



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**“É RACISMO QUE ESTÁ AQUI,
E É ISSO QUE VAI PAUTAR ATÉ O FIM”:
O ATIVISMO DE MULHERES NEGRAS
SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Ariene Alexsandra Rodrigues

**Rio de Janeiro
Junho de 2020**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**“É RACISMO QUE ESTÁ AQUI,
E É ISSO QUE VAI PAUTAR ATÉ O FIM”:
O ATIVISMO DE MULHERES NEGRAS
SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Ariene Alexsandra Rodrigues

Dissertação apresentada à Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Marcos Nascimento
Co-orientadora: Corina Helena Figueira Mendes

**Rio de Janeiro
Junho de 2020**

CIP - Catalogação na Publicação

Rodrigues, Ariene Alexandra.

“É racismo que está aqui, e é isso que vai pautar até o fim”: o ativismo de mulheres negras sobre violência obstétrica / Ariene Alexandra Rodrigues. - Rio de Janeiro, 2020.
173 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2020.

Orientador: Marcos Nascimento.

Co-orientadora: Corina Helena Figueira Mendes.

Bibliografia: f. 152-166

1. Racismo. 2. Racismo obstétrico. 3. Ativismo. 4. Mulheres negras. 5. Saúde sexual e reprodutiva. I. Título.

À todas as Alynas e Rafaelas que sofreram com a violência em seus corpos sem que pudessem ser ouvidas em suas verdades. Anseio que as que vierem depois delas possam viver seu parto e maternidade de maneira digna e respeitosa, como toda mulher merece.

Às mulheres da minha vida, em especial à minha mãe e irmã, Iara e Ariadne, por ensinar que família é uma comunidade baseada no amor; e à minha avó paterna, Alvina, inspiração ao doar-se num tempo em que o sistema de saúde ainda não incluía a todas, ela acolheu com carinho tantas vidas que chegaram em suas mãos.

AGRADECIMENTOS

Escrevo estes agradecimentos em uma data especial, no dia em que a Fiocruz completa 120 anos. Portanto, é válido ressaltar que essa dissertação é fruto de uma combinação de motivação e oportunidade. Motivação que tive ao conhecer a Fiocruz, seus institutos, as pesquisas aqui desenvolvidas e o sonho de que a minha um dia esteja incluída neste universo. E agradeço a oportunidade que a Fiocruz me deu – e dá a cada ano – ao abrir as portas para tantos estudantes sonhadores, de pós-graduação, ensino médio ou profissionalização. Por semear o ideal de um SUS forte que necessita de mais e mais pessoas que o defendam e lutem por ele. Meu agradecimento a cada profissional que cruzou meu caminho, direta ou indiretamente, nos quatro anos em que vivo essa instituição, e que tornou mais potente e real a minha luta pelos direitos humanos, em especial pelo direito à saúde.

Ao meu orientador, Marcos Nascimento, e à orientadora, Corina Mendes, por terem aceitado o desafio de me orientar, acolher e iluminar minhas dúvidas, por me inspirar e me ajudar a construir esse caminho. Pelas trocas e por me mostrar o essencial papel da orientação na descoberta pessoal do que é a pesquisa.

Às professoras das bancas de qualificação e defesa, Andreza Nakano, Ivia Maksud, Jussara Assis e Fernanda Lopes, pelas impressões, orientações e indicações neste processo.

À todas as mulheres de minha turma, pelas trocas durante às aulas e no grupo virtual, onde nos acolhemos em nossas dúvidas e incertezas.

Aos meus amigos, Douglas Moreira, Honi Rubik, Karla Menezes e Valéria Re, pela revisão deste material e colaboração no processo, e por terem me acolhido tão prontamente nos momentos de cansaço e dúvidas.

A Lázaro, meu companheiro de caminhada, a você também, por me ajudar nas transcrições e leituras; por ter ouvidos atentos, paciência e por segurar minha mão nos momentos que nem eu me suportava.

Minha eterna gratidão a todas as mulheres que aceitaram participar e compartilhar comigo suas histórias, dores, amores e sonhos. Essa dissertação é a materialidade do que eu um dia idealizei só porque vocês aceitaram estar comigo neste processo.

Por fim, agradeço à Capes, por ter assegurado financeiramente minha permanência neste curso de mestrado, me permitindo dedicação total a esta pesquisa.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a relação entre racismo e violência obstétrica a partir de ativistas negras. Partimos do cenário no qual a violência obstétrica se apresenta nos últimos dez anos. Pesquisas, documentários, matérias jornalísticas e leis passaram a dar destaque para o assunto, que, em 2018, esteve presente em uma série de documentos e posicionamentos de instituições na disputa pelo uso do termo, inclusive sugerindo sua eliminação, contrariamente à opinião de organizações, parlamentares e ativistas que passaram a posicionar-se pelo seu reconhecimento. Mulheres negras e espaços de discussão que racializam a discussão, lembraram do papel do racismo ao encontrar a violência obstétrica, levando as negras a serem as principais vítimas deste tipo de violência. Diante desse panorama, o marco teórico incluiu a compreensão histórica sobre o corpo feminino, a influência do discurso biomédico nesta construção, com olhar especial para o corpo da mulher negra; o racismo e seus impactos nos direitos da população negra, bem como sob a saúde reprodutiva das mulheres. Abordamos a violência obstétrica a partir do entendimento desta como uma violência de gênero e trouxemos a interseccionalidade para pensar na problemática entre o racismo e a violência obstétrica. Resgatamos o histórico dos movimentos de mulheres negras, o entendimento sobre o ativismo dessas mulheres, bem como o impacto de suas ações na luta pela garantia de direitos. Inspirados em estudos etnográficos, realizamos uma observação participante e acompanhamos 14 ativistas que atuam e debatem – em diferentes espaços – o racismo e a violência obstétrica. Realizamos ainda entrevistas com esse grupo, compondo um acervo mais objetivo e qualificado sobre suas opiniões e perspectivas. Para a análise deste material, utilizamos a Interpretação dos Sentidos, ferramenta que nos permitiu encontrar pontos em comum nas falas dessas interlocutoras. Os resultados dessa análise trouxeram a compreensão que a luta pela garantia de direitos para essas mulheres perpassa o entendimento de que o racismo é o que leva as mulheres negras a sofrer diferentes violências; que a ideia de pertencimento ao mesmo grupo e a percepção de uma ancestralidade são itens de integração entre elas, bem como a assimilação de que o que acontece no corpo da outra pode ocorrer com as demais, também é um ponto de partida para o ativismo dessas mulheres. A partir da análise, recomendamos que o termo “violência obstétrica” seja substituído por “racismo obstétrico” ao falar sobre mulheres negras, uma vez que as violências cometidas contra elas partem do racismo para ocorrerem, mesmo em situações tão específicas como o momento do parto.

PALAVRAS-CHAVE: racismo, racismo obstétrico, ativismo, mulheres negras, saúde sexual e reprodutiva.

ABSTRACT

This study aims to understand the relations between racism and obstetric violence from black activists' perspective. We start by highlighting the scenario in which obstetric violence has been present over the last ten years. Research, documentary films, journalistic articles and law projects depict the subject, which, in 2018, was in dispute: while social movements and activists stood by its recognition, parliamentarians suggested its elimination. Black women and organizations have "racialized" the debate positioning them as the main victims of obstetric violence. The theoretical framework of this research includes historical conceptions about the female body, the influence of biomedical discourse in this construction – with a special regard to the body of black women –, racism and its impacts on the rights of the black population, as well as on women's reproductive health. We approach obstetric violence from the viewpoint of gender violence and bring up the concept of intersectionality to reflect upon the problem between racism and obstetric violence. We recover the history of black women's movements and attempt to understand these women's activism, as well as the impact of their actions in the fight for human rights. Inspired by ethnographic studies, we conducted a participatory observation and followed the stories of 14 activists who work and debate - in different spaces - racism and obstetric violence. We also conducted interviews with this group, creating a qualified collection of their opinions and perspectives. For the analysis of this material, we used the Interpretation of the Senses, a method that allowed us to find points in common in the speeches of the interviewees. The results of this analysis underlined that, for these women, the fight for fundamental rights goes through the understanding that racism is what leads black women to suffer different types of violence; that belonging to the same group and perceiving their ancestry is a point of integration, as well as the assimilation that what happens to another person's body can occur with others women is also a starting point for women's activism. From the analysis, we recommend that the term "obstetric violence" should be replaced by "obstetric racism" when talking about black women, since violations committed against black women are part of the racism, even in situations as specific as the moment of delivery.

KEYWORDS: racism, obstetric racism, activism, black women, sexual and reproductive health.

LISTA DE SIGLAS

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADoulas – Associação de Doulas do Rio de Janeiro
AFARJ – Associação dos Falcêmicos e Talassemicos do Rio de Janeiro
Alerj – Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
Amdaf/RJ – Associação de Mulheres com Doenças Falciformes do Estado do Rio de Janeiro
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
Cedim – Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
CFM - Conselho Federal de Medicina
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
Cofen – Conselho Federal de Enfermagem
Cremerj – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CTSPN - Comitê Técnico de Saúde da População Negra
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
IFF – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira
IHI – Institute for Healthcare Improvement
IPCN – Instituto de Pesquisa das Culturas Negras
MPF - Ministério Público Federal
MS - Ministério da Saúde
Negrex – Coletivo de médicos e estudantes de medicina negros
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PCRI - Programa de Combate ao Racismo Institucional
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
Seppir - Secretaria Especial de Políticas para Promoção da Igualdade Racial
SMS – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS – Sistema Único de Saúde
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

NOTAS PRELIMINARES SOBRE A ESCRITA DO TEXTO	9
INTRODUÇÃO: DO AFETO DAS MEMÓRIAS	12
1 MARCOS TEÓRICO E POLÍTICO: MULHERES, RAÇA E LUTAS POLÍTICAS . 29	
1.1 O CORPO DA MULHER COMO OBJETO DA MEDICINA	29
1.1.1 Racializando o corpo da mulher	34
1.2 RACISMO: PROCESSO HISTÓRICO E PRÁTICAS COTIDIANAS EM MULHERES E DE SEUS CORPOS.....	40
1.2.1 Sobre a saúde (reprodutiva) da Negra.....	45
1.3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO E OBSTÉTRICA	48
1.4 INTERSECCIONALIDADE.....	55
1.5 A LUTA DA MULHER NEGRA: MOVIMENTO Contra-hegemônico	58
1.6 POLÍTICAS NEGRAS: PERCURSO DE LUTAS DAS MULHERES	65
2 O CAMINHO METODOLOGICO	70
2.1 BREVES NOTAS SOBRE AS ENCRUZILHADA DO CAMPO.....	73
3 HISTÓRIAS CRUZADAS: OS ENCONTROS COM AS INTERLOCUTORAS	77
4 INTERPRETANDO OS SENTIDOS: O QUE DIZEM AS INTERLOCUTORAS	93
4.1 EXPLORANDO ESPAÇOS E CONEXÕES: CAMINHOS, PAUTAS E ATUAÇÕES.....	93
4.2 INTERSECÇÕES DA VIDA: ENCONTROS, IDENTIFICAÇÃO E RESGATES.....	113
4.2.1 <i>“No lugar onde faço meu ativismo”</i> : gerações e dinâmicas de atuação	113
4.2.2 <i>“Fui desbravando esses ativismos todos aí”</i> : o ativismo forjado na experiência	118
4.2.3 <i>“Todo mundo muito parecido comigo”</i> : Quando o reflexo é ponto de partida	120
4.2.4 Sankofa: Olhar o que passou para construir o que virá	125
4.3 <i>“EU SABIA QUE ELA IA ME TRAZER ESSA PERGUNTA, “FOI MAIS QUE VIOLÊNCIA, NÃO FOI?”</i> : QUANDO RACISMO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SE ENCONTRAM	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152
APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO	167
APÊNDICE 2 – TCLE	168

NOTAS PRELIMINARES SOBRE A ESCRITA DO TEXTO

A escrita desse trabalho reflete escolhas políticas sobre o uso das palavras, generalizações em textos científicos e sobre o estilo da escrita. Primeiramente, em consonância com Débora Diniz (2013) ao dizer que “o lugar dos homens está tão bem assegurado na pesquisa acadêmica” (p. 9), assumi a transgressão de escrever no feminino, sempre que possível, segundo uma coerência textual. A segunda escolha é a de empregar o vocábulo “mulher” quando referido às mulheres negras, em contraponto à generalização do termo como mulher branca. Cada vez que eu me referir a mulher, estarei me referindo a mulher negra, sendo que, quando for necessário a separação entre pretas e pardas, ou a indicação de mulheres não-negras, isso será indicado no texto. A outridade, portanto, aqui caberá à mulher branca e a branquidade também será apontada quando necessária. Essa segunda escolha foi feita considerando o conhecimento que construí, especialmente no período do mestrado, em função das leituras de textos sobre questões raciais, de minha participação em espaços como o Coletivo Negro da Fiocruz e das disciplinas sobre a temática.

Escrever desse modo não foi fácil. Em diversos momentos me peguei indicando ‘mulher negra’ como se fosse necessário ter esse destaque num trabalho no qual são elas as interlocutoras, refletindo e contando histórias sobre mulheres negras. Possivelmente algumas generalizações ainda estão no masculino. Isso somente mostra como, mesmo ao tentar outras perspectivas, ainda estamos arraigados a tradições coloniais e patriarcais.

Fanon (2008) afirma que o homem negro – e tudo que deriva a partir disso – só existe nesta condição por ser uma criação branca, sendo ele sempre o outro. Essa outridade nunca nos coloca como sujeitos, mas como objetos. Apesar de estar no espaço embranquecido da academia, este um período de afirmação de novas perspectivas, de nos vermos e nos fazermos ser vistos como sujeitos. Seguindo Grada Kilomba (2019), acredito que subverter, mais do que possível, mostra-se necessário.

Sobre o estilo da escrita, o texto foi redigido em primeira pessoa do singular. De modo articulado aos argumentos já apresentados sobre as escolhas de determinado uso de generalizações pouco frequentes em textos acadêmicos, a metodologia orientadora deste trabalho, inspirada na prática etnográfica, e

minha formação jornalística, oportunizaram esse tipo de escrita em parte significativa desta dissertação. Minha escolha também aconteceu porque, apesar de ser um texto acadêmico, acredito que é preciso aproximar a sociedade dos resultados de pesquisas, e creio que a linguagem tem forte impacto nesse distanciamento.

Na configuração do estilo deste texto, incorporei também meus relatos pessoais, histórias familiares e escritas que compõe o que chamo de Diário de Campo, que são produções onde reflito e interpreto a partir de notas escritas e de minha memória ao lê-las, escrevendo outros textos.

Os povos de África têm por hábito – prática essa ainda cultivada no Brasil por seus descendentes – aprender a partir da oralidade. As histórias estão vivas dentro de cada um e são contadas oralmente. A prática acadêmica, com suas regras e formalidades, acaba, muitas vezes, por dificultar a escrita do texto, as histórias a serem contadas, as conclusões.

Espero que esse texto, mesmo atento aos cuidados metodológicos, possa ser assimilado também por aqueles que desconhecem os padrões científicos. Que ele tenha a proposta da facilidade da oralidade. Afinal, a história do caminho que me levou ao mestrado e a escrita desta dissertação está em mim. É minha e de cada mulher que concedeu seu tempo para dividir seus relatos nos encontros comigo. Assim como é da minha bisavó, das minhas avós, minha mãe, tias e irmã. De cada mulher que veio antes de mim lutando para sobreviver e viver num país que não cuida e nem valoriza nossos corpos vivos. daquelas que morreram tentando dar vida. Eu tento juntar parte de tudo isso em palavras. Em escrita. Ou como diria Conceição Evaristo, em “Escrevivência”.

Escrevo. Apago. Uma nova palavra, outra ideia.
Não está bom, suficiente. Apago, novamente.
Uma música talvez, um verso de *Corpo no mundo*
- essa música me diz tanta coisa. Não, ainda não.
Conceição Evaristo talvez? Pensei em citá-la como
epígrafe, mas ainda acho que li tão pouco dela.
São tantos livros, e eu li apenas
partes de alguns ou algumas poesias.
Uma semana de atraso do que já estava atrasado
e essa minha mania perfeccionista de achar
que só após um bom início as coisas vão fluir...
Conceição Evaristo novamente.
Minha mãe, minha avó, a filha que não tenho.
Minha vida. Esse trabalho é a minha vida agora.
É minha vivência, mas também é coletivo.
Escrevivência.
Quem sabe, minha escrevivência acadêmica.
(*Memórias da dissertação – Episódios de escrita*)

INTRODUÇÃO: DO AFETO DAS MEMÓRIAS

Tenho algumas lembranças da minha infância que parecem ter acontecido ontem. Uma delas é meu pai chegando com o jornal, todos os dias, debaixo do braço, para almoçar. Às vezes tenho a impressão de que isso deve ter influenciado minhas escolhas. Outra lembrança é da minha madrinha afirmando como aquele semestre dela no curso de Jornalismo fez com que acreditasse que eu, ainda criança, poderia me dar muito bem se seguisse o mesmo percurso. Lembro da sensação de sentar e ouvir as pessoas contarem algo, as histórias que compunham suas vidas. Voltam-me agora, à memória, o piso de caquinhos vermelho da garagem da Cema – mãe da minha madrinha e vizinha que habituei a chamar de segunda mãe –, o cheiro de chimarrão, amargo e quente, tomado por ela e por minha mãe no fim de tarde. As histórias de Foz do Iguaçu e de Santa Catarina, aquelas que eu não vivi, mas que passavam a ser minhas quando ela me contava. Eu recriava tudo na minha imaginação: pessoas, lugares, gestos, palavras.

Volto à casa da minha avó Aglayr, nos finais de ano, aniversário, família reunida, as primas vindas de Goiás, as brincadeiras no quintal da frente, na área que meu avô construiu. As cadeiras redondas de varanda, grandes o bastante para que cada uma acomodasse duas netas para ouvir o que minha avó tinha a recordar. Volto à cozinha da minha mãe, enquanto ela faz a comida e conta as histórias de família – algumas refeitas pelas lembranças, outras genuínas. Como aquela do meu avô indo à maternidade me visitar meses antes de falecer, da minha bisavó materna e suas irmãs – tias que eu só sabia de nome, mas que quando eu estava em alguma festa de família, minha mãe insistia que eu já às conhecia pois havia narrado algo sobre elas.

