. 1, p. 154-60, 2009.

COLLINS, P.H. **The black feminist thought**. Londres: Routledge, 2000.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/>. Acesso em: 01 dez 2021.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. de M. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Livros, p. 27–62, 2015.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002

CRUZ, I. L. C. M. et al. **Satisfação dos usuários com os serviços do Sistema Único de Saúde – SUS em um município do sertão de Pernambuco**. Rev. Mult. Psic. V.11, N. 39. 2017 - ISSN 1981-1179. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016, 244 p

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 627–637, set. 2005.

DOMINGUES, P. M. L. et al. **Discriminação Racial no Cuidado em Saúde Reprodutiva na Percepção de Mulheres**. Contexto Enferm. abr-jun: 22(2). p. 285-92. Florianópolis, 2013.

D'ORSI, E. et al. **Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S154–S168, 2014.

FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. **Dicionário feminino da infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: SciELO - Editora FIOCRUZ, 2015.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A. 2008

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. do. **Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD - 2008**. In: Saúde da População Negra. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 319.

GOMOR DOS SANTOS, E. **Hip Hop e América Latina: relações entre cultura, estética e emancipação**. Tese (Doutorado – Doutorado em Política Social). Universidade de Brasília: 2017.

\_\_\_\_\_. Genocídio do povo negro e racismo no Brasil. **POLITIZANDO**, v. 2, p. 4-5, 2018.

\_\_\_\_\_. O Outro Lado do Orçamento Público: Sistema Tributário e Racismo Estrutural. In: **Gênero e raça no orçamento público brasileiro**. Org: XAVIER, E. M. X.1. ed. Brasília: Assecor, 2020. 204p

GUIMARÃES, A.S.A. **Combatendo o Racismo: Brasil, África do Sul e Estados Unidos**. Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 14, nº 39, p. 103 – 117, fev. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n39/1724.pdf>. Acesso em: 04 de janeiro de 2021.

\_\_\_\_\_. **Racismo e Antirracismo no Brasil**. São Paulo: 2009. 3. Ed. 256p.

\_\_\_\_\_. **Classes, raças e democracia**. São Paulo: Editora 34, 2002

HALL, S. Representação, sentido e linguagem. In. HALL, S. **Cultura e representação**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-RIO: Apicuri, 2016

HASENBALG, C. A.; SILVA, N. DO V. Raça e oportunidades educacionais no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 0, n. 73, p. 5–12, 1987

\_\_\_\_\_. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ. 2005. 316 p (Humanitas)

HEILBORN, M. L.; Rodrigues, C. **Gênero: breve história e um conceito**. Aprender – Cad. de Filosofia e Psic. da Educação. Vitória da Conquista. Ano XII, nº 20, p. 9-21. Jul/dez. 2018

HIRATA, H. **Gênero, classe e raça. Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais**. Tempo Social [online]. 2014, v. 26, n. 1, pp. 61-73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>>. Epub 30 Jul 2014. Acesso em 01 de setembro de 2021

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Rosa dos Tempos. 15. ed. 175 p. 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. n.41. 2019

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD COVID19: resultados por semanas de referência**. Rio de Janeiro: IBGE. 2020.

IFC – INSTITUTO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE. **Como anda meu ônibus: 1º Semestre de Auditoria Cívica (agosto de 2019 a janeiro de 2020)**. Brasília-DF. 2020.

ITDP. Instituto de Políticas de Transporte & Desenvolvimento. **A cor da Mobilidade**. 2020. Disponível em: <https://itdpbrasil.org/a-cor-da-mobilidade/>

JACCOUD, L. Racismo e República: O debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília, DF: IPEA, 2008a. p. 176.

\_\_\_\_\_. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília, DF: IPEA, 2008b. p. 176.

\_\_\_\_\_. A Política de Promoção da Igualdade Racial no Governo Federal em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: **A Construção de uma Política de Promoção da Igualdade Racial: uma análise dos últimos 20 anos**. Brasília: Ipea, 2009. 233 p.

\_\_\_\_\_; BEGHIN, N. **Desigualdades Raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília: 2002.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.

LAVILLE, C. DIONNE, J. **A Construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG. 1999.

LEAL, M. C. et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2017, v. 33, n. Suppl 1, e00078816. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>>. Epub 24 Jul 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.