Percebi dias atrás como ouvir histórias é algo que me fascina. Foi ouvindo e transcrevendo as entrevistas desta dissertação. Sorri, chorei, lamentei, quis estar junto. Vibrei ao ouvir, novamente, as histórias que me foram contadas. Quinze mulheres, muitas histórias. Vidas que foram compartilhadas comigo. Quinze. Inicialmente a proposta era ouvir de sete a dez mulheres, mas ouvir é algo tão precioso que acabei ultrapassando meu plano inicial. De algum modo, ao ouvir suas vozes nas gravações, parecia estar vivendo novamente aqueles

fins de tardes na varanda da minha vó ou sentada no piso de caquinhos da garagem da Cema.

Desde o início, a única certeza que eu tinha sobre essa dissertação era que eu queria ouvir o que as mulheres têm a dizer. Eu tinha absoluta certeza que era pelo fato de eu ser jornalista e trabalhar a partir de entrevistas. A técnica seria interessante porque eu estaria mais perto da minha formação (já que em dado momento da vida eu resolvi parar de tentar o mestrado em Comunicação e parti para a Saúde Coletiva). Errei quando pensei que ser jornalista facilitaria. Minhas orientadoras muito cedo alertaram que as entrevistas para a pesquisa deveriam ser diferentes. Mas seria somente a vontade da jornalista de explorar novas perspectivas que haviam me instigado? Hoje eu penso que não. De forma inconsciente – ou seriam meus ancestrais me conduzindo? – eu queria ouvir novas histórias e construir novos mundos.

Cresci ouvindo histórias sobre partos. Numa família tão feminina – minha mãe com cinco irmãs que me deram seis primas e do lado do meu pai, quatro tias, mas com uma variação maior de homens e mulheres entre minhas primas –, falar sobre o tema era algo natural. Eu atravessava a rua e estava na casa da minha avó paterna, que foi parteira durante muito tempo. Portanto, conversas sobre maternidade, parto e amamentação eram comuns em casa. Assim como o destino de ser mãe parecia algo certo para todas nós. Minha mãe sempre contou sobre seus partos, como eram as dores e as alegrias daqueles momentos, desde a descoberta da gravidez até receber a criança em seus braços. Cenas lembradas que compunham cada uma das histórias destes nascimentos.

Tenho lembranças muito vivas de quando meu primeiro sobrinho nasceu, em 1997, das conversas e indicações para a mãe dele sobre o que fazer e não fazer no momento do parto. Da curiosidade de uma prima dela, que ainda não era mãe, ao visitá-la no hospital e querer saber como havia sido esse momento. Eu acredito que foi ali, aos 12 anos, acompanhando a preparação para o nascimento do Lucas que ficou muito visível para mim que todas as mulheres deveriam saber algumas coisas antes de seus partos.

Lembro de três orientações, que eram: primeiro, não deveríamos gritar. Isso traria uma série de consequências, como irritar a equipe que poderia nos

deixar sozinhas e sem atendimento por muito tempo. Além disso, poderíamos ser xingadas e nos lembrariam que ‘pra fazer não doeu’. Em segundo lugar, deveríamos ajudar a médica, fazendo força quando ela mandasse; também era importante lembrar de deitar de costas com as pernas bem abertas. Afinal, a profissional que estaria lá tinha estudo e experiência e saberia o que era melhor para nós naquele momento. E a terceira coisa era torcer para levar poucos pontos, pois quanto mais sofrido o parto, maior o corte que a médica faria e mais pontos levaríamos.

Eu ouvia isso e torcia para não ter uma filha como meu irmão, que nasceu com mais de quatro quilos. Se a criança fosse grande, o corte também seria e, portanto, haveria muitos pontos. A ideia do corte, o sangue, os pontos, a dor que sentiria também depois do parto era algo que me apavorava. Só não era pior que a ideia do sofrimento do parto que poderia durar horas.

E assim como a gente vai aprendendo ao longo da vida, apesar de me parecer ser natural ser mãe, o parto não me parecia nada normal. Afinal, as dores do parto somadas às dores de alguém empurrando minha barriga, do corte, das suturas, nada disso me parecia viável. Uma cesariana seria algo tão mais limpo, rápido e fácil, descartando complicações, dores contínuas e cortes em regiões tão sensíveis.

Durante mais de vinte anos eu tinha a certeza de que seria mãe – e que a passagem para esse papel num novo universo seria o mais higiênico e ‘contemporâneo’ possível. Mas isso mudou, depois que alguém me disse que partos não necessariamente precisam de cortes, que o corpo da mulher se adapta para essa passagem e que até prazer era possível ter nesse processo.

O ano era 2009. Comecei a pesquisar mais sobre o processo de parto e nascimento: o que eu sabia e o que estava errado, e quais as novidades daquele cenário. E foi aí que eu me deparei com uma nova personagem em cena chamada doula. Doula, uma profissional que auxiliava e informava a gestante sobre o processo da gestação, parto e pós-parto, e pensei: “por que não?”. A ideia não era uma mudança de carreira profissional, eu já tinha o jornalismo e havia acabado de mudar para Curitiba para trabalhar com comunicação, mas me preparar da melhor forma possível para o meu parto – um plano, um sonho bastante distante –, e repassar esses conhecimentos para as mulheres da minha

vida. Mas foi no Rio de Janeiro, muito tempo depois, que vim a fazer o curso de doula, em 2018, durante o mestrado, enquanto eu estava em campo para a pesquisa dessa dissertação.

Certo tempo depois, minha atenção se voltou para os dados mostrados pela pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010) que revelou que 1 a cada 4 mulheres havia se sentindo “violentada” no momento do parto. Dessa pesquisa, outras surgiram, incluindo uma proposta a partir de uma blogagem coletiva e que deu origem ao vídeo Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras (ZORZAM et al, 2012), onde se passou a nomear esses atos como violência obstétrica. Na sequência desse movimento, em 2013 foi lançado o documentário O Renascimento do Parto (PAULA, CHAUVET, 2013), que tratava o momento de nascer sob outra perspectiva, com partos mais naturais, falando sobre o respeito ao corpo e às vontades das mulheres. No ano seguinte, 2014, a Fiocruz lançou um inquérito nacional sobre parto e nascimento, a pesquisa Nascer no Brasil, que trazia dados contundentes sobre o que vinha sendo falado sobre violações e tratamentos com gestantes (LEAL et al., 2014).

Na internet, blogs e redes sociais reuniam grupos e depoimentos de mulheres sobre um outro tipo de parto, diferente daquele que eu conhecia até então. As sensações de ser mãe, a dor revelada, a maternidade não-romantizada, uma verdade que me fascinava e excitava. Passei a ler também depoimentos e relatos de parto, as dificuldades de se encontrar profissionais dispostos a favorecer essa tal humanização, tão falada naquele momento. Também nesse período, eu lia sobre movimentos de mulheres e feminismos – e buscava entender melhor minha origem e identidade enquanto mulher negra de pele clara.

Talvez essas descobertas todas sendo feitas ao mesmo tempo tenham me atentado para algo: nas histórias que eu lia, eu não me via. Não era meu corpo ali. Elas não tinham a minha cor. As experiências com seus partos domiciliares, ou com equipes particulares em hospitais com grandes banheiras, eram muito distantes da minha realidade – e da realidade de muita gente que cresceu vendo a mãe sair de casa de madrugada para enfrentar a fila do “postinho” quando a filha doente não melhorava. Importante contar que eu nasci em 1985 e minha infância foi marcada exatamente pela troca do sistema de

saúde anterior pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Minha mãe ainda hoje se confunde e, às vezes, fala INAMPS¹.

Nos blogs, lembro de ter encontrado apenas dois relatos de negras e eles marcaram minhas leituras porque, em ambos, o desrespeito era a tônica nos relatos sobre os atendimentos. A violência obstétrica estava presente na vida dessas mulheres e o fato de serem negras aparecia ali, expressa em sobre serem "mais resistentes", ou que a dor que relatavam era inexistente e queriam apenas um atestado para mascarar uma falta no trabalho.

A Nascer no Brasil trouxe dados que me ajudaram a visualizar esses quadros com muita clareza. Mas foi em 2017, com o lançamento do artigo *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção ao pré-parto e ao parto no Brasil* (LEAL *et al*, 2017) – texto produzido a partir dos dados coletados na pesquisa – que eu finalmente fui levada a pensar que as histórias que eu ouvira e os relatos que lera não eram episódios isolados: a relação entre o racismo e a violência obstétrica era imbricada. E foi quando me senti chamada para algo que há tempos eu tratava apenas como uma curiosidade: pesquisar sobre essa relação.

Eu havia chegado ao Rio de Janeiro vinda de Curitiba, um ano antes, em julho de 2016. A decisão de me mudar não demorou mais que uma semana. Seis anos antes, eu saí de Ponta Grossa para Curitiba, mas essa distância significava que eu estava a pouco mais de 100 quilômetros de toda a minha família, além de contar com uma rede de amigos já estabelecidos ali. Na segunda mudança, eu partia para um local onde não tinha nenhum vínculo afetivo, estava ainda construindo amizades em terras cariocas na especialização na Fiocruz, iniciada naquele ano. Seriam dois estados de distância, e uma sabida dificuldade para conseguir emprego em tempos de recessão, o que indicava a necessidade de economizar o pouco dinheiro que eu tinha.

No Rio, passei a frequentar eventos que falassem sobre maternidade, raça ou gênero. A movimentação das mulheres e suas pautas pareciam me encontrar e mobilizavam. Faziam a guria que cresceu em uma cidade com 80% da população branca se reencontrar nas várias tonalidades de pretas que andavam pelas ruas e frequentavam estes encontros. Conheci as histórias de

¹ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

Alyne Pimentel² e Rafaela Silva³, anotei dados de mortalidade materna que, ainda hoje mostram como mais mulheres de pele preta morrem mais do que as não-pretas.

Apreendi a reconhecer rostos e nomes, mulheres que estavam sempre defendendo a saúde e a vida de outras que poderiam ser minha mãe, minha irmã, eu. Assim foram chegando as autoras negras e fui aprendendo a falar sobre as mulheres não mais como objeto de estudo, mas também como construtoras de outros saberes que partiam de suas histórias. Comecei a me interessar em compreender sobre o papel dessas mulheres como interlocutoras ativas no processo de construção de conhecimento sobre temáticas como violência obstétrica e racismo, suas relações e presença nos espaços de debate, colaborando para a formulação e implantação de políticas de saúde voltadas para a população negra.

² “Alyne da Silva Pimentel Teixeira era uma jovem negra, residente na Baixada Fluminense, casada e mãe de uma menina. Estava grávida de 6 meses no dia 11 de novembro de 2002 quando se sentiu mal e buscou tratamento na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória em Belford Roxo. Receitaram um remédio e a mandaram de volta para casa. Retornou dois dias depois, em pior estado e com o bebê morto dentro dela. Depois de mais de 7 horas de espera, induziram o parto e retiraram o feto morto. Alyne seguiu passando mal e precisou esperar até o dia seguinte para iniciar o procedimento de remoção de partes do feto que ainda permaneciam no seu útero. Ela seguiu piorando e a sua família foi proibida de visitá-la, mas a Casa de Saúde dizia que ela estava bem. No dia 15, quando a família finalmente pode vê-la, seu estado de saúde era péssimo e Alyne estava desorientada. Com o quadro se agravando a cada minuto, a Casa de Saúde tentou transferi-la para uma unidade com mais recursos, entretanto, não havia ambulância disponível. Quando finalmente Alyne conseguiu a transferência para o Hospital Geral de Nova Iguaçu, seu estado era crítico. Tentaram ressuscitá-la. Sua família, impotente e aflita com a falta de informação sobre o seu estado, só podia esperar. Alyne morreu no dia 16 de novembro. (...) A família reagiu, buscou reparação e não obteve respostas. Entrou com uma ação em Genebra, no Comitê pela Eliminação da Discriminação contra a Mulher/CEDAW em 30 de novembro de 2007, com o apoio de uma organização brasileira – Advocaci – Advocacia Cidadã para os Direitos Humanos, e uma organização dos EUA – *Center for Reproductive Rights*. Em julho de 2011 o Comitê emitiu um parecer “condenando” (não é um tribunal, mas suas recomendações tem peso e devem ser cumpridas) o Brasil e o Estado do Rio de Janeiro a uma série de medidas de reparação à família e de alterações nas políticas pública para que se respeite o direito à saúde das mulheres, especialmente as negras.” Disponível em: <<https://alyne.org.br/por-que-alyne/>>. Acesso em: 15 dez 2018.

³ “Quando Rafaela Cristina dos Santos, aos 15 anos, deu entrada numa unidade de saúde no Rio de Janeiro para dar à luz Miguel, seu quadro de saúde era grave, mas ninguém sabia. Sua pressão arterial e seu peso aumentaram além do esperado nos últimos três meses de gravidez, sinais suficientes para classificar o pré-natal e o parto como “de risco”, o que não aconteceu. No dia da chegada do bebê, a pressão arterial alta mostrava que era urgente a realização de um parto cesariano, mas isso também não foi feito. Rafaela morreu a caminho de um hospital que dispusesse de unidade de terapia intensiva (UTI), na esperança de ser salva.” Disponível em: <<http://www.generonumero.media/racismo-mortalidade-materna/>>. Acesso em: 15 dez 2018.

Minhas atividades se intensificaram ao iniciar o mestrado, em 2018. Comecei a delinear a construção de meu campo, a busca por entrevistadas e pelo entendimento da relação entre o racismo e a violência obstétrica. Ao mesmo tempo, o termo violência obstétrica ganhava espaço em disputas de diferentes atrizes sociais. Respectivamente, em 2007 e 2009, Venezuela e Argentina foram os primeiros países a tipificar como crime a violência obstétrica. No Brasil, têm sido utilizadas definições baseadas, especialmente, em publicações oriundas da lei venezuelana, segundo a qual violência obstétrica consiste na:

apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, expressos através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, levando a perda da autonomia e capacidade [das mulheres] sobre decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade da vida das mulheres. (Venezuela, tradução nossa, 2007, p.8)

Através das minhas buscas e leituras, observei que nos últimos anos houve um aumento nas discussões sobre violência obstétrica no Brasil, que tiveram início na década de 2010. As mulheres passaram a relatar situações que elas caracterizavam e nomearam como violência, organizações investiram na construção desta pauta, a academia passou a discutir o tema e a imprensa acompanhou a ambas na ampliação do debate.

Quando, no início do mestrado, comecei a buscar outros trabalhos que se relacionassem com o meu e que tocassem nas questões racismo, as indicações que encontrei me pareceram tímidas. No entanto, ao longo do tempo do curso, percebi como as discussões, o interesse acadêmico e a incorporação da pauta a uma agenda política foram se ampliando e ganhando novas cores. Cores de representatividade que legitimam pensar e atuar frente à questão a partir de novas perspectivas. Encontrei pesquisadoras que já estavam desenvolvendo estudos que dialogavam com o meu e outras que começavam a voltar seu olhar nesta direção. Futuras doutorandas e mestrandas que relatavam seus interesses enquanto trocávamos percepções sobre a situação da violência obstétrica e o racismo, especialmente no cenário do Rio de Janeiro.

A temática passou a ser pautada em grandes eventos específicos de suas áreas, como os de Obstetrícia e os de Saúde Coletiva. Na imprensa nacional, os números também colocavam o assunto como uma pauta jornalista frequente.

Realizei um levantamento no Google Notícias no dia 06 de janeiro de 2020 com o termo “violência obstétrica” e o resultado mostrou que entre janeiro 2017 e dezembro de 2019 houve um crescente de publicações on-line trazendo o termo no título ou no breve texto mostrado pelo buscador. Em 2017 foram 128 notícias, em 2018 esse número pulou para 184 e, nas notícias referentes ao ano de 2019 foram 204 publicações.

Ainda em 2018, entre as notícias que eu acompanhava sobre o tema, uma chamou minha atenção, bem como de diversos setores da sociedade civil, do Executivo e parlamentares: em outubro o Conselho Federal de Medicina (CFM) proferiu o Parecer 32/2018 (CFM, 2018) em resposta à consulta do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal sobre a “proliferação de leis sobre ‘violência obstétrica’”. No documento de treze páginas elaborado pela Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CFM, o órgão deixa claro sua posição contrária ao uso do termo “obstétrica” associado a “violência”, pois considera que há uma referência específica aos médicos que não se refere aos demais profissionais. O parecer expressa que “os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites” e que a expressão ‘violência obstétrica’ produz indignação entre os médicos obstetras, pois vem “impregnada de uma agressividade que beira a histeria”, sendo explícito ao dizer que

em razão da radicalidade desses movimentos [sociais e feministas] em prol de incorporar novas práticas assistenciais às gestantes, e em defesa de sua autonomia, os médicos obstetras estão sendo estigmatizados e processados por realizarem procedimentos que não estejam de acordo com a nova proposta de cuidados. (CFM, PARECER 32/2018)

O parecer segue afirmando que os movimentos, baseados no documento de Assistência ao Parto Normal da Organização Mundial de Saúde (OMS), lançado em 1996, passaram a adotar termos como “humanização”, “boas práticas”, “protagonismo no nascimento”, e que esses discursos eram utilizados pelo Ministério da Saúde (MS) para construir políticas públicas sem ouvir entidades médicas. O parecer trazia ainda alguns apontamentos, como a admissão de outro termo para que não se associasse a violência obstétrica somente aos profissionais médicos – e o texto encerra afirmando que tal uso deveria ser abolido. A publicação desse parecer era apenas o prenúncio do que

viria a acontecer envolvendo a questão do uso do termo violência obstétrica e atos médicos e direitos reprodutivos das mulheres durante 2019.

Com o resultado da eleição federal naquele ano, vencida por grupos de base ultra-conservadora, era de se esperar que as pautas entendidas como progressistas, como autonomia das mulheres no parto e a descriminalização do aborto sofressem ataques em âmbito nacional. No início de maio, o MS emitiu um despacho que determinava a abolição do uso do termo violência obstétrica em materiais governamentais, apesar do mesmo ter sido utilizado em diversos textos anteriormente. Segundo o documento o termo seria impróprio porque “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério” (BRASIL, 2019). O despacho seria uma resposta a um pedido de posicionamento de entidades médicas ao MS.

A movimentação de grupos contrários à decisão rapidamente ganhou espaço. Relatos de mulheres que vivenciaram situações de violências, especialmente durante o parto, começaram a aparecer nas redes sociais. Reportagens traziam dados de pesquisas e exemplos de outros países, como Venezuela e Argentina, no uso do termo em disputa, mas também de países ditos do "primeiro mundo", como a Inglaterra, em que critérios baseado em evidências científicas para intervenções no nascimento e medicalização do parto garantem resultados positivos para a saúde das mulheres e das crianças, eficácia do sistema de saúde e respeito aos direitos reprodutivos das mulheres.

Três dias após o despacho, o Ministério Público Federal (MPF) recomendou que o MS lançasse uma nova nota reconhecendo a legitimidade do termo violência obstétrica já utilizado em documentos legais, científicos e pela sociedade civil (MPF, RECOMENDAÇÃO nº 29/2019). Além do MPF, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e o Conselho Nacional de Saúde, entre outras entidades da sociedade civil, solicitaram um novo posicionamento do MS. A resposta veio no início de junho, através de um ofício endereçado ao MPF, onde o MS relatava o reconhecimento do direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento e que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências

científicas (BRASIL, 2019b). Porém, na resposta enviada ao MPF, em momento nenhum das cinco páginas, o MS afirma que voltará a utilizar o termo em seus materiais, bem como sequer cita a expressão no texto desta resposta.

Foi também em 2019 que a Organização das Nações Unidas (ONU) utilizou pela primeira vez o termo violência obstétrica. Até o *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica* (ONU, 2019), o órgão ainda não havia adotado a expressão em nenhuma de suas publicações. Em que pese o tempo das instituições para reconhecerem e legitimarem por meios oficiais a expressão, a violência obstétrica já era então um termo reconhecido socialmente.

Neste contexto – e como resposta ao posicionamento do MS – foi proposta na Câmara dos Deputados uma audiência pública para discutir estas questões, que entrelaçavam o uso do termo violência obstétrica com ao discurso técnico e moral sobre o parto e nascimento, revelando a tensão da discussão sobre limites entre autonomia para determinadas práticas profissionais – como a cultura da cesariana a pedido – e o direitos das mulheres exercerem suas escolhas em espaços de cuidados seguros e respeitosos.

Sobre o racismo, me lembro perfeitamente da primeira vez que o racismo foi perceptível para mim. Eu tinha seis anos e estava na 1ª série do ensino fundamental. O sinal marcava o fim do recreio e anunciava que tínhamos que formar duas filas, uma de meninas e outra de meninos, para retornar à sala de aula. Lembro de olhar para a turma de garotos que iniciava a fila masculina e, entre os risos e dedos que me apontavam, um deles falou “pretinha”. Não entendi exatamente o que havia acontecido ali, aquilo me incomodou, mas não a ponto de chorar ou falar daquilo para alguém. Só anos mais tarde eu compreendi aquilo como racismo. Foi a primeira, mas não foi a última.

Em 2016, quando eu trabalhava na Pastoral da Criança, espaço que abordava saúde da criança, tive que debater muito para que a saúde da criança negra fosse pautada no 20 de novembro. Obviamente não sem antes ter que ouvir várias frases que as presentes ali – todas brancas – falavam como forma

de justificar que dar destaque àquela pauta era um exemplo de racismo. “Eu chamo minhas filhas de pretinhas quando vamos à praia. É carinhoso”, falou o homem de meia idade descendente de alemães.

Vinte e cinco anos haviam se passado entre as duas cenas. Estar consciente da minha cor, e das sutilezas que o racismo assume para se fazer presente no cotidiano, foi essencial para o reconhecer de imediato. E isso também dói. Por outro lado, é libertador, porque é assim que passamos a exibi-lo e a combatê-lo. As histórias mostram como o racismo funciona em nossa sociedade. Ele é estrutural, permeando o cotidiano ou como uma piada mal entendida – e não como um discurso que permite que parte da população continue sofrendo em situações de precariedade. Ele também é institucional, quando os espaços permitem que ele continue acontecendo, como ao não pautar as especificidades da saúde de crianças negras, ou quando a professora decide que um aluno falar “pretinha” de uma forma negativa passe de forma impune. E também é individual, quando as pessoas assumem adotar determinadas posturas e falas sabendo que isso atingirá ao outro.

São essas as três formas de racismo – estrutural, institucional e individual – abordadas por Silvio Almeida (2018), autor e conceitos que serão trabalhados mais a frente. Entretanto é sabido que o racismo se dá também em outros moldes. Neste trabalho, nos interessa especialmente o aspecto institucional, uma vez que a violência obstétrica acaba por ter como cenário principal o parto e nascimento, que acontecem em termos absolutos no espaço hospitalar. Portanto é interessante compreender o espaço do racismo dentro das políticas de saúde no país.

A Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (IBGE, 2015) indica que pessoas negras são as principais vítimas das discriminações nos serviços de saúde. Isso acontece porque a compreensão sobre o corpo negro ainda se baseia em uma lógica histórica escravocrata. Desde que a população foi dividida racialmente, tornando negros objetos de consumo e, posteriormente, de depreciação e negligência, cada uma de nós, geração após geração, tem que conviver com um racismo que estrutura a sociedade e está presente nas instituições que nos atende. Isso gera uma série de consequências que impactam não apenas na saúde, mas em todo o contexto de vida nossas vidas.

A publicação *Visível e Invisível: A vitimização de mulheres no Brasil* (DATAFOLHA, FBSP, 2019), mostra que o perigo da violência no país é maior quando falamos de negras, em especial de mulheres pretas. O estudo indica ainda que as pretas são as principais vítimas da violência cometida contra mulheres na rua – 39,7% –, número que cai para 23,2% quando falamos de brancas. São as negras o principal alvo de ofensa sexual (9,5%), em especial as mulheres pretas que quando consideradas como grupo único chegam a 13,3% das vítimas, enquanto para as brancas a razão é de 6,5%.

No âmbito das políticas públicas de saúde, em 2003 foi instituída a Secretaria Especial de Políticas para Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), que posteriormente foi unida a outras secretarias e transformada na atual Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SNPIR), vinculada ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Naquele mesmo ano, através do Decreto nº 4885 foi instituída a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNIPR).

Em 2005, Ano Nacional de Promoção da Igualdade Racial, várias ações relacionadas ao tema aconteceram pelo país, entre elas a adoção do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI). Esta iniciativa foi uma parceria entre a SEPPIR, o MS, o Ministério Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), o MPF, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). A proposta era atuar a partir de duas perspectivas: ações municipais e ações específicas para saúde, sendo que estas últimas tinha como propósito “contribuir na redução das iniquidades raciais em saúde, colaborando na formulação, implementação, avaliação e monitoramento de políticas efetivamente equitativas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) do MS [Ministério da Saúde]” (DFID, 2005, p. 1).

Entre as atividades propostas pelo PCRI estavam Oficinas de Identificação e Abordagem voltadas para trabalhadores do setor público e gestores e ocorreram em várias cidades do Brasil. Os resultados das oficinas foram analisados a partir de duas dimensões: das relações interpessoais e da programática-institucional (LOPEZ, 2012). Em relação à primeira dimensão, foram evidenciados: o tratamento diferenciado e desigual entre brancos e negros

nas relações de trabalho; a dificuldade de reconhecimento da competência de pessoas negras em cargos técnicos e de gestão; a discriminação dos usuários em função do seu pertencimento racial; e a falta de conhecimento sobre diversidade e práticas culturais e religiosas. Quanto à segunda, foram constatadas: a ausência de normas, práticas e comportamentos que estimulassem a equidade; a invisibilidade da diversidade e das desigualdades étnico raciais nos diagnósticos e nos programas das secretarias, assim como na análise e interpretação de dados epidemiológicos na área da saúde – como os diferenciais étnico raciais na mortalidade materna – gerando inadequação da intervenção técnica (LOPEZ, 2012, p.128).

Os resultados das oficinas demonstram a importância da aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, anos mais tarde, para a população brasileira. Ao mesmo tempo, as oficinas trouxeram elementos que nos permite compreender alguns desafios que, posteriormente, viriam ser enfrentados para a implementação da política específica para a saúde da população negra, e a continuidade das práticas por ela indicadas.

Foi a partir de 2009 que a população negra brasileira passou a contar com uma política de saúde específica. Naquele ano foi publicado, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2013), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde três anos antes. O documento, gerado após anos de intervenções, disputas e lutas de diversas frentes do movimento negro e do movimento de mulheres, veio como uma possibilidade de se buscar implantar uma atenção ampliada e efetiva da população negra, compreendendo as especificidades que desse grupo e suas demandas.

Entretanto, após dez anos de sua aprovação, os dados a respeito do que é formulado na PNSIPN ainda se mostram bastante tímidos em seu processo de implantação, especialmente se lembrarmos que a população negra no Brasil é de 54,9% do total da população (IBGE, 2017). Em resultados preliminares, o projeto de pesquisa Avaliação do Processo de Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Indicadores de Monitoramento e Avaliação indicou que apenas sete secretarias estaduais de saúde participaram da pesquisa, dentre as 27 Unidades da Federação convidadas. A

resposta dos municípios é ainda mais significativa para se compreender as resistências e dificuldades: dos 5.561 municípios, somente 32 responderam/relataram ter a política implantada (BATISTA e BARROS, 2017). O Rio de Janeiro é um dos municípios que possui um Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), condição apontada por Batista e Barros (2017) para a promoção efetiva da PNSIPN.

O CTSPN foi um espaço importante para essa pesquisa, pois lá encontrei algumas das interlocutoras que participaram desse trabalho. O espaço reúne profissionais da saúde, militantes e ativistas que atuam pela saúde da população negra na capital carioca. Ao dar início ao desenho do projeto desta dissertação, militante e ativista eram termos utilizados como sinônimos e que foram ficando mais definidos conforme o projeto se desenvolvia. O que nunca houve dúvida era sobre quem seriam as personagens do texto que seria desenvolvido: ouvir as histórias de mulheres seria meu ponto de partida.

Inicialmente pensei em mulheres que haviam sofrido violência obstétrica, para em seguida ponderar em ouvir mulheres de periferia e compreender como elas entendiam o assunto. Depois julguei que seria válido falar com mulheres que fazem sua atuação política na internet, inspirada na lembrança que eu tinha de serem poucas as que negras que abordavam o assunto naquela época e posto que este cenário vinha mudando ao longo dos últimos anos. Contudo, nenhuma dessas opções eram a resposta ao meu incômodo.

Um dia uma de minhas orientadoras⁴, falou que a minha busca parecia outra que não o que eu vinha desenhando, mas compreender como o cenário da violência obstétrica cometido contra mulheres negras as movia para uma ação que não ficava no âmbito individual, era político. E que, talvez, isso não acontecesse somente com mulheres com filhos ou que haviam sofrido violência, era também sobre mulheres marcadas pela violência sofrida por outras – como era o meu caso. Entendi ali que eu não procurava ouvir mães necessariamente, mas mulheres que, de alguma forma, movimentavam o debate sobre as pautas que cercavam o tema da violência obstétrica. Seriam as interlocutoras que me auxiliariam a desvendar esse universo que se esboçava.

⁴ Marcos Nascimento.

O passo seguinte foi identificar espaços que eu frequentaria para conhecer quem eram essas mulheres, ou pelo menos ter alguma indicação de quem seriam elas. O CTSPN foi um deles, talvez o principal. A partir dele conheci algumas, reconheci o nome de outras durante as discussões e de lá saíram ainda novas indicações, conforme será mostrado mais à frente. A decisão de trazer tais ativistas para essas páginas se deu por entender que elas ajudam a compor o debate neste momento da história, quando a violência obstétrica ganha destaque, ao mesmo tempo que o racismo continua a ser uma pauta invisibilizada no campo da saúde, mesmo com uma política nacional e com ações contínuas de alguns grupos.

Entre outubro de 2018 e maio de 2019, fiz o Curso de Qualificação Profissional de Doula, da Associação de Doulas do Rio de Janeiro (ADoulas) em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Ao longo deste curso, além de compreender melhor as ideias presentes na motivação das mulheres que buscam essa formação profissional e a atuarem na cena do parto e nascimento, também conheci três mulheres que viriam a ser minhas entrevistadas posteriormente.

Paralelamente a minha exploração desses espaços, em 2018 participei de duas disciplinas voltadas para a discussão da questão racial com pós-graduandos. A primeira ofertada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) chamada Expressões do Racismo e Saúde, sob responsabilidade dos professores Roberta Gondim de Oliveira e Paulo Roberto de Abreu Bruno; e outra denominada A Questão Racial: Perspectivas de Pensadores Negros, do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional (PPGAS/UFRJ), coordenada por María Elvira Díaz-Benítez, Fátima Lima (PIPGLA,UFRJ, PPRER-CEFET) e Samara Freire (PPGAS/MN).

A primeira disciplina colaborou ao focar em questões de saúde e racismo, e a segunda por trazer uma visão antropológica do racismo para a população, sendo que em ambos os cursos, quase todas as autoras eram negras – algo bastante incomum nos currículos acadêmicos. Nas duas disciplinas, quase a totalidade dos alunos e professores também era de pessoas negras, envolvidas

de alguma forma com o ativismo, o que colaborou para dar novas perspectivas, entendimentos e conhecimento à pesquisa.

A partir do exercício de trazer para a cena de minha dissertação, as interfaces e as interposições da violência obstétrica com o racismo, busquei identificar os espaços e formas de atuação das ativistas negras frente à violência obstétrica. Analisei ainda a construção da pauta de enfrentamento da violência obstétrica nas suas trajetórias de ativismo, bem como as tensões e disputas presentes nas falas de minhas interlocutoras sobre racismo e violência obstétrica.

Os caminhos que percorri para realizar esse trabalho, junto com minhas orientadoras, assim como minha análise, interpretação e discussão, está organizado nos próximos capítulos deste texto. O primeiro deles – *Mulheres, Raça e suas Lutas Políticas* – aborda os aspectos teóricos e político que embasaram esta pesquisa. Neste capítulo analiso aspectos sobre o corpo feminino com especial atenção para o corpo negro; o racismo e suas interferências sobre o significado do que é ser uma mulher negra, e como ele impacta a saúde reprodutiva dessas mulheres. Também apresento um breve ensaio sobre a violência obstétrica no Brasil, a partir de uma perspectiva desta como uma violência de gênero, utilizando a interseccionalidade como um importante conceito para ampliar a discussão sobre mulheres, resgatando história de mulheres negras como protagonista nas conquistas de direitos.

No segundo capítulo, *Caminho Metodológico*, descrevemos a trajetória e escolhas metodológicas deste trabalho. Tomamos como inspiração os estudos etnográficos para a realização da pesquisa e escolhemos a observação participante como a ferramenta metodológica inicial. Dessa forma, conseguimos construir um cenário inicial de quem poderiam ser as participantes. A entrevista foi outra técnica utilizada para a construção do material empírico. A partir do material coletado, analisamos seu conteúdo à luz da Interpretação dos Sentidos.

O terceiro capítulo – *Histórias Cruzadas* – faz a transição entre o capítulo do método e da análise, descrevendo os encontros com as entrevistadas, suas histórias de vida e ativismo, e anuncia alguns resultados e discussões que serão abordados no capítulo seguinte.

O quarto e último capítulo, *Interpretando os sentidos*, dá continuidade a análise apresentando minhas interpretações e discussão os resultados encontrados. Os locais de atuação, as relações, as diferenças de gerações abrem este capítulo que revela de onde surgiu o ativismo dessas mulheres, as experiências, e os encontros de pontos em comum que apareceram nas entrevistas. Encerro esta seção com uma discussão sobre o encontro do racismo e da violência obstétrica, dialogando com as interlocutoras.

Nas *Considerações Finais* resgatamos o trajeto para a construção desta dissertação: nossas impressões e aprendizados ao longo desses meses de observação, escuta e leituras; e sugerimos um novo termo para o debate do encontro entre racismo e a violência obstétrica.

1 MARCOS TEÓRICO E POLÍTICO: MULHERES, RAÇA E LUTAS POLÍTICAS

Falar sobre direitos das mulheres envolve um conjunto amplo de questões, sobretudo no debate sobre parto e nascimento, o que implicou fazer escolhas iniciais a respeito de que tópicos orientariam a pesquisa. A proposta deste capítulo é apresentar o marco teórico que reúne conceitos e representam também escolhas políticas. Para tal, foram elencados: o corpo da mulher; o racismo; a violência de gênero; a violência obstétrica, compreendida como uma das expressões da violência de gênero; a interseccionalidade como uma perspectiva de compreender a articulação de diferentes opressões na vida das mulheres; e o ativismo, como uma prática histórica de mulheres negras na luta pela garantia de seus direitos.

1.1 O CORPO DA MULHER COMO OBJETO DA MEDICINA

Para pensar sobre as mulheres, seus corpos e sexualidades, é necessário compreender como as noções do corpo feminino se desenharam ao longo dos séculos a partir da Medicina.

Segundo a historiadora Ana Paula Vosne Martins (2004), a diferenciação sexual como a conhecemos hoje não era concebível anteriormente, já que até o século XVII, a noção vigente era a de um modelo de sexo único, hierárquico, onde a diferença era percebida através do calor vital – noção baseada nos escritos de Aristóteles e Galeno, grandes influenciadores da Medicina de então. A partir de uma organização hierárquica dos fluídos, eles indicavam que, por ter características quente e seca, o homem ocupava o topo da ordem natural, seguido da mulher, concebida como mais fria e úmida.

A partir das análises do historiador Thomas Laqueur, Martins (2004) indica que esse modelo apresentava um único sexo, o masculino, sendo os corpos ilustrativos, “expressões de princípios cósmicos que dividiam coisas e seres em masculinos e femininos” (p.27). O corpo da mulher seria uma versão imperfeita do corpo masculino, visto que seus órgãos sexuais não haviam tido calor suficiente para exteriorizá-los como o que acontecia com o homem.

Assim, foi construída uma poderosa imagem do corpo feminino que perdurou até mesmo no século XIX, época do predomínio das ideias sobre as diferenças radicais entre os sexos: é a imagem da mulher

imperfeita – a versão imperfeita do homem, tomado como medida e padrão da perfeição humana e de todos os seres vivos. (MARTINS, 2004, p. 27)

Essa noção perdurou até o século seguinte, visto que existiam dificuldades políticas e doutrinárias para que se realizasse a dissecação dos corpos por anatomistas. Uma delas, era a liberação da Igreja – que detinha grande poder sobre a produção de conhecimento científico e da medicina na época – para a técnica. Outro motivo era a falta de corpos femininos para a prática da dissecação.

Mudanças ocorreram a partir do século XVIII, quando o modelo das diferenças sexuais passou a ser adotado, e “o corpo passou a ser um novo campo de redefinição das relações de gênero e a ciência voltou-se para a Natureza em busca das explicações a respeito das diferenças humanas” (MARTINS, 2004, p. 30).

A partir desse momento, ao classificar as diferenças físicas da Natureza, buscou-se explicar a posição do homem e da mulher dentro da sociedade: alguns mais aptos para comandar, e outros, a obedecer. Para a autora, a contribuição dos cientistas foi a de procurar e classificar as diferenças sexuais, “sendo os primeiros a sustentar empiricamente a ‘natural’ relação entre o sexo feminino, sua inferioridade biológica e sua subordinação política” (MARTINS, 2004, p. 31).