LEMOS, A. DOS S. et al. Como a mulher negra é vista na cultura brasileira? **V Seminário Internacional enlaçando sexualidades**, 2017

LIMA, N. D. F.; CORDEIRO, R. L. M. **Aborto, racismo e violência: reflexões a partir do feminismo negro**. Revista Em Pauta, Rio de Janeiro: 2o Semestre de 2020 - n. 46, v. 18, p. 101 – 117.

LIMA, A. S. G. DE; VOLPATO, L. M. B. **Saúde da mulher Negra e os determinantes: Racismo, Questão de Gênero e Classe Econômica**. ETIC - ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - ISSN 21-76-8498, v. 10, n. 10, 2014.

LIMA, K. D., et al. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, suppl 3, pp. 4909-4918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>

LUGONES, M. Colonialidade e Gênero. In: HOLANDA, H. B. **Pensamento feminista hoje: Perspectivas decoloniais**. 1. ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: Editora UNESP, Fundação para o Desenvolvimento da UNESP, 1994.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1595–1601, out. 2005.



\_\_\_\_\_. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra.** In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.). Seminário saúde da população negra estado de São Paulo, 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 53-101. (Temas em Saúde Coletiva, 3).

\_\_\_\_\_; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. DE C. M. **Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 41, p. 39–46, dez. 2007.

\_\_\_\_\_. **Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras.** Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2019/Os-direitos-sexuais-e-reprodutivos-das-mulheres-negras>. Acesso em: 21 de dezembro de 2019.

LUCENA, M. DE F. G. DE. **Saúde, gênero e violência: um estudo comparativo Brasil-França sobre a saúde da mulher negra.** Recife: Editora Universitária UFPE, 2010.

LUKÁCS, G. **Arte e sociedade: escritos estéticos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2011.

MACHADO, C. V. et al. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.** Cadernos de Saúde Pública, v. 33, 2017.

MARQUES, P. F. **Marcadores de Gênero na Experiência de Mulheres com Abortamento Induzido: construção de instrumento para o cuidado.** Tese (Doutorado - Doutorado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2018.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. **Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil.** Saúde e Sociedade, v. 14, n. 2, p. 69–76, ago. 2005.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política.** 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003

MEDEIROS, P. F. DE; GUARESCHI, N. M. DE F. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão.** Revista Estudos Feministas, v. 17, n. 1, p. 31–48, abr. 2009.

MENEZES, A. P. R., MORETTI, B., REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 5, p. 58 – 70, dez, 2019.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 328.

MINAYO, M. C. de S.(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018. (Serie Manuais Acadêmicos).

MIRANDA, J. Branquitude invisível: Pessoas brancas e a não percepção dos privilégios: verdade ou hipocrisia? In T. M. P. Muller, & L. Cardoso (Orgs.), **Branquitude: Estudos sobre a identidade branca no Brasil** (pp. 57-70). Curitiba, PR: Appris. 2017.

MORETTI, B.; SANTOS, E. A. V. DOS. Direito à saúde e implementação de políticas: relações entre os sistemas estruturantes da administração pública e a oferta dos serviços a partir das regras de contratação. In: Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: IPEA, 2019. p. 730.

MOURA, C. **O racismo como arma ideológica de dominação**. Edição 34, ago/set/out, 1994, pp. 28-38.

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. 17 p., 2003

NASCIMENTO, D.B. et al. **Transporte Público e Acesso a tratamento de Saúde: Percepção dos Usuários**. Revista Brasileira de Bioética. 15(e18):1-22; 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/29258/26334>

NASCIMENTO, S. S. DO; SILVA, R. DE K. A.; LIMA, M. R. DE. Saúde da mulher e a tripla discriminação sofrida pelas negras no Brasil. **III Seminário Nacional de Gênero e Práticas Culturais: Olhares diversos sobre a diferença**, p. 11, 2011.

NETTO, J. P. **Introdução ao método da teoria social**. p. 38, 2011.

NIED MM, et.al. **Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário**. Cad Saúde Colet, 2020;28(3):362-372

NOGUEIRA, O. Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: Sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. Tempo Social. **Revista de sociologia da USP**, v.19, n. 1. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ts/v19n1/a15v19n1.pdf>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2020.

NOGUEIRA, R. P. **A determinação objetiva da doença**. In: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (Organizador). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 200p.

OLIVEIRA, B. M. C; KUBIAK F. **Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 939-948, jul-set, 2019.

PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo**, 1994 -. p. 105, 1994.

PDPIS. **Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2014.

PEREIRA, L.L. Pandemia tem cor, renda e gênero. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **População Negra e COVID-19**. Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2021. 43 p. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/10/E-book\\_saude\\_pop\\_negra\\_covid\\_19\\_VF.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/10/E-book_saude_pop_negra_covid_19_VF.pdf)

PEREIRA, P. A. P. **A intersectorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética**, 2011. VIOLES – Laboratório de Investigação e Ações de Enfrentamento à Violência, Exploração Sexual e Tráfico de Pessoas.

PIOVESAN, F.; PIROTTA, W. R. B. **A proteção dos direitos reprodutivos no Direito Internacional e no Direito Interno**. In: TEMAS DE DIREITOS HUMANOS. 3. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2017. p. 415.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. (Org). **A prática feminista e o conceito de gênero**. São Paulo: IFCH/Unicamp, 2002. (Textos Didáticos)

PULHEZ, M. M. **A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos**. Seminário Internacional Fazendo Gênero, v. 10, 2013.

QUIJANO, A. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. p. 27, 2005.

REGINO, F. A. **O desejo de ter filhos e a construção de gênero nas políticas de saúde: análise da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida**. 2016. Tese (Doutorado em saúde pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

RIBEIRO, D. **Feminismo Negro para um novo Marco Civilizatório**. p. 6, 2016

ROBERTO, N. **Saúde e mulher negra: Quando a cor da pele determina o atendimento**. Disponível em: <[https://www.geledes.org.br/saudee-mulher-negra-quando-cor-da-pele-determina-o-atendimento/?gclid=EAlaIqobChMI1czC5cDY2QIV2DaBCh1Azw2UEAAYASA AEglwhfD\\_BwE](https://www.geledes.org.br/saudee-mulher-negra-quando-cor-da-pele-determina-o-atendimento/?gclid=EAlaIqobChMI1czC5cDY2QIV2DaBCh1Azw2UEAAYASA AEglwhfD_BwE)>. Acessado em: 08 de outubro de 2020.

SAMPAIO, R.C.; LYCARIÃO, D. **Análise de Conteúdo Categorial: Manual de Aplicação**. Brasília: Enap, 2021. 155 p. (Coleção Metodologias de Pesquisa)

SANTOS, H. Discriminação racial no Brasil. In Gilberto Vergne Sabóia e Samuel Pinheiro Guimarães (orgs.). **Anais de Seminários Regionais Preparatórios para a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata**. Brasília: Ministério da Justiça, 2001.

SANTOS, M. P. A. et al. **População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde**. Estudos Avançados [online]. 2020, v. 34, n. 99 [Acessado 30 dezembro 2021], pp. 225-244. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>>. Epub 10 Jul 2020. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>.

SANTOS, R. **As políticas de branqueamento (1888-1920): uma reflexão sobre o racismo estrutural brasileiro. Por dentro da África**. 2019. Disponível em: <https://www.pordentrodaafrica.com/educacao/as-politicas-de-branqueamento-1888-1920-uma-reflexao-sobre-o-racismo-estrutural-brasileiro>

SANTOS, W. C. DA S. A mulher negra brasileira. **Revista África e Africanidades**, n. 5, maio 2009

SENNA, D. M.; LIMA, T. F. Questão da violência na Atenção Primária à Saúde da População Negra. In: **Saúde da População Negra**. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 319.

SCHUCMAN, L. V. Racismo e antirracismo: a categoria raça em questão. **Revista Psicologia Política**, v. 10, n. 19, p. 41–55, jan. 2010.

SILVA, A. P. P. **O contrário de “casa grande” não é senzala. É quilombo! A categoria práxis negra no pensamento social de Clóvis Moura**. Tese (Doutorado – Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2017

SILVA, P. E. O conceito de Branquitude: Reflexões para o campo de estudo. In T. M. P. Muller, & L. Cardoso (Orgs.), **Branquitude: Estudos sobre a identidade branca no Brasil** (pp. 19-32). Curitiba, PR: Appris. 2017

SILVA, T. D. Panorama Social da População Negra. In: SILVA, Tatiana Dias; GOES, Fernanda Lira (Orgs.). **Igualdade racial no Brasil: reflexões no Ano Internacional dos Afrodescendentes**. Brasília: Ipea, 2013. 186 p.