Os corpos femininos eram retratados em livros de medicina ressaltando as diferenças que destacavam a feminilidade ou, como se dizia à época, a “natureza feminina”, muito usada também para sobressaltar a crença de destino e definição do papel das mulheres na sociedade. Essa representação do corpo feminino nos livros acontecia a partir de um saber especializado que focava nas condições reprodutoras das mulheres. Além disso, os corpos femininos passariam a ser cada vez mais autopsiados ou acessados por conta de exames obstétricos, gerando uma nova relação entre quem observava – os médicos – e os corpos das mulheres (MARTINS, 2005).

Até o fim do século XVIII, o corpo feminino seria tomado não apenas como símbolo de inferioridade, mas como um corpo doente, através do destaque que os cientistas da época deram ao útero. Ao mesmo tempo em que o útero marcava a principal diferença entre homens e mulheres, ele também era

considerado o principal causador das moléstias femininas e de sua irracionalidade, que contrastava com a racionalidade e sabedoria masculina. Portanto, o conhecimento científico, a inteligência e a sabedoria pertenceriam ao homem. Posteriormente, os ovários passariam a ser o principal órgão de curiosidade médica.

No século seguinte, a Medicina assumiu um novo status na formação da sociedade capitalista, o de saber científico. A ciência médica seria capaz de colaborar na construção desta nova sociedade que previa uma nação forte e saudável, especialmente através da higiene pública (como era chamada a saúde pública), sendo o controle do corpo feminino, a partir da sexualidade e reprodução, parte importante neste cenário.

Elisabeth Meloni Vieira (2002) relata que o médico, ao ter seu papel social ampliado – incluindo outras disciplinas como a estatística, geografia, demografia e história à sua prática –, torna-se um cientista social, planejador urbano e que detém também o papel de educador e guardião da moral e dos costumes. Nesses papéis, o entendimento era que cabia ao médico pensar o controle social e, ligado a isso, estava a reprodução e a sexualidade, ambas vistas como uma função feminina. O corpo feminino se torna objeto cabal do saber médico, tendo sua apropriação naturalizada a partir desse momento.

A história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina no momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza com o nome de obstetrícia. (VIEIRA, 2002, p. 23)

Para Martins (2004), a gestão do corpo feminino pela medicina se completou com a ginecologia, “ao racionalizar a sexualidade feminina e ao transformar seu corpo em um objeto analisável, mensurável e sujeito a diversas práticas de objetivação” (p.15). O entendimento do olhar médico da época é o de que a finalidade deste corpo seria a reprodução, indo ao encontro da sua condição orgânica ou “natural” (VIEIRA, 2002, p. 26).

Para Vieira (2002), foi a noção de “natureza feminina” que permitiu a medicalização do corpo da mulher. Segundo a autora, foi a partir de três aspectos que a medicina passou a explicar a natureza feminina: a educação das mulheres, a sexualidade e a menstruação. A interação entre eles colaborou para

criar os padrões de normalidade científica, disciplinando o corpo feminino e produzindo discursos adotados pela medicina da época, como a ideia do instinto maternal, sua função dentro do casamento e do espaço privado (VIEIRA, 2002; BADINTER, 1985). O desenvolvimento dessa ideia foi tão eficiente que ainda nos deparamos com a noção da maternidade como algo próprio e do destino de toda mulher, não reconhecendo que se trata de uma construção social que, além de outros aspectos, serviu para limitar o acesso das mulheres ao espaço público.

Essa medicalização acabou por transformar os partos em eventos médicos ao longo do século XX. A assistência ao parto, nas décadas iniciais, começou a passar das parteiras para médicos, o número de maternidades aumentou e campanhas de mobilização por parto fora do ambiente doméstico ganharam as páginas de revistas e jornais. Ao analisar artigos médicos de meados do século XX, Silva et al (2019) contam que os autores da época afirmavam que o parto,

por sua 'natureza longa e cansativa', era considerado uma atividade fisiológica *sui generis* que, mesmo estando dentro dos 'limites da mais estrita normalidade', submetia a mulher a sofrimentos e traumatismos não desprezíveis. Ademais, considerava-se que o parto estaria sujeito a tantas e tão frequentes complicações que constituiria, por si só, um risco. (p. 174)

Esse ponto de vista levava ao entendimento que seria necessário o auxílio de um profissional para a condução daquele momento. Afinal, como destacam os autores, as mulheres haviam tido uma "inferioridade parcial" ao longo dos tempos. As diferenças entre mulheres e animais eram temas de pesquisas, assim como estudos comparativos entre europeias e africanas, baseados no racismo científico fortemente disseminado na época.

A construção da necessidade do profissional conduzindo e estabelecendo critérios do que era adequado à parturiente, levou a práticas difundidas como necessárias para que tudo se encaixasse num padrão de nascimento. Sendo este estabelecido pelos profissionais que enxergavam o corpo da mulher como uma máquina a ser operada – com prazos limites, sequências de processos e tempos específicos.

Gestantes eram vistas como 'matéria-prima' de onde se extraía o 'produto' (MARTIN, 2006). Frédérick Leboyer e Michel Odent são dois nomes que passam

a experimentar outros ideais sobre o parto, com ideias opostas à maioria dos profissionais de saúde que tinham uma formação generalizante e universalista. A ideia de um ‘parto sem dor’, mais natural, iniciada na década de 1950 por alguns médicos, é fortalecida nas décadas seguinte com a ampliação do debate sobre humanização do parto e conseqüentemente da tomada de decisões das mulheres sobre o próprio corpo (TORNQUIST, 2002).

Com o aumento da atuação política do movimento feminista na segunda metade do século XX, a relação com o corpo das mulheres, sua sexualidade e seu papel na reprodução passam a ser alvo de debate. Uma série de eventos ocorridos entre as décadas de 1960 e 1990 marcam esse cenário que parte do planejamento familiar para o direito na determinação sobre o número de filhos, métodos contraceptivos, decisões sobre o próprio corpo, a maternidade como uma escolha, a definição do termo saúde reprodutiva e o direito sexual das mulheres (DÍAZ, CABRAL, SANTOS, 2004). Nessa mesma época, o número de nascimentos por meio da cirurgia cesariana começa a crescer.

No Brasil, as mulheres tiveram papel fundamental no levante da pauta pelos direitos sexuais e reprodutivos e, por conseqüência, sobre o parto, especialmente a partir da década de 1980⁵. Desde então, as discussões sobre o parto se ampliaram na sociedade, em que duas frentes são vistas claramente: um grupo com uma perspectiva associada a humanização nos processos de parto e outro que encara o parto como um processo mecânico e que pode ser tecnificado e executado. Do primeiro grupo, fazem parte os profissionais que atuam a partir da chamada “medicina baseada em evidências científicas”⁶ e que

⁵ Dois marcos importantes são a elaboração do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), em 1984, pelo Ministério da Saúde e que teve a participação de movimentos de mulheres na conquista e elaboração deste programa, e em 1993 a formação da ReHuNa (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento).

⁶ “A medicina baseada em evidências (MBE) não é mais que um conjunto renovado de princípios, métodos e competências que pretende aproveitar de forma sistemática e organizada as informações da pesquisa científica na solução de questões da prática clínica. Todas as etapas desta prática, seja ela diagnóstica, terapêutica, prognóstica ou preventiva, são enriquecidas pelo uso adequado de informações científicas. Isso requer acesso à literatura médica e sua avaliação crítica, envolvendo desta forma três grandes áreas do conhecimento: a epidemiologia, a bioestatística e a informática”. In: REIS, Zilma Silveira Nogueira; REIS, Fernando Marcos dos. Ginecologia e obstetria baseada em evidências científicas. Minas Gerais, 2016. In Book: Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências Científicas, Edition: 3, Publisher: Coopmed, Editors: Aroldo Fernando Camargos, pp.1287-1294. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/298070293_Ginecologia_e_obstetria_baseada_em_evidencias_cientificas. Acesso em: 28 jan 2020.

conta com forte participação dos movimentos de mulheres. Na disputa por quem está mais correto, o corpo da mulher passa a ser não apenas objeto, mas também dispositivo de ativismo.

1.1.1 Racializando o corpo da mulher

As disparidades utilizadas para diferenciar a mulher do homem servem para entendermos também as diferenças raciais elencadas pela ciência para diferenciar o homem branco europeu, base de estudo, dos demais. Apesar da ampliação do olhar científico, ainda utilizamos as generalizações de outrora para explicar determinadas situações ou contextos. Quando passamos a tratar a questão do corpo feminino a partir da concepção de mulher que não exclusivamente o da mulher branca, outros fatores colaboram para o entendimento do lugar social dessa mulher em relação à gestação, parto e cuidados médicos.

No século XVIII, junto à busca de justificativas para a diferenciação sexual, surgiram divisões raciais que indicavam que os “diferentes”, em especial os povos de África, eram menos civilizados. Isso fundamentaria as políticas de dominação e de escravidão realizada pelos colonizadores, já que estes povos precisavam da ajuda dos homens brancos para alcançar o conhecimento. Conforme Martins (2004) explica, as ciências sexual e racial se valeram dos mesmos princípios, empregando analogias entre elas e chegando a conclusões bastante similares.

Sexo e raça passaram a ser categorias biológicas cada vez mais inter-relacionadas no discurso científico do final do século XVIII em diante, numa nítida resposta da comunidade científica às pressões sociopolíticas colocadas pela questão das desigualdades de gênero e pelo colonialismo. (MARTINS, 2004, p. 33)

A união das conceituações sexo-raciais reforçava estereótipos como, por exemplo, o da lascívia das negras. Um dos casos mais ilustrativos é o de Sarah Bartmann, mulher de etnia *khoisan*, que ficou conhecida como Vênus Hotentote⁷ e que, em vida, foi exibida como uma aberração na Europa. Após sua morte, ela

⁷ Hotentotes foi o termo empregado pelos colonizadores europeus para se referir aos khoisans, que quer dizer “gagos”. As mulheres dessa etnia costumam apresentar nádegas maiores do que o que era considerado normal para os padrões europeus.

foi dissecada por um dos mais importantes cientistas da época, Georges Curvier, que a imortalizou como espécime biológico, tendo partes de seu corpo expostas até a década de 1970, no *Musée de l'Homme*. Seus restos mortais só foram repatriados em abril de 2002, após sete anos de campanha por seu retorno para a África do Sul (QURESHI, 2004; MARTINS, 2004).

Bartmann serviu não apenas para mostrar as diferenças entre o homem branco e o povo africano – tomado como não civilizado, infantil e dependente dos colonizadores – em vida, como sua morte despertou ainda mais interesse pela análise de sua anatomia, em especial para sua genitália, geradora de grande curiosidade durante sua vida: “nove das dezoito páginas são reservadas à genitália de Bartmann, aos seios, às nádegas e à pélvis. Só um breve parágrafo a respeito de seu cérebro. Nos dois relatos – de sua raça e de seu sexo – Bartmann foi relegada ao mundo brutal da carne” (SCHIEBINGER apud MARTINS, 2004, p. 35).

O período da escravidão relegou às mulheres, em todo o mundo, papéis bastante demarcados: além de sofrer com a desumanização e com o trabalho degradante e forçado, eram vítimas de abuso sexual e de outros maus-tratos. A condição de escravas, portanto mercadorias de seus senhores, justificaria as situações de violência a que eram submetidas, como no caso de estupro ou objetos de estudo.

James Marion Sims, médico norte-americano que atuou em meados do século XIX, tornou-se famoso ao descobrir a cura para o problema de fístula vesico-vaginal que muitas mulheres apresentavam após o parto. Entretanto, o modo como chegou ao resultado positivo é bastante controverso. Foram quase 10 mulheres escravizadas que foram cedidas ao médico para serem submetidas a testes cirúrgicos. Sobre elas, entretanto, sabe-se muito pouco. Apenas três são nomeadas em seus registros: Anarcha, Betsy e Lucy. Os escritos revelam que essas cirurgias foram realizadas sem anestesia (LIMA, 2016).

Conhecido como um dos pais da ginecologia moderna, Sims afirmou que “os africanos tinham uma tolerância fisiológica incomum para a dor, que era desconhecida pelos brancos”, razão pela qual não usava anestesia nas mulheres que operava (GÓES, 2016). Uma das escravizadas foi operada pelo menos 30 vezes, segundo seus registros. Foram cerca de cinco anos treinando

a cirurgia em corpos negros para, após considerar a técnica bem sucedida, aplicá-la em mulheres brancas. Da mesma forma, foi uma escravizada a primeira mulher a passar por cirurgia cesariana no Brasil, em 1817, pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço.

Angela Davis (2016), ao resgatar a história das escravizadas norte-americanas, lembra que o tratamento dado às negras variava de acordo com o que era conveniente aos seus senhores: ela podia ser destituída de seu gênero e explorada como um homem, ou ser reduzida à condição exclusiva de fêmea, sendo explorada e sofrendo todas as repressões que poderiam ser aplicadas à ela.

Mas isso não significa que, como mães, as mulheres negras gozassem de uma condição mais respeitável do que a que tinham como trabalhadoras. A exaltação ideológica da maternidade – tão popular no século XIX – não se estendia às escravas. Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães; eram apenas instrumentos que garantiam a ampliação da força de trabalho escrava. Elas eram “reprodutoras” – animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar. (p. 19)

A condição de “reprodutoras” não significava que elas seriam dispensadas de outros trabalhos como, por exemplo, nas fazendas. Grávidas, recém paridas ou amamentando, elas eram obrigadas a trabalhar até a exaustão, e se isso não acontecesse, eram punidas.

As mulheres que tinham bebês em fase de amamentação sofriam muito quando suas mamas enchiam de leite, enquanto as crianças ficavam em casa. Por isso, elas não conseguiam acompanhar o ritmo dos outros: vi o feitor espancá-las com chicote de couro cru até que sangue e leite escorressem, misturados, de suas mamas. (FRASIER apud DAVIS, 2016, p. 21)

O estupro era uma das armas de terrorismo utilizadas contra as mulheres. A condição de escravas, portanto de objetos, mercadorias de seus senhores, justificaria as situações de violência a que eram submetidas. Para Davis, ainda que haja diversos testemunhos sobre o alto número da prática, o tema ainda é minimizado⁸ na literatura sobre a escravidão. A prática sexual da época é,

⁸ O livro de Nascimento que retrata esse dado foi escrito na década de 1970. Acreditamos que, atualmente, há uma mudança no olhar sobre esse fato. Ainda assim, como veremos ao longo do texto, é difícil para muitos conceber a ideia de que a miscigenação é fruto do estupro contra mulheres negras e não apenas de relações afetivas.

inclusive, encarada como parte da “devassidão” da mulher negra ao seduzir seus senhores. O resultado não seria, portanto, a exploração sexual, mas a miscigenação (DAVIS, 2016).

No Brasil, a situação aconteceu de forma semelhante. Lélia Gonzales nos explica como a sexualidade da mulher negra e sua relação com o homem branco acontecia, e a influência dessa naturalização na construção da língua:

Não faz muito tempo que a gente estava conversando com outras mulheres, num papo sobre a situação da mulher no Brasil. Foi aí que uma delas contou uma história muito reveladora, que complementa o que a gente já sabe sobre a vida sexual da rapaziada branca até não faz muito: iniciação e prática com as crioulas. É aí que entra a história que foi contada prá gente (brigada, lone). Quando chegava na hora do casamento com a pura, frágil e inocente virgem branca, na hora da tal noite de núpcias, a rapaziada simplesmente brochava. Já imaginaram o vexame? E onde é que estava o remédio providencial que permitia a consumação das bodas? Bastava o nubente cheirar uma roupa de crioula que tivesse sido usada, para “logo apresentar os documentos”. E a gente ficou pensando nessa prática, tão comum nos intramuros da casa grande, da utilização desse santo remédio chamado *catanga de crioula* (depois deslocado para o *cheiro de corpo* ou simplesmente *cc*). E fica fácil entender quando xingam a gente de negra suja, né? (GONZALES, 1984, p.234, grifo meu)

Ao resgatar essa parte da história negra, Abdias Nascimento (1978) afirma que muitas dessas mulheres escravizadas foram forçadas a se prostituírem para render lucros aos seus senhores. O resultado disso foi a construção ideológica de que a sexualidade da mulher negra é permissiva, podendo ser facilmente acessada para satisfação sexual do homem. Como denunciado no Manifesto das Mulheres Negras, em 1975,

...as mulheres negras brasileiras receberam uma herança cruel: ser o objeto de prazer dos colonizadores. O fruto deste covarde cruzamento de sangue é o que agora é aclamado e proclamado como 'o único produto nacional que merece ser exportado: a mulata brasileira.' Mas se a qualidade do 'produto' é dita ser alta, o tratamento que ela recebe é extremamente degradante, sujo e desrespeitoso. (NASCIMENTO, 1978, p. 61)

A miscigenação, antes condenada, ganhou novos limiares a partir da década de 1930, e passou a ser acompanhada do mito da democracia racial. Propagava-se a ideia de que as diferenças haviam sido superadas e que todos foram acolhidos de forma igualitária, diferentemente do que aconteceu nos EUA,

onde a segregação aconteceu de forma bastante transparente através de leis, como a Jim Crow⁹, ou mesmo na África do Sul, com o regime do *apartheid*¹⁰.

Com a publicação de Casa Grande e Senzala, do antropólogo Gilberto Freyre, em 1933, a ideia de que a miscigenação no Brasil havia dado certo, ganha força. Expressões da cultura afro-brasileira passaram a ser incorporados como símbolos nacionais, como o samba, a capoeira, o carnaval e a feijoada, depois de “desafricanizados”, e passaram a representar o resultado benéfico desta fusão de diferentes culturas e raças. A mestiçagem, antes condenada, tornava-se sinônimo da tolerância racial, suposta característica nacional brasileira (DANTAS, 2010).

A partir dessa positivação da miscigenação no Brasil, ela foi “estimulada” através das relações interracialis – e que teria dado origem ao termo mulata. Para Nascimento (1978), a miscigenação como algo positivo não existiu, e como prova cita a o ditado popular: “Branca para casar, Negra p'ra trabalhar, Mulata p'ra fornicar.” (p. 62).

Nessa versão há o reconhecimento geral do povo de que a raça negra foi prostituída, e prostituição de baixo preço. Já que a existência da mulata significa o "produto" do prévio estupro da mulher africana, a implicação está em que após a brutal violação, a mulata tornou-se só objeto de fornicação, enquanto a mulher negra continuou relegada à

⁹ A segregação racial norte-americana foi marcada pelo fim da escravidão nos EUA, em 1863, até a promulgação da Lei dos Direitos Civis, em 1964, e do Voto, em 1965. Durante este período, legislações locais permitiram a divisão da população e o acesso a direitos básicos entre negros e brancos. Eram as chamadas leis Jim Crown. Desta forma, apesar da escravidão ter acabado, os negros sofriam com a violência cometida pelos brancos, impunham a limitação de acesso entre negros e brancos aos mais diversos espaços, como escolas e transporte público mantendo a hierarquia racial dos tempos da escravidão. Após forte luta dos movimentos negros no país, a instituição das leis de 1964 e 1965 permitiram alguma mudança a esta população. Sobre o termo “Jim Crown”, mais informações em: <https://www.geledes.org.br/o-jim-crow-reconhecendo-estereotipos-racistas-internacionais-parte-ii/>

¹⁰ Na África do Sul, o *apartheid* foi institucionalizado em 1948, mas antes disso, mesmo com a independência do país da colonização inglesa e holandesa no início do século XX, a segregação racial já acontecia. Quando foi instituída, os brancos compunham menos de 20% da população, e mesmo assim foram beneficiados com investimentos, direitos e acessos diferenciados. A segregação resultou, por exemplo, na classificação dos negros por etnias e setorização regional, e que normalmente acontecia em regiões rurais, onde a infraestrutura e saneamento básico não chegavam de forma eficiente. Assim como no exemplo norte-americano, a escola era dividida entre brancos e negros, com conteúdo diferenciado, fazendo com que os colonizados se mantivessem na classe trabalhadora. A resistência dos negros sul-africanos contra o movimento separatista sempre aconteceu, mas o *apartheid* durou até meados da década de 1990, quando mudanças efetivas aconteceram, como a libertação dos presos vítimas da segregação, e a nova constituição que permitia os negros a escolherem seus representantes políticos. Símbolo dessa luta, Nelson Mandela conseguiu a liberdade após 27 anos presos e foi eleito presidente do país em 1994.

sua função original, ou seja, o trabalho compulsório. Exploração econômica e lucro definem, ainda outra vez, seu papel social. (p. 62)

Essa violência sofrida pelas mulheres acabou por gerar os mais diversos mitos, desde a ideia de que ela fazia parte de uma democracia racial – e que era a porta de acesso para isso – até aqueles que a impactam de forma direta no seu dia a dia, como a de que é mais forte, portanto não necessitando de anestesia para suportar a dor no momento do parto, por exemplo.

A aproximação aos animais, sua desumanização e hipersexualização fizeram com que as ideias higienistas, escravocratas e de dominação ainda estejam presentes na representação social do corpo dessas mulheres. Tomemos como exemplo o trecho de uma etnografia realizada pela antropóloga europeia Valeria Ribeiro Corossacz em uma maternidade pública do Rio de Janeiro:

(...) aqui atendemos populações carentes. Eles são como animais, não fazem planejamento, não fazem pré-natal. Essas mulheres têm filhos, mas não é uma coisa prazerosa, como os seres humanos, é como cachorrinhos, como animais; elas têm filhos não sei por quê, para agradar os maridos; elas não têm cultura, não têm discernimento, não têm consciência (COROSSACZ apud CARNEIRO, 2017, p. 420)

A ideia de que esse corpo é mais resistente e ao mesmo tempo, servil, permitiu que negras fossem objetos de testes da obstetrícia em séculos passados, e permitiu que casos como o de Mary Dias¹¹ continuasse a acontecer em pleno século XX. A mulher sofreu duas episiotomias para que estudantes pudessem aprender a realizar o corte (DINIZ, 2016).

O corpo da mulher negra é, portanto, tomado de outras concepções que vão além da utilização para a produção de conhecimento ou demonstração de poder na hora do parto. Sendo assim, o sexismo sobre este corpo se une a uma série de mitos históricos, nem sempre reconhecidos socialmente, mas que atuam de forma bastante cruel. A articulação entre sexismo e o racismo, é um dos códigos importantes em uma perspectiva interseccional, uma vez que podem

¹¹ Mary Dias foi uma das mulheres ouvidas durante uma audiência pública em São Paulo que discutiu questões como o abuso de cesárea no setor suplementar e diversos relativos à violência obstétrica. Na ocasião, a estudante universitária negra contou sua experiência em um hospital-escola, quando ouviu um profissional indicar para dois alunos: “você corta à direita e o outro corta à esquerda”, supostamente para que ambos tivessem a oportunidade de treinar o corte e a sutura em sua vagina (DINIZ, 2016).

estar relacionadas a outros marcadores sociais da diferença, conforme veremos adiante.

1.2 RACISMO: PROCESSO HISTÓRICO E PRÁTICAS COTIDIANAS EM MULHERES E DE SEUS CORPOS

Conforme apontado anteriormente, a ideia de uma divisão racial e sexual surge ainda no século XVIII, através das práticas de comparação baseadas na figura do “homem” do homem branco e europeu, o padrão do colonizador. Afastar do padrão tido como normal qualquer sujeito ou grupo se tornaria fácil, segundo os preceitos iluministas, surgidos no século anterior. A ideia de um ser civilizado e outro primitivo fazia sentido, especialmente quando lembramos que isso justificaria a invasão e colonização dos países europeus sobre estes “selvagens”: os povos da América, África, Ásia e Oceania (ALMEIDA, 2018; MARTINS, 2004).

O racismo científico ganha força ainda com a criação da ideia de eugenia por Francis Galton¹² em 1883. Defendendo que para criar uma sociedade perfeita, era necessário eliminar os causadores de moléstias, o movimento eugenista obtém adeptos no Brasil em uma época que doenças eram associadas à pobreza dos recém ex-escravizados.

Encabeçado por médicos, o movimento eugenista tinha como principal nome Renato Kehl, médico-sanitarista que havia atuado no Departamento Nacional de Saúde Pública, e escreveu uma série de livros defendendo sua tese de limpeza social (WEGNER; SOUZA, 2013). Cabe ressaltar que os médicos também tinham forte atuação política, e as ideias do movimento chegaram a ser incluídas na Constituição de 1934, que previa a educação eugênica como política de estado.

A desumanização do povo negro e a sua transformação em objetos científicos, deu origem a teses como a de que a “pele não-branca e o clima tropical favoreceriam o surgimento de *comportamentos imorais, lascivos e*

¹² Galton baseava-se nas ideias de seleção natural de Charles Darwin – seu primo – defendendo que o conceito se aplicava não apenas aos animais, mas também aos humanos. Para ele, a intelectualidade era hereditária e própria dos brancos, disseminando a ideia de superioridade que se dava, por exemplo, através de aspectos fisiológicos como altura, olhos, formato do rosto, entre outros. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/o-que-foi-o-movimento-de-eugenia-no-brasil-tao-absurdo-que-e-dificil-acreditar/>>. Acesso em: 16. jul. 2020.

violentos, além de indicarem *pouca inteligência*” (ALMEIDA, 2018, p. 23, grifos do autor).

Nesse período, a mestiçagem foi considerada um perigo ainda maior, já que o mestiço tendia a ser ainda mais “degenerado”. A cor da pele, portanto, era a principal marca de diferenciação entre os homens civilizados e primitivos, o sinal mais visível da diferença racial, critério de avaliação e julgamento prévio.

Ao longo do século XX, a antropologia teve importante papel na comprovação da inexistência de determinações biológicas e culturais que justificassem a hierarquização de um povo sobre outro. Como lembra Silvio Almeida (2018), após o genocídio da Segunda Guerra Mundial, a ideia de que “*a raça é um elemento essencialmente político*, sem qualquer sentido fora do âmbito antropológico” (p. 24, grifos do autor) foi corroborada.

Isso não impediu que a noção de raça continuasse existindo, a partir de uma perspectiva política e social, que naturaliza desigualdades, segregações e o genocídio de povos (ALMEIDA, 2018). A raça, portanto, não tem fundamentação biológica, mas é uma construção social feita a partir do racismo e não o oposto, fazendo com que a ideia de hierarquia (biológica) foi substituída pela ideia de diferença (cultural) (KILOMBA, 2019).

Franz Fanon, em uma passagem de *Pele Negra, Máscaras Brancas* (2008) faz uma comparação com os judeus: apesar desse povo também ter sofrido uma grande perseguição, ainda assim sua “judeidade” pode ser ignorada, ao contrário do negro:

O judeu só não é amado a partir do momento em que é detectado. Mas comigo tudo toma um aspecto novo. Nenhuma chance me é oferecida. Sou sobredeterminado pelo exterior. Não sou escravo da “ideia” que os outros fazem de mim, *mas da minha aparição*. (p. 108, grifo nosso)

Segundo o autor, a inferioridade do negro está sempre passando pelo crivo do outro: só é possível ser negro se comparado ao branco. Para o médico, as marcas da colonização ultrapassaram as barreiras temporais e continuaram a fazer suas vítimas: quando não julga, o racismo invisibiliza as dores. “Sentimento de inferioridade? Não, sentimento de inexistência. O pecado é preto como a virtude é branca. Todos estes brancos reunidos, revólver nas mãos, não podem estar errados. Eu sou culpado. Não sei de quê, mas sinto que sou um miserável” (FANON, 2008, p. 125).

Grada Kilomba (2019) aborda esse lugar de outridade a partir da perspectiva da mulher, mostrando como isso é ainda mais complexo quando se insere o gênero nesse conceito: “Nós representamos um tipo de ausência dupla, uma Outridade dupla, pois somos a antítese tanto da branquitude quanto da masculinidade” (p. 190).

A ideia de racismo está sempre ligada à dominação de um grupo pelo outro. Nesta pesquisa, tomo por base que o racismo

é 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 social ao que pertençam. (ALMEIDA, 2018, p. 25)

Conforme mostrado anteriormente, Abdias Nascimento considera que o negro no Brasil vive um racismo mascarado pelo mito da democracia racial que se inaugurou no século XX. A ideia de que “somos todos brasileiros” esconde e esquece marcas que ao longo dos anos o povo negro brasileiro sofreu, incluindo as várias tentativas de genocídio que essa população vem desde a escravidão, passando pelo embranquecimento da raça¹³ e da cultura, e do apagamento da cultura afro-brasileira.

Pensar nessas possibilidades e como elas ainda nos afetam e continuam se redesenhando mostram o quanto o racismo é estruturante e estrutural em nossa sociedade. O racismo estrutural é o processo em que essa prática acontece por estar ancorado na estrutura social, não se resumindo a práticas individuais ou institucionais, mas que permite e reproduz de forma sistemática condições de privilégio e subjugação na manutenção da ordem social. Apesar do entendimento do racismo como anormal, a ideia do racismo estrutural é a

¹³ Ao longo século XX houve uma política oficial de embranquecimento da população brasileira. A abertura dos portos para europeus e fechamento para povos originários da África e Ásia, salvo com autorização do Congresso Nacional, em 1890, teve continuidade nos anos seguintes, já que esses povos contribuíram não apenas morfológicamente, mas por “seu tipo biológico e cultural” com a melhoria da população. Em 1911, João Batista de Lacerda representou o Brasil no Primeiro Congresso Universal de Raças, em Londres, e anunciou que após cem anos a raça negra estaria extinta no país e foi duramente criticado: um século seria muito tempo, segundo alguns brasileiros. (NASCIMENTO, 1978)

noção de normalidade que é adotada: sua presença passa a ser o padrão e sua condição é naturalizada¹⁴ (ALMEIDA, 2018).

Um exemplo desse tipo de racismo é a representação de negros nos diferentes ambientes, como, por exemplo, no acadêmico: apesar de um crescimento a partir das políticas de inclusão, o número de negros neste espaço ainda é menor, se comparado à proporção deste grupo na população brasileira. Entretanto, a política afirmativa de cotas ainda sofre ataque de diversos setores da sociedade que se mostram contrários a ela, embora haja uma grande discussão sobre reparação social para a população negra que após a escravidão sofreu com o genocídio sistemático, conforme indica Nascimento (1978).

Kabengele Munanga (2010) chama de “racismo à brasileira” a dificuldade da população em reconhecer o racismo. Para ele, o racismo no Brasil é “um crime perfeito” posto que ele acontece, mas muitas vezes não é refletido, já que estruturalmente sua sociedade é formada para que não acredite na existência do racismo. Durante a entrevista *Um intérprete africano do Brasil: Kabenguele Munanga*, realizada por Sylvia Dantas, Lígia Ferreira e Maria Pardini Bicudo Vêras e publicada na Revista USP em 2017, ele explica:

Todos os racismos são abomináveis, são crimes, mas eu achei que o racismo brasileiro é um crime perfeito partindo da ideia de um judeu prêmio [Nobel] da Paz que disse uma vez que o carrasco mata sempre duas vezes, a segunda pelo silêncio, e nesse sentido achei o racismo brasileiro um crime perfeito. É como um carrasco que você não vê te matando, está com um capuz; você pergunta pelo racista e você não encontra, ninguém se assume, mas o racismo e a discriminação existem. Esse racismo matava duas vezes, mesmo fisicamente, a exclusão e tudo, e matava a consciência da própria vítima. A consciência de toda a sociedade brasileira em torno da questão, o silêncio, o não dito... Nesse sentido, era um crime perfeito, porque não deixava nem a formação de consciência da própria vítima, nem a do

¹⁴ “É por essa via que dá prá entender uma série de falas contra o negro e que são como modos de ocultação, de não assunção da própria castração. Por que será que dizem que preto correndo é ladrão? Ladrão de que? Talvez de uma onipotência fálica. Por que será que dizem que preto quando não caga na entrada, caga na saída? Por que será que um dos instrumentos de tortura utilizados pela polícia da Baixada é chamado de “mulata assanhada” (cabo de vassoura que introduzem no ânus dos presos?). Por que será que tudo aquilo que o incomoda é chamado de coisa de preto? Por que será que ao ler o Aurélio, no verbete negro, a gente encontra uma polissemia marcada pelo pejorativo e pelo negativo? Por que será que “seu” Bispo fica tão apavorado com a ameaça da africanização do Brasil? Por que será que ele chama isso de regressão? Por que vivem dizendo prá gente se por no lugar da gente? Que lugar é esse? Por que será que o racismo brasileiro tem vergonha de si mesmo? Por que será que se tem “o preconceito de não ter preconceito” e ao mesmo tempo se acha natural que o lugar do negro seja nas favelas, cortiços e alagados?” (GONZALEZ, 1984, p. 237).

resto da população através do chamado mito da democracia racial. (Dantas, Ferreira, Veras, 2017, p. 40)

O racismo institucional, por sua vez, é o braço do racismo que opera, como o nome indica, dentro das instituições. O termo foi utilizado pela primeira vez em 1967 pelos ativistas do grupo Panteras Negras, Charles Hamilton e Stokely Carmichael. Eles acreditavam que quando um grupo de pessoas tem acesso limitado a um serviço por conta de sua cor, cultura ou origem étnica, é porque há uma falha coletiva da organização que promove esses serviços (ALMEIDA 2018; WERNECK, 2016). Um dos exemplos utilizados por eles para explicar o conceito é bastante elucidativo:

Quando terroristas brancos bombardeiam uma igreja negra e matam cinco crianças negras, isso é um ato de terrorismo individual amplamente deplorado pela maioria dos segmentos da sociedade. Mas quando nessa mesma cidade – Birmingham, Alabama – quinhentos bebês negros morrem a cada ano por causa da falta de comida adequada, abrigos e instalações médicas, e outros milhares são destruídos e mutilados fisicamente, emocionalmente e intelectualmente por causa das condições de pobreza e discriminação, na comunidade negra, isso é uma função do racismo institucional. Quando uma família negra se muda para uma casa em um bairro branco e é apedrejada, queimada ou expulsa, eles são vítimas de um ato manifesto de racismo individual que muitas pessoas condenarão – pelo menos em palavras. Mas é o racismo institucional que mantém os negros presos em favelas dilapidadas, sujeitas às presas diárias de favelados exploradores, mercadores, agiotas e agentes imobiliários discriminatórios. (HAMILTON e CARMICHAEL apud ALMEIDA, p. 34)

A longa trajetória do pensamento racista em nossa sociedade e a falta de ações para a eliminação do mesmo, acabam impactando de forma negativa grande parte da população brasileira, colaborando para a permanência do quadro de vulnerabilidades.

Em 2019, completamos 30 anos da promulgação da Lei 7.716/89, mais conhecida como lei Caó, por causa de seu autor, Carlos Alberto de Oliveira. A lei que ampliou o racismo como crime com pena de reclusão de até cinco anos – anteriormente, a Constituição Federal contava com o artigo 5º que tornava racismo crime inafiançável – ainda segue sem pouca aplicação dentro do judiciário brasileiro.

A legislação traz abordagens bastante significativas no combate do racismo institucional, entretanto, a complexidade em se reconhecer a

discriminação – ou seja, o reconhecimento da existência de privilégios – faz com que ela continue sendo pouca lembrada e aplicada.

Para Jurema Werneck (2016), o racismo institucional é, possivelmente,

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

A falta de acesso, as dificuldades na implementação de políticas públicas, a baixa qualidade dos serviços destinados a determinados grupos da população, o atendimento que se diferencia até mesmo em tempo de duração dentro de um consultório, e a mortalidade materna das mulheres podem ser identificados como exemplos do racismo nos serviços de saúde do Brasil.

Como vimos, o debate sobre o racismo, em especial o institucional, é bastante amplo, especialmente quando falamos em relação à saúde. Apesar de uma história bastante longa de discriminação, o racismo seguia sem presença nas políticas públicas, sendo pauta somente pelos Movimentos Negro e de Mulheres Negras no Brasil, até ganhar visibilidade no fim da década de 1980, por conta da Constituição Federal de 1988¹⁵. Porém, muitos anos foram necessários para que estes grupos tivessem o reconhecimento da importância de sua participação nos espaços de decisões públicas, como, por exemplo, um assento no Conselho Nacional de Saúde, assim como uma secretaria e uma política específica.

1.2.1 Sobre a saúde (reprodutiva) da Negra

Segundo indicadores do Retrato das desigualdades de Gênero e Raça (IPEA, 2015), as mulheres negras somavam 52,7% da população feminina residente no Brasil. Comparativamente ao total da população, são cerca de 25%

¹⁵ Dois anos antes da promulgação, em 1986, aconteceu a Convenção Nacional do Negro, com o tema “Negro e a Constituinte”. De lá saíram as propostas de emendas apresentadas durante a Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, por organizações do movimento negro. Em 1988 aconteceu o I Encontro Nacional de Mulheres Negras, que buscava uma maior organização e focavam em pautas negligenciadas em movimentos mais amplos. Era a união dos debates dos movimentos negro e feminista a partir de uma perspectiva unificada. Disponível em: <http://gema.iesp.uerj.br/linha-do-tempo/>. Acesso em 12 mar 2020.

de sua composição – e são elas que apresentam os piores indicadores sociais do país. Quando comparadas às mulheres brancas, indicadores como analfabetismo, atraso escolar, desigualdade de renda, violência física e mortalidade materna ficam ainda mais explícitos. Os dados sobre mortalidade materna demonstram a relação entre cor e má assistência na saúde, ressaltando a importância da inclusão e do preenchimento adequado do quesito raça/cor nos sistemas de informação de saúde.