SILVA, L. C; BROTTTO, M. E. **Questão Social e Políticas Sociais: Rebatimentos na formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Revista EDUC – Faculdade Duque de Caxias. Vol.2. nº 2. Jul-Dez. 2015.

SILVA JUNIOR, G. B.; DIAS, E. R. **Avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no nordeste do Brasil e a Judicialização da Saúde**. R. Dir. sanit., São Paulo v.17 n.2, p. 13-29, jul./out. 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122303/119041>

SOARES FILHO, A. M. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: Potencialidades para a tomada de decisão. In: **Saúde da População Negra**. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 319.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Ser social**, v. 10, n. 22, p. 161–182, 2008.

SOUZA, L. E. P. F. de. et. al. **Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 24(8):2783-2792, 2019

SOUZA, R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, R. H. **A (nova) questão social e as estratégias para seu enfrentamento**. SER Social, [S. l.], n. 6, p. 133–168, 2009. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/12853](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12853).

SWEEZY. P. M., **Teoria do Desenvolvimento Capitalista: Princípios de Economia Política Marxista**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 4.ed. 1976.

THAMI, H. **5 pontos sobre as filas de atendimento no SUS**. Nexo: Políticas Públicas. 2021. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/perguntas-que-a-ciencia-ja-respondeu/2021/5-pontos-sobre-as-filas-de-atendimento-no-SUS#>

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D. e PEREIRA, É. L. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 11, pp. 3505-3516. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>>. ISSN 1678-4561.

UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Porto Alegre – RS. Dez. 2008

VIECELI, C. P. **Covid-19 e interseccionalidade: a pandemia tem cor**. Democracia e mundo do trabalho em debate. 2020. Disponível em: <https://www.dmtemdebate.com.br/covid-19-e-interseccionalidade-a-pandemia-tem-cor/>. Acesso em: 13 de abril de 2021.

VIOTTI, M. L. R. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferencia Mundial sobre a Mulher**: Pequim, 1995.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. Flacso. 1.ed. Brasília: 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/>

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Int J Health Serv 1992; 22:429-45.

WERNECK, J. **Racismo Institucional: uma abordagem conceitual**. p. 55, 2013.

\_\_\_\_\_. **Saúde da mulher negra: guia para a defesa dos direitos das mulheres negras**. Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras. Porto Alegre, 2012.

\_\_\_\_\_. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Sociedade, v. 25, p. 535–549, set. 2016.

WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N. **Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional**. Sociologias, Porto Alegre, ano 17, n. 40, set/dez 2015.

ZANARDO, G. L. DE P. et al. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Psicologia & sociedade, v. 29, p. 1–11, 2017.

## APÊNDICE A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS

### PESQUISA “A INFLUÊNCIA DO RACISMO NA ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES NEGRAS NO DISTRITO FEDERAL”

Nº \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

Ciclo da Gestação:

Pré-Natal

Parto/Puerpério

Semanas de gestação: \_\_\_\_\_

Nível do Risco:

Alto Risco

Risco Habitual

#### **Primeira Parte - Dados sociodemográficos e de saúde da participante**

Nome:	Idade:
Telefone para contato:	
Naturalidade:	UBS que recebe atendimento:
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda	Cor auto declarada:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Separada/Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Outro	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Não alfabetizada <input type="checkbox"/> Alfabetizada <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Curso de Pós Graduação	
Ocupação:	
Renda Familiar mensal (em Reais) _____	
* Benefício Social: Sim <input type="checkbox"/> Qual? _____ Não: <input type="checkbox"/>	
Histórico de doença:	Antecedentes familiares de doenças:
<b><u>Composição Familiar:</u></b>	
Números de gestações anteriores: _____	
Números de partos anteriores por tipo: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesariano	
Quantos filhos vivos: _____	
Número de aborto(s): _____	
Complicação em gravidez anterior: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Complicação em gravidez atual: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Nome escolhido para o bebê: _____	

**Segunda Parte – Acesso e Acompanhamento Pré-Natal**

1. Gostaria que me falasse em que momento da gestação você iniciou o seu pré-natal e quantas consultas realizou até este momento da gestação.
2. Como está sendo sua experiência com o pré-natal de (*nome da criança*)? O que você gostou, teve alguma dificuldade?
3. Por que decidiu por este local? Gostaria que me falasse como foi para você chegar a esse serviço (*Investigar se teve alguma dificuldade de acesso e qual foi? Ou se foi fácil e o que facilitou?*)
4. Gostaria que me falasse sobre a sua participação em atividades educativas ofertadas nos serviços de saúde? (*Explorar se receberam informações sobre hipertensão arterial, prática de atividade física e nutrição, diabetes mellitus e anemia falciforme*)
5. Gostaria que me falasse se você teve acesso a alguma prática integrativa e complementar de saúde (PICS). (*Dar exemplos: homeopatia, yoga, reiki, acupuntura, meditação, entre outras*)
6. Durante o seu acompanhamento, você recebeu alguma informação sobre o parto normal e sobre o local onde será o parto?
7. Durante as suas consultas você foi orientada sobre questões como:
  - a. aleitamento materno ( ) S ( ) N;
  - b. manejo e cuidado com as mamas ( ) S ( ) N;
  - c. planejamento familiar e gravidez não planejada ( ) S ( ) N;
  - d. intervalo entre partos; ( ) S ( ) N e
  - e. gestação de alto risco ( ) S ( ) N?
8. Você acredita que, no Brasil, as pessoas são tratadas de forma diferente por conta da cor da pele?
9. Em algum momento você percebeu que a cor da sua pele influenciou no acesso, acolhimento e/ou no atendimento que recebeu nesta UBS? De que modo?
10. Como você se sentiu durante o pré-natal? O que achou das consultas? Em algum momento dos atendimentos do pré-natal você se sentiu pouco assistida no serviço de saúde? Por que você acha que aconteceu? Você considera que isso tem

alguma relação com a cor da sua pele? Ou seja, com o fato de ser uma mulher negra? *(Investigar: Como foi? De que categoria profissional? Como sentiu? Como reagiu?)*  
*(Nessa questão, se ela não tiver se sentido bem, se relatar problemas e você perguntar sobre a cor e dizer que não tem a ver com a cor, aí tente explorar, perguntar então por que acha que teve problemas).*

11. O que você acha que poderia ser melhorado para garantir uma melhor assistência ao pré-natal?

### **Terceira Parte – Atenção ao parto e pós-parto**

1. Gostaria que me falasse se você teve algum acompanhante no momento do parto. Se não teve, por qual motivo? *(Explorar motivo, se tentou e não conseguiu autorização do serviço de saúde)*
2. Durante o atendimento em seu parto no serviço de saúde houve algum cuidado ou procedimento que possa ter lhe causado algum dano físico como: lesões, traumas, feridas, dores, incapacidades, etc.? *(Investigar: Como foi? Que categoria profissional? Como se sentiu? Como reagiu?)*
3. Durante o seu atendimento neste serviço de saúde houve algum comentário verbal ou comportamento gestual agressivo que lhe incomodou? *(Investigar: Como foi? De que categoria profissional? Como se sentiu? Como reagiu?)*
4. Gostaria que você me falasse se nos cuidados íntimos realizados, você se sentiu de alguma forma constrangida/prejudicada. *(Investigar: Como foi? De que categoria profissional? Como se sentiu? Como reagiu?)*
5. Como você se sentiu durante o parto? O que achou do atendimento?
6. Em algum momento ou procedimento realizado você se sentiu pouco assistida neste serviço de saúde? Você considera que isso tem alguma relação com a cor da sua pele? Ou seja, com o fato de ser uma mulher negra? *(Investigar: Como foi? De que categoria profissional? Como sentiu? Como reagiu?)*
7. O que você acha que poderia ser melhorado para garantir uma melhor assistência ao parto?



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “*A influência do racismo na atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras no Distrito Federal*”, de responsabilidade de *Juliana Ribeiro Oliveira*, estudante de mestrado da *Universidade de Brasília*. O objetivo principal desta pesquisa é *analisar a percepção das gestantes e puérperas sobre a influência do racismo institucional na atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras*. Assim, gostaria de consultá-la sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de *entrevistas semiestruturadas*. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa *analisar a percepção das gestantes e puérperas sobre a influência do racismo institucional na atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras*.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 98165-9913 ou pelo e-mail [julyriboli@gmail.com](mailto:julyriboli@gmail.com).

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: [cep\\_chs@unb.br](mailto:cep_chs@unb.br).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com você.