Essas condições desfavoráveis colocam a mulher negra na cena da pobreza no Brasil. Ao se articular precarização da vida e oferta em saúde, sobressai a vulnerabilidade das negras. Como indica Fernanda Lopes (2005, p. 57), “a pobreza no Brasil tem raça/cor, sexo e etnia. Esta afirmação, interpretada por alguns como esquizofrênica, está pautada em números tão cruéis quanto seu reflexo nos corpos e nas mentes de negros e negras”.

A saúde reprodutiva da mulher negra brasileira ganhou visibilidade especialmente a partir do fim da década de 1980, com a denúncia do movimento de mulheres negras sobre as condições dos processos de esterilização ocorridas nessa época. A mobilização resultou na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Esterilização, em 1991, a qual mostrou que as mulheres pobres e negras eram os principais alvos. Rosália de Oliveira Lemos (2006) cita Jurema Werneck, uma das ativistas que debateu o tema na época, para mostrar as diferenças entre brancas e negras: “se a mulher branca reivindica o direito de evitar filhos, a mulher negra reivindica o direito de tê-los, criá-los, vê-los vivos até a velhice” (p.64)¹⁶.

No Brasil da década de 1990, o *Population Council* indicava que 69,2% das brasileiras usavam algum tipo de método contraceptivo, sendo que, deste

¹⁶ Anos antes a luta por métodos contraceptivos entre norte-americanas, lembra Angela Davis (2016), tornou-se uma pauta aceita quando as mulheres brancas passaram a pautar fortemente o debate com a perspectiva de ocupar o mercado de trabalho (uma realidade oposta às das negras posto que essas sempre trabalharam) ao mesmo tempo que defendiam que mulheres pobres e negras tivessem acesso ao controle de natalidade numa perspectiva de barrar a continuidade dessas famílias que drenavam recursos do estado. O que era tomado como direitos para algumas era dever para outras. No país, a esterilização abusiva deixava claro o viés racista: indígenas, porto-riquenhas e negras somavam os maiores números de esterilizações. O Estudo Nacional de Fertilidade, realizado em 1970, mostrou que 20% das negras norte-americanas casadas foram esterilizadas de modo permanente, sendo que mais de 40% das mulheres esterilizadas através de programas subsidiados pelo governo federal, eram negras (DAVIS, 2016).

total, 43,9% foram esterilizadas, mais de 30% da população feminina do país (ROLAND, 1995). A maior parte dessas esterilizações aconteciam no Norte e Nordeste, sendo esta a região com maior porcentagem da população de negras. Segundo Edna Roland (1995), a ideia de que tal queda pudesse diminuir a pobreza foi desmentida nos anos seguintes, posto que por mais que as mulheres estivessem tendo menos filhos, as pobres continuavam pobres, mostrando que “a fecundidade foi reduzida no Brasil a um custo altíssimo pago pelas mulheres a quem foi vendido um sonho impossível de se realizar sem que se altere a cruel concentração de renda no país” (p. 510).

Os problemas se agravam quando consideramos outras especificidades. Para a mulher com doença falciforme, a gravidez pode se tornar um problema se não for tratada adequadamente. A doença falciforme é uma patologia originada na África e trazida ao Brasil, bem como ao restante da América, Europa e Ásia, por conta do sequestro dos povos escravizados. Por este motivo, é tida predominantemente por pretos, partos e afrodescendentes. Ela coloca em risco não apenas a gestante, mas também o feto e o recém-nascido, posto que a doença apresenta complicações como placenta prévia, descolamento prematuro da placenta e maior índice de abortamento espontâneo.

Uma gravidez bem-sucedida depende do crescimento do feto num ambiente intra-uterino saudável, seguida por trabalho de parto e parto, quando a vida extra-uterina pode ser mantida. Um ótimo crescimento fetal é assegurado pelos substratos maternos liberados pela placenta. A quantidade de substrato, recebido pelo feto, depende do fluxo sanguíneo uterino para a placenta e do tamanho e da integridade da membrana placentária (BRASIL, 2006, p. 2).

O aborto é um problema de saúde pública e que atinge sobremaneira a população feminina negra, uma vez que nela está a maioria das mortes em decorrência do aborto clandestino e inseguro. Elas têm 2,5 vezes mais chance de morrer do que uma branca. Uma das explicações para tal número é que o aborto, muitas vezes, é compreendido pelos profissionais que atendem essa mulher como um ato provocado – e não natural. A partir da suspeita, os profissionais adotam práticas que “envolvem desde o retardo na atenção, agressão verbal e não informação sobre procedimentos, expõem as mulheres a complicações de saúde”, explica a pesquisadora Emanuelle Góes (2020, p.10). A discriminação na situação de abortamento se alia ainda ao racismo e cria

barreiras de acesso antes mesmo dessas mulheres chegarem ao serviço de saúde. “O racismo nos serviços de saúde e o estigma em relação ao aborto podem atuar simultaneamente, retardando a ida das mulheres pretas e pardas na busca pelo serviço, e esta decisão as coloca em uma situação limite quanto ao agravamento do quadro pós-abortamento.” (GÓES, 2020, p.10)

1.3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO E OBSTÉTRICA

O termo violência de gênero não é algo de fácil definição, dado que abarca uma gama de possibilidades, atores e cenários. Segundo Latif Antonia Cassab (2015), referindo-se a Coller, a polissemia do termo nos permite uma série de conceituações teóricas, mas é possível enxergar um pressuposto comum em todas: “a violência ocorre em relações assimétricas e hierarquizadas, denotando uma relação desigual e/ou de subordinação e interferindo de forma negativa no desenvolvimento pleno do sujeito agredido” (CASSAB, 2015, p. 377). A autora explica que são “relações permeadas de poder, força ou coerção, ou seja, um processo de dominação expresso por inúmeras formas de violência” (p. 377).

O termo nasceu na busca de se ampliar a conceituação de “violência contra a mulher”, surgida na década de 1960 com o movimento feminista e que buscava chamar a atenção para o fenômeno que fazia relação direta com as desigualdades entre homens e mulheres. Com o novo termo, há uma ampliação dessa visão, retirando das mulheres a patente de vítimas, e dos homens, a de agressores, o que amplifica as possibilidades de relações de violência entre os diferentes gêneros (PINTO et al., 2017).

Em 1979, a ONU aprovou a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDAW) passando a reconhecer a violência cometida contra mulheres “oficialmente como um crime contra a humanidade, além de, a partir de então, influenciar quase todas as políticas e iniciativas internacionais sob uma perspectiva *gender mainstreaming*” (DE TILIO, 2012, p. 74).

Em 1994, foi elaborada no Brasil a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, denominada Convenção de Belém do Pará, que colaborou na elaboração de políticas de enfrentamento daquele momento em diante. O movimento nacional ganhou ainda mais força

com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2003, responsável pela criação de normas, diretrizes, ações e estratégias de enfrentamento.

Uma das respostas às propostas de ações dentro do país foi a elaboração da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres, em 2011. O documento adota o conceito de violência contra as mulheres, fundamentado na definição da Convenção de Belém do Pará, como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (BRASIL, 2011, p. 19). A Política destaca que a violência contra mulheres deve ser pensada a partir do contexto das “relações desiguais de gênero, como forma de reprodução do controle do corpo feminino e das mulheres numa sociedade sexista e patriarcal” (BRASIL, 2011, p. 21). A violência contra as mulheres representaria a expressão máxima das desigualdades de gênero, devendo ser compreendida

como uma violação dos direitos humanos das mulheres. Portanto, o conceito de violência contra as mulheres, que tem por base a questão de gênero, remete a um fenômeno multifacetado, com raízes histórico-culturais, é permeado por questões étnico-raciais, de classe e de geração. (BRASIL, 2011, p. 21).

Ao tratar do corpo da mulher, a sociedade baseada no patriarcalismo fez com que a relação entre homens e mulheres fosse marcada por processos de dominação. A violência contra a mulher e o domínio sobre seu corpo estão nesses casos. Em 2010, na pesquisa Mulheres Brasileiras e gênero no espaço público e privado, a Fundação Perseu Abramo e SESC (2010) trouxe dados reveladores sobre a violência sofrida pelas mulheres brasileiras. Alguns dos dados que chamaram a atenção se referiam às violências sofridas durante o atendimento ao parto. Eles indicavam, por exemplo, que uma a cada quatro mulheres havia se sentido violentada em algum momento do nascimento de seus filhos. Mas esse dado poderia ser ainda maior se o entendimento sobre violência não fosse, muitas vezes, associado a agressividade; ou mesmo pela dificuldade de se associar o nascimento de um filho – e o cuidado que isso implicaria – com a violência.

Até o ano da pesquisa da Fundação Abramo, o tema comumente era tratado como violência institucional. O aprofundamento de estudos sobre a

relação entre violência institucional durante a assistência obstétrica aconteceu por pressão do movimento de mulheres e dos profissionais que atuavam em prol da humanização do parto, segundo Lígia Moreiras Sena e Charles Dalcanale Tesser (2017).

Segundo as autoras, foi a atuação das mulheres em blogs e grupos de redes sociais que promoveu um levantamento informal, em 2012, sob o título de Teste da Violência Obstétrica e que serviu para saber a percepção das mulheres sobre o termo. O resultado foi noticiado nos mais de 70 blogs envolvidos da ação, além da mídia tradicional.

A partir dessas ações, a violência obstétrica foi mote de documentários como *A Voz das Brasileiras* (ZORZAM et al, 2012) onde mulheres relatavam as violências sofridas durante seus partos; e *O Renascimento do Parto* (PAULA, CHAUVET, 2013), financiado de forma coletiva em 2013, o qual abordava a humanização do processo de parto e nascimento. O termo violência obstétrica, portanto, foi adotado primeiramente pelo “movimento social de mulheres, e, especificamente, o de mulheres mães, [que] passou a problematizar coletivamente a questão numa escala ainda não vista anteriormente” (SENA, TESSER, 2017, p. 211), para só então ser incorporado na produção científica do país.

Apesar de o termo violência obstétrica não ser reconhecido como um descritor específico por nenhuma das bases de pesquisa de saúde, é mostrado como um possível novo descritor pelo Embase, base de dados internacional de pesquisas da área de saúde. A violência obstétrica é um dos temas abordados por Pinto e colaboradores (2017) ao tratar da violência associada à saúde sexual e reprodutiva. Para os autores,

a violência contra mulheres no período gravídico puerperal e a violência institucional obstétrica, são calcadas na violência de gênero e nas relações de desiguais de poder quer no âmbito da família e conjugalidade, quer nos espaços de serviço que mantém modelos conservadores de assistência à mulher. (p. 215)

O termo é discutido desde a década de 1980, conforme registra Carmem Diniz e colaboradores (2015), mas é em 2007 – com a adoção de uma legislação específica na Venezuela – que o tema passa a ter uma descrição mais apurada, servindo de base para definições posteriores.

O Dicionário Feminino da Infâmia (2015) traz o verbete violência obstétrica como “aquela vivida no momento da gestação, parto, nascimento e pós-parto, caracterizada, entre outros, por agressão física, psicológica, verbal, simbólica e sexual, assim como pela negligência na assistência e pela discriminação” (p. 386), e inclui

tratamentos médicos excessivos ou inadequados (como a realização de cesarianas em razão da agenda profissional ou social do médico), adesão de práticas obstétricas reconhecidamente desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas (como raspagem de pelos pubianos, realização de enemas, episiotomia, amniotomia e uso rotineiro de medicamentos para aceleração do trabalho de parto) e impedimento da presença do acompanhante de livre escolha da gestante durante o parto. (OLIVEIRA et al., 2015)

A normalização de processos violentos, especialmente ao longo do parto, muitas vezes transforma o entendimento sobre essas atitudes como ações necessárias pelos profissionais de saúde, minimizando o potencial agressivo de tais atos com a justificativa de que eles são procedimentos normais ou mesmo necessários.

Para a advogada especialista em violência obstétrica, Ruth Rodrigues Mendes Ferreira (2020, p. 107), “esse tipo de atendimento perpetra mais um tipo de agressão contra aquela mulher que já está fragilizada e sensível em razão da assistência ao parto que teve”, além de colaborar para o entendimento do parto só como ato médico e que retira da mulher sua subjetividade e direitos, ao colocá-la como “um mero veículo de nascimento de um bebê”. De acordo com ela, o aumento da procura de mulheres por advogados em causas de denúncias de violência obstétrica mostra o crescimento do entendimento das mulheres sobre o que é violência obstétrica, e assim como escancara a necessidade de o Judiciário se atualizar para esse debate, uma vez que muitos profissionais colocam a violência obstétrica como erro médico, o que seria incorreto.

Diferentemente do erro médico, não há a necessidade de se comprovar o nexa causal entre a conduta e o dano havido para que haja reconhecimento da violência obstétrica. Por isso muitas mulheres perdem seus processos: ou porque os advogados usaram a tese do erro médico e daí se a mulher está viva e bem e o bebê idem, não há qualquer dano a ser reparado ou porque o próprio judiciário não tem conhecimento do tema julgando com base na teoria da responsabilidade civil em razão de erro médico. (FERREIRA, 2020, p. 107)

Para Simone Diniz e colaboradores (2015), a violência contra as usuárias relaciona-se à estereotipação de gênero que se dá de forma banalizada durante a formação dos profissionais de saúde e a organização dos serviços, e que isso é feita de forma hierarquizada a partir de um ordenamento do valor social dessas mulheres. “As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento” (DINIZ et al, 2015, p. 4)

O inquérito sobre parto e nascimento Nascer no Brasil (LEAL et al., 2014) entrevistou mais de 20 mil mulheres em maternidades e hospitais de todo o país e trouxe números relevantes para quem discute questões como violência, humanização e boas práticas durante o parto. O estudo revela, por exemplo, que a posição mais comum para que as mães brasileiras tenham seus filhos é em litotomia – ou seja, mais de 90% dos partos acontecem com as mulheres deitadas de barriga para cima. Essa posição, além de afetar o fluxo de sangue e oxigênio para o bebê, é apontada por pesquisadores como a posição mais desconfortável para a mulher, aumentando a intensidade da dor e exigindo mais força da gestante.

Entre as outras práticas condenadas por especialistas e que continuam a acontecer no Brasil, estão a episiotomia – corte no períneo que ocorre em mais de 50% dos partos; a manobra de Kristeller, quando um profissional de saúde empurra a barriga da mãe para acelerar a descida do bebê e que acontece em 36% dos partos; e o uso de ocitocina em 40% dos trabalhos de parto (LEAL et al., 2017). Estas intervenções quase rotineiras, como demonstram os números, vêm sendo contra indicadas pela OMS desde a década de 1990.

Tais dados são apenas uma parte de um cenário bem mais perverso: quando comparadas às mulheres brancas, mulheres pretas e pardas apresentam maior risco de terem um pré-natal inadequado, possibilidade de falta de vinculação à maternidade aumentada, além de ausência de acompanhante e peregrinação – ou seja, elas passam por mais hospitais/maternidades até serem aceitas para a realização de seus partos (LEAL et al., 2017).

Outro dado que chama atenção é a menor chance de negras passarem por uma cirurgia cesárea e de intervenções dolorosas no parto vaginal, como

episiotomia e uso de ocitocina, em comparação às brancas. A indicação de Leal e suas colaboradoras (2017) é que isso aconteça devido ao entendimento de intervenções como uma prática de cuidado. Outra explicação para estes números poderia ser o entendimento de que “o parto estaria mais relacionado a um ato instintivo para as mulheres das classes populares, e mais relacionada a um ato cultural para as mulheres das classes mais elevadas” (MAIA, 2008, p. 44).

Um dos resultados dessa situação pode ser visto por meio dos altos índices de mortalidade materna que o Brasil não consegue diminuir; ou, como afirma Leal (2017, p.2), a “mortalidade materna elevada sinaliza para falhas na atenção obstétrica ofertada, desde o pré-natal até o parto”. O entendimento é de que o que as mulheres pretas e pardas sofrem ao longo de sua gestação e de seu parto, conforme vimos nos dados acima, é reflexo do racismo.

A introdução da variável raça/cor foi introduzida no Sistema de Informações sobre Mortalidade e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde em 1995 e 1996, respectivamente. A incorporação do dado foi uma conquista do movimento negro, que buscava demonstrar as iniquidades do sistema de saúde (BATISTA, BARROS, 2017; ARAÚJO et al, 2014). A partir do registro do quesito raça/cor nas estatísticas vitais do país foi possível realizar comparações entre estes grupos e perceber como cada um deles é afetado de forma bastante diferente. Com isso, também se observou a ineficiência em encontrar respostas qualificadas e efetivas no enfrentamento dessas situações que contribuíssem para a “redução das vulnerabilidades e para melhores condições de vida da população negra” (WERNECK, 2016, p. 541).

A dificuldade de enxergar o racismo nas práticas cotidianas, tanto para profissionais como para usuários, dificulta o entendimento do ato como um determinante das condições de saúde, ou como alavanque para a iniquidade na saúde. Em uma etnografia realizada em Brasília, Carneiro (2017) e suas alunas entrevistaram profissionais e usuários do sistema de saúde público local na tentativa de compreender como o corpo negro feminino é pensado pelas mulheres assistidas, pelos profissionais, gestores de políticas públicas e feministas negras.

No estudo, elas demonstram como a ideia de uma universalidade autorizava os profissionais a “não fazer diferença” entre as pessoas. Mais à frente elas explicam como o racismo atua: os discursos mostram o reconhecimento de sua existência, porém em outros espaços que não no local de trabalho desses técnicos.

Percebemos, portanto, que o racismo aparece, sim, em seus registros de mundo e atravessa suas vidas, ainda que não seja simbolizado por meio dessa expressão específica, quando reconhecem que pessoas mais brancas têm mais chances de passar em concursos públicos, quando identificam que os profissionais são mais brancos e quando admiram um juiz que assume de maneira diferente seu cargo, justamente, por ser negro. Dessa forma, ainda que em resposta a perguntas diretas sobre racismo nos serviços de saúde não identifiquem o racismo nos serviços de saúde, as entrelinhas de suas respostas nos possibilitam pensar em outros sentidos ou manifestações de racismo ou reconhecer que no serviço há uma lógica de dependência que impede falas abertas sobre discriminação racial, a não ser entre os próprios pacientes. (CARNEIRO, 2017, p. 412)

O reconhecimento das mazelas causadas pelo racismo em nossa sociedade, em especial no serviço de saúde, foi a tônica para a criação da PNSIPN. A política tem como marco central, a afirmação da existência do racismo na saúde através “das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2009, p. 26).