---

Assinatura da participante

---

Assinatura da pesquisadora

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL CEP/CHS

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A influência do racismo na atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras no Distrito Federal

**Pesquisador:** JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30957520.2.0000.5540

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Política Social

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.112.089

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa tem por objetivo principal analisar a percepção das gestantes e puérperas negras sobre a influência do racismo institucional na atenção à saúde reprodutiva dessas mulheres. Para isso, pretende-se realizar entrevistas semiestruturadas com as mulheres negras (pardas e pretas) atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal, com o intuito de apreender a percepção dessas mulheres no que diz respeito ao tratamento a elas empregado, buscando observar a existência ou não do racismo na rotina de atendimento dessas mulheres. Para tanto, pretende-se selecionar mulheres negras em idade reprodutiva (entre 18 e 49 anos de idade) que estejam no último trimestre gestacional ou no estágio puerperal atendidas nas UBS de cada Região de Saúde do Distrito Federal. A hipótese preliminar da pesquisa é que o racismo, tanto o estrutural quanto o institucional, influencia de forma negativa no atendimento prestado às mulheres negras, desde o acompanhamento do pré-natal até o pós-parto, sendo responsável, em grande parte, pelo alto índice de violência obstétrica e mortalidade materna observadas entre essas mulheres negras.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção das gestantes e puérperas negras sobre a influência do racismo institucional na atenção à saúde reprodutiva dessas mulheres.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

Continuação do Parecer: 4.112.089

**Objetivo Secundário:**

1. Revisar o debate teórico acerca dos conceitos de racismo estrutural e racismo institucional;
2. Identificar as relações entre racismo e capitalismo e sua influência nos determinantes sociais de saúde;
3. Realizar uma discussão sobre gênero com foco nas interseccionalidades com a questão racial;
4. Identificar perspectivas críticas sobre o racismo e a influência na violência obstétrica; e
5. Identificar, com base nos achados da pesquisa, a influência do racismo na atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras entrevistadas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora relata que os riscos existentes são apenas aqueles relacionados à interação humana proporcionada pelas entrevistas, como: invasão de privacidade; necessidade de responder a questões sensíveis; divulgação de dados confidenciais; tomar o tempo da entrevistada ao responder a entrevista. A fim de mitigar os riscos mencionados, a pesquisadora se compromete a garantir o acesso das entrevistadas aos resultados obtidos; minimizar desconfortos, garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; estar atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto; assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações que poderiam prejudicar as participantes. Quanto aos benefícios, o trabalho trará, segundo a pesquisadora, a possibilidade de mapear a existência ou não de racismo institucional por parte dos profissionais de saúde, podendo contribuir para dar visibilidade à atenção à saúde das mulheres negras, e também subsidiar ações que reduzam o racismo institucional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa está adequado às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Na primeira rodada de avaliação, não havia sido fornecida a carta de aceite institucional, ausência que, nesta fase, foi devidamente equacionada e resolvida. A pesquisadora forneceu, por fim, todos os termos de apresentação obrigatória.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa está adequado às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares. Ele foi aprovado pelo CEP/CHS.

<b>Endereço:</b> CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
<b>Bairro:</b> ASA NORTE <b>CEP:</b> 70.910-900
<b>UF:</b> DF <b>Município:</b> BRASÍLIA
<b>Telefone:</b> (61)3107-1592 <b>E-mail:</b> cep_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 4.112.089

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto de pesquisa está adequado às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares. Sem considerações adicionais.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1521324.pdf	15/06/2020 18:25:26		Aceito
Outros	Aceite_Institucional.pdf	15/06/2020 18:23:28	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Carta_pendencias.pdf	15/06/2020 18:21:25	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_dd_mm_aaaa.pdf	16/04/2020 16:59:30	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dissertacao_Juliana.pdf	09/04/2020 16:02:38	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Uso_imagem_som.pdf	09/04/2020 16:00:02	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	09/04/2020 15:57:33	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta_de_dados.pdf	09/04/2020 15:56:33	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/04/2020 15:53:36	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito
Outros	revisao_etica.pdf	09/04/2020 15:53:05	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	09/04/2020 15:51:42	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/04/2020 15:50:08	JULIANA RIBEIRO OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 4.112.089

BRASILIA, 25 de Junho de 2020

---

**Assinado por:**  
**Érica Quinaglia Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br