A partir disso, podemos iniciar a compreensão de como o racismo tem impactado na saúde da população negra brasileira, e como a intersecção raça e gênero pode apresentar contornos ainda mais cruéis, em especial no processo do ciclo gravídico-puerperal. Três concepções são consideradas aqui: o corpo da mulher, visto em nossa sociedade como o corpo incorreto, imperfeito e controlável; o corpo negro, que sofre com o racismo, a hipersexualização, e que pode servir para experimentações – como o de Mary Dias –; e o corpo grávido, que é medicalizável, dominável e despreparado, que necessita da intervenção e que não de autonomia.

Foi a adoção de registros de raça/cor na saúde que permitiu identificar uma série de situações a que as mulheres grávidas, em especial as pretas, acabam sendo condicionadas. Para além dos dados sobre as interferências já mostrados pela pesquisa Nascer no Brasil, pudemos saber que uma mulher

negra tem o dobro de chances de morrer em seu parto quando comparada a uma mulher branca.

A mortalidade materna apresenta índices muito elevados no Brasil. É a situação mais extrema quando falamos em violações contra a mulher, porque esse indicador reflete também que em algum momento essas gestantes ou puérperas não foram acompanhadas adequadamente.

Em um de seus documentos sobre Mortalidade Materna, o MS adverte que “a mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos” (Brasil, 2009, p. 9). Foi o que aconteceu com Alyne Pimentel e Rafaela Santos, ambas negras, mortas pelo descaso das instituições que as acompanharam e atenderam ao longo da gravidez ou do parto. Compreendemos, neste trabalho, que a violência obstétrica pode significar, muitas vezes, um dos caminhos para esse tipo de desfecho.

1.4 INTERSECCIONALIDADE

O termo interseccionalidade foi cunhado por Kimberlé Crenshaw, intelectual afro-americana da área do Direito, no fim da década de 1980 (NOGUEIRA, 2017; AKOTIRENE, 2018). Mas antes mesmo de ser nomeada, a ideia de interseccionalidade já se fazia presente nas manifestações de mulheres negras pelo mundo.

No Brasil, Lélia Gonzales (1984) também aborda a interseccionalidade antes mesmo da adoção desse termo, sendo que o reconhecimento de sua contribuição nesta discussão aconteceu década depois, tendo Crenshaw e Angela Davis como algumas das autoras que tem citado a importância de Leila não apenas para a o debate sobre interseccionalidade, como para outros que abarcam as mulheres negras.

Angela Davis também é uma das escritoras reconhecidas por sua discussão interseccional. Em *Mulheres, Raça e Classe* (2016), Davis traz desde o título do livro a perspectiva de como mulheres sofrem ao longo da vida e em seu cotidiano, por diferentes opressões.

Antes das duas, Sojourner Truth, uma ex-escrava afroamericana, realizou um discurso que muitas feministas negras tomam como sendo o fundador da

noção de interseccionalidade. O discurso foi proferido em 1851, na Convenção dos Direitos da Mulher em Akron, Ohio, nos Estados Unidos, sendo marcado por problematizar não apenas questões de gênero, mas também de *classe* e raciais. Até aquele momento o debate não havia complexificado a ideia sobre ser mulher, sem perceber que inexistia uma “universalização da categoria mulher” (RIBEIRO, 2017). Reproduzimos aqui o discurso completo:

Bem, minha gente, quando existe tamanha algazarra é que alguma coisa deve estar fora da ordem. Penso que espremidos entre os negros do sul e as mulheres do norte, todos eles falando sobre direitos, os homens brancos, muito em breve, ficarão em apuros. Mas em torno de que é toda esta falação?

Aquele homem ali diz que é preciso ajudar as mulheres a subir numa carruagem, é preciso carregar elas quando atravessam um lamaçal e elas devem ocupar sempre os melhores lugares. Nunca ninguém me ajuda a subir numa carruagem, a passar por cima da lama ou me cede o melhor lugar! E não sou uma mulher? Olhem para mim! Olhem para meu braço! Eu capinei, eu plantei, juntei palha nos celeiros e homem nenhum conseguiu me superar! E não sou uma mulher? Eu consegui trabalhar e comer tanto quanto um homem – quando tinha o que comer – e também aguentei as chicotadas! E não sou uma mulher? Pari cinco filhos e a maioria deles foi vendida como escravos. Quando manifestei minha dor de mãe, ninguém, a não ser Jesus, me ouviu! E não sou uma mulher?

E daí eles falam sobre aquela coisa que tem na cabeça, como é mesmo que chamam? (uma pessoa da platéia murmura: “intelecto”). É isto aí, meu bem. O que é que isto tem a ver com os direitos das mulheres ou os direitos dos negros? Se minha caneca não está cheia nem pela metade e se sua caneca está quase toda cheia, não seria mesquinho de sua parte não completar minha medida?

Então aquele homenzinho vestido de preto diz que as mulheres não podem ter tantos direitos quanto os homens porque Cristo não era mulher! Mas de onde é que vem seu Cristo? De onde foi que Cristo veio? De Deus e de uma mulher! O homem não teve nada a ver com Ele.

Se a primeira mulher que Deus criou foi suficientemente forte para, sozinha, virar o mundo de cabeça para baixo, então todas as mulheres, juntas, conseguirão mudar a situação e pôr novamente o mundo de cabeça para cima! E agora elas estão pedindo para fazer isto. É melhor que os homens não se metam.

Obrigada por me ouvir e agora a velha Sojourner não tem muito mais coisas para dizer. (GELEDÉS, 2009)

O discurso – feito de improviso por essa abolicionista, escritora, ativista e ex-escravizada – lançou aos presentes, indagações para que refletissem que mulheres estavam sendo vistas quando se falava em direitos. Ela mostrava que era necessário ir além das discussões propostas até então. Para se falar em direitos, era preciso pensar em todas as mulheres, mulheres de outras classes e raças.

Para Crenshaw (2002, p. 177), a interseccionalidade “é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação”. Nos últimos anos, outras pensadoras acadêmicas têm dedicado seu tempo a estudar e discutir o conceito, mas os escritos acima nos deixam claro que o conceito surge para as feministas negras como uma ferramenta dialética para repensar o feminismo hegemônico, que considera a mulher como uma categoria única. A interseccionalidade também permite repensar a experiência da mulher dentro do Movimento Negro, que muitas vezes toma o homem negro como objeto único de experiência e análise (AKOTIRENE, 2018).

Crenshaw (2004) critica a lógica tradicional dos direitos humanos que durante muito tempo tratou violações entre diferentes gêneros a partir de uma mesma perspectiva, quando nem sempre podem ser assim vistos. Foi a partir das conferências de Viena (1992) e Pequim (1995), que se estabeleceu o entendimento de que os direitos das mulheres são direitos humanos, levando a compreensão que a proteção deveria estar presente quando as violações acontecessem para ambos os gêneros, ou que fossem direcionadas somente ao gênero feminino. Da mesma maneira deveriam ser entendidas as discriminações raciais e entre mulheres de diferentes grupos étnicos, mostrando como a interseccionalidade atinge de diferentes maneiras diferentes grupos a partir de eixos de discriminação.

Conceição Nogueira (2017, p. 150), psicóloga social feminista portuguesa, acredita que uma análise baseada na interseccionalidade permite capturar diferentes níveis de diferença, “revelando, por exemplo como formas de discriminação e opressão interseccionais criam oportunidades, benefícios sociais e materiais para aqueles/as que gozam de estatutos normativos ou não marginalizados”. É importante citar aqui que a interseccionalidade não atua para hierarquizar ou somar opressões, mas pensar como a articulação das diferentes formas de opressão pode impactar a vida dessas mulheres. No caso de mulheres gestantes, por exemplo, a possibilidade de ter um pré-natal inadequado é maior entre as mulheres se comparadas com as brancas. E dentro do universo das negras é ainda maior para mulheres com menos anos de estudo ou pretas, por exemplo. Pensar essas diferentes perspectivas ao longo da pesquisa se mostra

necessário para que possamos ter um cenário mais real sobre as situações vividas por essas mulheres.

1.5 A LUTA DA MULHER NEGRA: MOVIMENTO CONTRA-HEGEMÔNICO

Quando começaram a se organizar coletivamente, as negras do Brasil ainda tinham que andar com um documento dizendo que eram livres. Mesmo as que possuíam status de propriedade de alguém não se detinham ao que estava escrito nos papéis dos homens brancos e participavam de revoltas, mobilizavam e organizavam fugas com outros escravizados. O movimento do povo negro não é recente: a coletividade foi o artifício encontrado para não se perder na desesperança de uma vida subjugada e animalizada nas mãos e em um sistema majoritariamente de homens brancos. Enfrentar essa hegemonia foi uma das formas encontradas para se manterem vivas até hoje.

A definição sobre o que é movimento social, remonta de muito antes dos movimentos organizados e institucionalizados que conhecemos atualmente. Tomando a concepção de Machado (2007), movimentos sociais poderiam ser entendidos como “organização e articulação baseadas em um conjunto de interesses e valores comuns, com o objetivo de definir e orientar as formas de atuação social” (p. 252), sendo que os objetivos seriam a mudança da ordem social estabelecida, e a intervenção nos “resultados de processos sociais e políticos que envolvem valores ou comportamentos sociais ou, em última instância, decisões institucionais de governos e organismos referentes à definição de políticas públicas”. Ainda que a ação negra remonte das lutas pela liberdade, ao retratar o movimento abolicionista muitos autores destacam políticos, figuras brancas e a imagem da Princesa Isabel como redentora ainda permanece forte no imaginário nacional, invisibilizando a luta negra.

Historicamente, as mulheres foram articuladoras de diversas conquistas relacionadas aos direitos sociais da população. Ao tomarmos alguns exemplos do Rio de Janeiro, temos as quituteiras – cozinheiras negras que tinham grande poder de argumentação com as autoridades locais em uma época em que tudo que fazia referência à população negra era marginalizado e visto como crime. A história de Tia Ciata, da Pequena África, o surgimento do samba e das escolas de samba, e a legalização destas últimas, ajudam a contar uma parte dessa

narrativa. Porém, antes de Tia Ciata, ex-escravas já negociavam os produtos de seus dotes culinários e seus trabalhos como lavadeiras, por exemplo, para comprar alforrias de companheiros e familiares.

Isso, entretanto, nunca as colocou num lugar de poder. O lugar reservado à mulher negra sempre foi o da marginalização e do desrespeito, como indicou Lélia Gonzalez. Com os piores índices quando falamos sobre salário, empregos insalubres, mortalidade materna, feminicídio, entre outros diversos temas, o papel das mulheres negras frente a uma mudança nacional agora tem ganhado projeção.

Vê-se, por exemplo, a Marcha das Mulheres Negras contra o Racismo, que desde 2015 vem crescendo pelo país. Esse lugar, tido como base da pirâmide social, fez com que Angela Davis, durante um evento em Salvador, em 2017, falasse uma frase bastante conhecida e utilizada pelos diferentes grupos: “quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela”. Em sua última visita ao Brasil, em outubro de 2019, Angela Davis destacou nomes como o de Lélia Gonzales e Marielle Franco, entre outras mulheres, como figuras importantes para a luta das negras no Brasil.

As duas figuras são bastante representativas no movimento de negras no país. Lélia Gonzalez como intelectual e ativista que questionou o feminismo sobre o racismo, além de seus companheiros do Movimento Negro Unificado (MNU) ao confrontá-los pela reprodução de práticas sexistas da sociedade brasileira (CARNEIRO, 2014). Foi a primeira mulher a sair do país como representante do movimento negro (NICOLAV, 2019), e que também propôs discussões sobre o que viria a ser chamado posteriormente de interseccionalidade.

Marielle Franco, socióloga, nascida e criada no complexo da Maré, começou a atuar como ativista pelos direitos humanos após a morte de uma amiga devido a uma bala perdida em um confronto na Maré. Foi eleita vereadora do Rio de Janeiro aos 37 anos com a quinta maior votação para o cargo, após uma campanha baseada no lema “Eu sou porque nós somos”, simbolizando o que representava e estava explícito em seu perfil de redes sociais e na apresentação de seu site oficial: “Sou mulher, negra, mãe e cria da favela da Maré”.

Lélia e Marielle são as duas pontas de um movimento bem anterior, mas que ajudam a retratar um período mais recente de ação e conquistas. A partir do fim da década de 1970, a atuação das mulheres negras tem sido marcada pela exposição do que significa ser mulher negra Brasil, buscando espaços e reivindicando justiça social. O grupo representado por Marielle continua seu trabalho baseando-se naquelas que vieram antes, com o parâmetro interseccional proposto por Lélia Gonzalez, e operando a partir das novas formas de ativismo que funcionam integradas às possibilidades de comunicação direta e veloz propiciada pela internet.

Lélia Gonzales foi uma das fundadoras do MNU, em 1978, entidade que marcou a intensificação do ativismo de pessoas negras no país, e além de atuar nos movimentos feministas que ganhavam força na década (BAIRROS, 2006; RODRIGUES, PRADO, 2010). Outros movimentos surgidos no Rio de Janeiro nesse período foram o IPCN (Instituto de Pesquisa das Culturas Negras) – que contou ainda com o Aqualtune, uma vertente específica para mulheres – e a SINBA (Sociedade de Intercâmbio Brasil-África), assim como aconteceu em diversos estados como São Paulo, Rio Grande do Sul e Bahia (RODRIGUES e PRADO, 2010). E mesmo no período em que o Brasil passava por uma ditadura, as mulheres negras

foram participantes fundamentais de outros grupos, como o Movimento de Favelas do Rio de Janeiro, os Movimentos de Trabalhadoras Domésticas, em Belo Horizonte e em Salvador, as Associações Comunitárias, as Comunidades Religiosas Afro-brasileiras, o Movimento Estudantil e as Organizações Clandestinas de Esquerda. (RODRIGUES e PRADO, 2010, p. 450)

Sueli Carneiro (2003), outra intelectual que ganha destaque na década de 1980 – de modo especial a partir da fundação do Geledés Instituto da Mulher Negra, em 1988 em São Paulo – afirma que foi preciso enegrecer o feminismo e genderificar o movimento negro. A partir do reconhecimento dos novos sujeitos que surgiam da dupla perspectiva proposta, as mulheres acabaram por formar grupos que tinham formas híbridas de organização, “contendo características próximas às de organizações feministas, com sua perspectiva de horizontalidade, e mantendo em relação às organizações negras a centralidade da discussão do racismo” (RODRIGUES, PRADO, 2010, p. 450).

Além do Geledés, nasceram ainda na década de 1980 a Criola¹⁷, fundada por Lúcia Xavier e Jurema Werneck, entre outras mulheres, e cujo detalhes serão abordados mais à frente; e o Nzinga Coletivo de Mulheres Negras, também com a participação de Lélia, somente para citar alguns.

Segundo Carvalho e Rocha (2011, p. 6) “o movimento de mulheres negras organizou-se durante a década de 1980, inserido no contexto de emergência da mobilidade dessas mulheres, de forma autônoma, no espaço público”. A intenção era criar seus espaços de atuação social e ocupar, por meio da atuação política¹⁸, os espaços que pouco representavam a mulher negra.

Em 1988 foi realizado o 1º Encontro Nacional de Mulheres Negras, em Valença, no estado do Rio de Janeiro, tendo destaque nacional. O debate sobre saúde da mulher negra ganhou campo, especialmente a partir das denúncias de grupos sobre a esterilização em massa de mulheres brasileiras, resultando em uma Comissão de Inquérito Parlamentar, que ficou conhecida como CPI da Esterilização (ROLAND, 2009).

Desses movimentos pela defesa da saúde sexual e reprodutiva das mulheres surgiram grupos que continuam atuando na defesa dos direitos de mulheres negras no cenário nacional, como Criola. Conforme lembra Maria José de Oliveira Araújo (1994, p. 41) “a esterilização cirúrgica, tema controvertido e polêmico, foi o eixo que conseguiu unir e desencadear o processo de trabalho conjunto, que atualmente se estende às outras questões dos direitos reprodutivos – espaço onde o movimento de mulheres tem investido grande parte da sua energia”.

Na década seguinte, no ano de 1993, em preparação para a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, acontecia o Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, em que foi elaborada a “Declaração de Itapeverica da Serra”. O documento marcou a

¹⁷ “Criola é uma organização da sociedade civil, fundada em 1992, a partir do movimento de mulheres que culminou na CPI da Esterilização. A organização atua na defesa e promoção dos direitos das mulheres negras. Disponível em: <https://criola.org.br/>

¹⁸ “De um modo geral, os movimentos sociais contemporâneos trazem consigo o pressuposto de que transformar a realidade não é só modificar a sociedade a partir dos aparelhos do Estado, é modificá-la também ao nível das ações concretas da sociedade civil”. (RODRIGUES, PRADO, 2010, p.447)

atuação das mulheres negras no cenário nacional, pois definia a opinião delas em relação a diversas questões.

Conforme conta Edna Roland (2009), esse seminário era a evidência que emergia “um posicionamento que representava talvez a possibilidade de uma posição política autônoma do movimento de mulheres negras”. A Declaração abordava questões relacionadas a concepção, liberdade reprodutiva, AIDS, e condições de atendimento ao parto que poderiam prejudicar tanto a mulher como a criança.

Outro tema relevante do documento era o destaque à democratização da informação epidemiológica, com o indicativo da necessidade da introdução do quesito cor nos sistemas de informação em saúde (ROLAND, 2009). Esse é um dos indicativos que a saúde da população negra sempre foi um ponto de pauta para as mulheres negras.

O preenchimento raça/cor em todos os sistemas de informação utilizados pelo SUS só foi efetivado muitos anos depois, em 2017, apesar do Estatuto da Igualdade Racial, PNSIPN e movimentos negros já terem apontado a importância do quesito muito tempo antes. Em um texto que busca contextualizar e resgatar o debate proposto pela Marcha das Mulheres Negras contra o Racismo¹⁹, ou simplesmente Marcha das Mulheres Negras, Emanuelle Góes (2015) afirma que

a participação efetiva das mulheres negras pelo direito à vida e à dignidade humana da população negra acontece desde sempre, sendo luta e sobrevivência sinônimos, praticamente. Ainda nos dias de hoje, muitas pautas são as mesmas de outrora sobre direitos à saúde, educação, espaço, terra e espaço de representação política. (GÓES, 2015, p. 1)

¹⁹ A Marcha aconteceu em Brasília, em 18 de novembro de 2015, e reuniu mais de 50 mil mulheres. O evento foi sendo construído ao longo de três anos através de diferentes ações por todo o país. “Foram milhares de vozes negras que invocaram o sentido de viver africano orientado pelas nossas ancestrais, que nos ensinaram e ensinam que “Nossos Passos Vêm de Longe” e, que quando “Uma Sobe Puxa a Outra”, lembro o texto do e-book lançado pela Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras no ano seguinte. O documento afirma ainda que “a Marcha foi um Marco para o movimento de mulheres negras brasileiras, um divisor de águas na vida das mulheres negras, o mais importante movimento político no Estado brasileiro no ano de 2015”. E-book Marcha das Mulheres Negras. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2016/09/E-book-Marcha-das-Mulheres-Negras-comprimido-20.09.16.pdf>>. Acesso em: 17 dez 2018.

A perspectiva de Góes nos revela a luta das mulheres negras como algo contínuo, com pautas que acabam se revelando permanentes, como é o caso do direito à saúde.

Entre 1950 e 2006, pelo menos 60 organizações formadas por mulheres negras surgiram pelo país (CARVALHO e ROCHA, 2011; SANTOS, 2009). Nos últimos anos, contudo, novas formas de atuação menos institucionalizadas têm emergido. Desde coletivos (e não mais organizações) a ativismos individuais, essas ações ainda buscam uma identidade coletiva, uma vez que rompem com a invisibilidade social e abrem “o debate público em torno de demandas sociais específicas” (RODRIGUES e PRADO, 2010, p. 448).

Marielle surge como uma representante destas mulheres do movimento dos novos tempos. Mesmo fazendo parte da estrutura política, durante sua atuação, ela sempre transitou em diferentes espaços e dialogou com diferentes grupos. A participação de mulheres no espaço político, as pautas das lésbicas, a saúde sexual e reprodutiva da mulher negra, a maternidade, e o reconhecimento de figuras negras femininas para a cidade do Rio de Janeiro foram algumas das pautas elencadas por Marielle durante seu breve mandato, mas que ressoavam sua atuação primeira pelos Direitos Humanos.

A atividade que Marielle participou pouco antes de ser assassinada ocorrera na Casa das Pretas²⁰, tinha como tema “Jovens Negras Movendo as Estruturas” e fazia parte dos 21 Dias de Ativismo Contra o Racismo²¹. O evento foi transmitido pelas redes sociais e contava com jovens negras “que têm movido as estruturas por uma sociedade mais igualitária”, segundo a descrição do evento (FACEBOOK, 2018). Essa breve descrição ajuda a demonstrar como a coletividade, mesmo que em diferentes espaços e debates, se dá quando falamos de mulheres negras. Com sua morte, as pautas de Marielle acabaram

²⁰ “A Casa das Pretas é um espaço de encontros, acolhimento, de produção e prática de saberes específicos da vivência das Mulheres Negras”. Disponível em: <<https://www.facebook.com/CasaDasPretas1/>>. Acesso em: 23 mar 2020.

²¹ A campanha 21 Dias de Ativismo Contra o Racismo é uma ação que iniciou em 2017 no Rio de Janeiro. A proposta é realizar 21 dias de ações voltadas a discutir o racismo na sociedade. Até 2020 a iniciativa acontecia em várias cidades do Brasil e em outros países. A campanha será explorada mais à frente uma vez que sua idealizadora é uma das interlocutoras deste trabalho.

sendo assumidas e ampliadas por outras mulheres, não apenas na esfera legislativa, como também fora dela²².

Marielle colocou em prática algo que une as mulheres mesmo nas diferenças: a empatia e o reconhecimento do que significa ser negra. Ou, como determinou Vilma Piedade (2017): a dororidade. O termo fala do silêncio, da ausência, da invisibilidade, do “não ser, sendo”, da dor de ser negra em uma sociedade racista. O conceito criado por Vilma afirma que pensar na outra, na irmandade, praticar Sororidade (sórora, no latim, irmã) não contempla as negras. “A Sororidade parece não dar conta da nossa pretitude” (PIEIDADE, 2017, p. 17).

Para a autora, as mulheres são marcadas pela dor que vem junto com a cor da pele: a dor do racismo; a dor emocional, moral e física. A dor da perda do filho, do companheiro, da companheira, a dor da hipersexualização, a dor do parto. Piedade também resgata o lugar de fala para o debate, afirmando que para falar sobre esse lugar da Dororidade, é preciso estar inserida. Entretanto, não se deve pensar em lugar de fala a partir de uma lógica individualista, é necessário pensá-la a partir de uma noção estrutural da sociedade, levando em conta sistemas de opressão e quem é objeto de opressão nesse sistema. “Uma mulher negra terá experiências distintas de uma mulher branca por conta de sua localização social”, exemplifica Djamila Ribeiro (2017, p. 61). Segundo a autora,

o lugar social não determina uma consciência discursiva sobre esse lugar. Porém o lugar que ocupamos socialmente nos faz ter experiências distintas e outras perspectivas. A teoria do ponto de vista feminista e lugar de fala nos faz refutar uma visão universal de mulher e de negritude, e outras identidades, assim como faz com que homens brancos, que se pensam universais, se racializem, entendam o que significa ser branco como metáfora do poder. (RIBEIRO, 2017, p.69)

Sendo assim, as negras que atuam como protagonistas em diversos debates não representam apenas a si ou a seus ideais, elas trazem as

²² Além das assessoras que foram eleitas deputadas estaduais, são citadas ainda outras mulheres que, na visibilidade da morte de Marielle, buscam votos para espaços políticos, bem como a representatividade de mulheres negras que passaram a se movimentar em seus espaços de atuação, tendo como exemplo a figura da vereadora. O Instituto Marielle Franco, fundado pela família, tem como uma das metas criar uma escola voltada para jovens negras de periferias e favelas, como forma de “regar suas sementes”. Informações disponíveis em: <https://www.huffpostbrasil.com/2018/10/10/as-sementes-de-marielle-franco-quem-sao-as-mulheres-negras-eleitas-em-2018_a_23557207/>; <<https://www.brasildefato.com.br/2020/03/13/o-legado-de-marielle-franco-inspira-lutas-pelo-brasil-e-pelo-mundo>> e <<https://www.apoie.institutomariellefranco.org/>>. Acesso em: 07 mar 2020.

perspectivas e vivências de outras mulheres. Há uma frase muito utilizada dentro do movimento negro, especialmente entre mulheres, subtítulo de um livro sobre a saúde das mulheres negras de Jurema Werneck, Maisa Mendonça e Evelyn C. White (2006) que diz “nossos passos vêm de longe”. A ideia por trás desta frase é a compreensão de que há muito mais além do que é feito atualmente. Houve muita luta e persistência das ancestrais para que se chegasse nos dias de hoje debatendo e realizando coisas. A ação de cada uma das mulheres que se destacam como ativistas ou representantes de grupos vem embalada pela atuação daquelas que vieram antes, que sobreviveram a todas as mazelas e ensinaram a olhar para trás para pensar o presente.

1.6 POLÍTICAS NEGRAS: PERCURSO DE LUTAS DAS MULHERES

Fui a algumas manifestações sociais desde que cheguei ao Rio de Janeiro. 8 de março, estudantes nas ruas contra os cortes do governo, Marcha das Mulheres Negras, os atos que marcaram a primeira semana (20/03/2018) e, depois, 1 ano (14/03/2019) da execução política de Marielle Franco.

Os últimos me chamavam a atenção pelo fato de serem encabeçados por mulheres negras e que a todo momento lembravam de quem era a prioridade de falar ao microfone, ou quem deveria estar à frente com a faixa que marcava o início e o porquê daquela manifestação. Na atividade que marcou a 1ª semana da morte da vereadora, uma caminhada partiu da Candelária em direção à Cinelândia. Da concentração até a saída, um caminhão de som mobilizava a atenção dos presentes. Mulheres, na grande maioria negras, utilizavam o microfone para lembrar a importância de Marielle para a cidade na qualidade de vereadora, para a política enquanto uma possibilidade de mudança e a esperança que ela significava, bem como para as mulheres por sua representatividade.

Todas as que eram chamadas a ocupar alguns minutos naquele microfone eram apresentadas por seu nome e sobrenome – assim como orientou Lélia Gonzalez²³ –, além de serem apontadas suas vinculações a instituições,

²³ Há uma frase de Lélia Gonzalez, muito famosa, onde ela afirma “negro tem que ter nome e sobrenome, senão os brancos arranjam um apelido... ao gosto deles”. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/lembrando-lelia-gonzalez-por-luiza-bairos/>>. Acesso em: 18 mar 2020.

grupos, coletivos, ou simplesmente eram chamadas de “ativistas”. Esse foi um dos momentos que percebi o quanto a palavra ativista estava tomando um lugar que antes era atribuído a uma vinculação a organizações.

Militante e ativista seriam sinônimos, não?! Mas, então, por que escolher ativista para o título do (naquele momento) projeto de dissertação? Na busca por uma definição (e resposta) sobre a escolha, percebi que há muito pouco escrito a respeito das diferenças entre as palavras e o que exatamente significavam. Ser militante ou ativista estava no ambiente da ação e não da teorização. Na maioria das vezes ambas eram utilizadas como sinônimos e poucos arriscavam alguma diferenciação. A maioria partia da raiz do vocábulo militância estar vinculado a militar, enquanto ativismo estaria ligado a dinamicidade, a ser ativo. Um dos autores que aprofunda essa relação é Veiga-Neto, quando afirma que

a militância – como uma actio militaris – e o ativismo são, ambos, da ordem do agir para frente, da ação para uma mudança de posição, da ação para uma outra situação diferente da que se tem. Mas enquanto aquela se rege pela lógica da obediência hierárquica, este se funda na maior liberdade possível e permitida pela combinação entre a díade pensável-dizível e o visível. (VEIGA-NETO, 2012, p.273)

Ainda assim, as demais explicações eram bastante breves e pouco profundavam sobre o assunto. Sales, Fontes e Yasui (2018) acreditam que o termo militância carrega status ora de adjetivo, ora de substantivo, e que a lógica militar e histórica presente no termo acaba limitando seu entendimento a uma condição de problema. Para os autores, a adoção de ativismo parte de uma ideia de afastamento da noção que a palavra militância assumiu, distanciando também os atributos partidários e de organização social, trazendo uma “nova lógica de militância” – expressão dos novos movimentos sociais, realizados de forma mais integrativa, engajada e horizontal, menos burocratizada e centralizada, de forma que a articulação aconteça em rede.

Salles (2019) afirma que o termo “ativista” emergiu no Brasil a partir das ações de 2013, inicialmente com o Movimento Passe Livre, mobilização feita principalmente por jovens que passaram a se denominar como ativistas, recusando a palavra militante. A mesma coisa aconteceu em ações posteriores, como a ocupação das escolas pelos estudantes secundaristas, em 2015, em que a preferência era o reconhecimento pelo ativismo.

Para o autor,

Ambientes militantes tendem a valorizar disciplina, centralização e heteronomia, enquanto os ativistas incentivam experimentação, horizontalidade e autonomia. Sob tais condições, a subjetivação militante tende a ser menos flexível e a se expressar através de uma moralidade enrijecida, da valorização de comportamentos radicais e da dificuldade de adaptação a mudanças; já a subjetivação ativista é caracterizada pela flexibilidade e se expressa através de um ética situacional, da valorização da adaptação dos comportamentos as necessidades locais e de maior tolerância a mudança. (SALES, 2019, p.121)

A ação em diferentes momentos dos grupos de jovens chama a atenção pelo posicionamento pretendido – apartidário (apesar da proximidade com o campo da esquerda); desligado de instituições como sindicatos ou entidades representativas formais; com o forte apelo à “horizontalidade no exercício das relações de poder; e com uma pauta de caráter transversal às classes sociais” (SALLES, 2019, p. 31) – além da busca pela mobilização e participação social, feita principalmente por meio da internet, uma vez que “a rede se converteu em um espaço público fundamental para o fortalecimento das demandas dos atores sociais para ampliar o alcance de suas ações e desenvolver estratégias de luta mais eficazes” (MACHADO, 2007, p. 268).

A perspectiva de que, mesmo dentro de grandes movimentos sociais, era possível manter a identidade e a singularidade de ideias, bem como participar de forma mais horizontal, voluntária e menos obrigatória, parece ser a motivação que levou a juventude a optar pela palavra ativista à militante.

Não sabemos se por usualidade, por novidade, ou mesmo por escolha e esclarecimento sobre as concepções, a palavra ativismo vem ganhando espaço nos coletivos e na representação de determinadas figuras, conforme citado no início do texto. Diferente de outros tempos em que a atuação estava ligada a um desempenho institucionalizado, o ativismo abre as portas para uma atuação mais descentralizada, flutuante, vista como uma responsabilidade social do cidadão. Conforme propõe Gohn (2012, p. 74), “ativistas são diferentes dos militantes dos movimentos sociais de décadas anteriores que eram amalgamados por ideais e ideologias políticas. Os ativistas não têm pertencimento permanente a um dado grupo”.

Neste trabalho, optamos por assumir a palavra ativista para nomear as interlocutoras, até pela porosidade que o termo apresenta. Ainda que a ação coletiva seja ponto importante para a ação das mulheres, partimos do pressuposto que a expectativa era conhecer as opiniões pessoais e suas trajetórias – por mais que, em alguns casos, pareça difícil separar o institucional do individual -, e, portanto, ativista me soa mais coerente com essa proposta.

Tenho por hábito fazer anotações. Ainda na escola, fazia mais sentido anotar cada detalhe das explicações das minhas professoras durante as aulas, ajustar explicações que cabiam em minha compreensão do que ficar horas em cima do material tentando decorar fórmulas. Mais tarde, na graduação, era quase uma exigência ter sempre um pequeno bloco e uma caneta na bolsa, além de estar atenta ao que se passava ao redor: analisar as situações, buscar fazer uma leitura geral e compreender as micro-histórias para poder contar o que via de modo mais amplo e diverso. No jornalismo aprendi que é preciso ouvir os dois lados da opinião, a pluralidade de saberes, no fazer da pesquisa, que não há neutralidade, mas rigor acadêmico. Toda escolha vem carregada de significados. Observar e anotar sempre foram parte de meu ofício.

(Memórias da dissertação – Episódios de escrita)

2 O CAMINHO METODOLOGICO

Passei aproximadamente os dois anos do mestrado observando, registrando frases, fazendo apontamentos e associações com situações vividas anteriormente. Formei um arquivo de pequenos blocos, cadernos, agendas que aos quais eu recorri para escrever essas páginas. Ao lado de algumas anotações, perguntas, lembranças, frases que me remetiam a outros espaços, pensamentos, que faziam outras conexões, ou me levavam a questionar certeza. Eu passava a “transformar o exótico em familiar e o familiar em exótico”, como indicou Roberto Da Matta (1990, p. 4) ao abordar a observação participante, prática alicerce para uma pesquisa de base etnográfica.

A inspiração etnográfica guiou esse estudo na construção de seu acervo empírico e na forma de estar em campo. A prática etnográfica, segundo Geertz (1989), consiste em “estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante” (p.4), além de buscar por uma “descrição densa” a partir do entendimento da cultura como contexto. Assim, a observação participante do tipo etnográfico, conforme apresentam Caprara e Landim (2008), foi inicialmente a ferramenta metodológica adotada.

Articulada a observação participante, optei por utilizar também a entrevista, como técnica empregada para a construção de meu material empírico. Para orientar as entrevistas, esbocei um roteiro semi-estruturado, com perguntas que me guiaram nas conversas, mas que deixavam margens para outros questionamentos que surgissem nos encontros. Em poucas situações me conduzi fielmente pelo roteiro.

A proposta inicial era entrevistar entre 5 e 10 mulheres, número que durante o campo foi ampliado para 15. Para a definição sobre quando encerrar as entrevista foram consideradas as recomendações de Maria Cecília de Souza Minayo (2017), que nos diz que na pesquisa qualitativa devemos vincular a definição do número de participantes “à dimensão do objeto (ou da pergunta) que, por sua vez, se articula com a escolha do grupo ou dos grupos a serem entrevistados e acompanhados por observação participante” (p. 4).

Baseada em Norbert Elias, Minayo (2017) traz a ideia de que “a entrevista com alguém de um grupo é, ao mesmo tempo, um depoimento pessoal e

coletivo” (p. 3), já que “as relações entre os indivíduos ocorrem sempre de maneira interdependente, ou seja, conformando identidades pessoais e sociais” (p.2). Entendo, que as mulheres ouvidas nesta pesquisa não representam apenas suas convicções, mas também as concepções dos diferentes espaços e instituições. Essa foi a ideia que orientou a definição do perfil das mulheres a serem entrevistadas. Eu queria ouvir o que tinham a dizer as ativistas, mulheres que se destacavam nas suas atuações sociais e estavam ali representando seus grupos. A intenção era mostrar os significados, ideias e relações presentes entre quem pensa e propõe pautas sobre o tema, o que é produzido e considerado no debate.

Para analisar este material, foi escolhido o Método de Interpretação de Sentidos, segundo Romeu Gomes (1994, 2005, 2012, 2016)²⁴, uma vez que tal caminho busca avançar no exercício interpretativo para “além dos conteúdos de textos, na direção de seus contextos e revelando as lógicas e as explicações mais abrangentes presentes numa determinada cultura acerca de um determinado tema” (GOMES, 2012, p .94). Nesta proposta metodológica não há fronteiras definidas que separam a construção de informações, início do processo de análise e a interpretação, uma vez que as interpretações acontecerão de modo diferente para as pessoas, de acordo com significações socialmente estabelecidas previamente.

O método trabalhado por Gomes (2012) é baseado “em princípios hermenêutico-dialéticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e interrelações entre grupos e instituições” (p. 2591), o que significaria considerar não apenas as entrevistas, mas o contexto e todo o arcabouço concebido a partir da observação participante. O autor afirma que é preciso ter claro, ao se utilizar esta metodologia interpretativa, que “não há consenso e nem ponto de chegada no processo de produção do conhecimento” e que “a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta” (GOMES, 1994,

²⁴ Utilizo aqui as duas versões de Gomes no livro de Minayo. Apesar do artigo de 1994 ter sido revisto e atualizado em 2016, há partes do texto mais antigo que me pareceram essenciais para serem trazidos para esta presente análise.

p.77). Dessa forma, os resultados produzidos por uma pesquisa serão sempre uma aproximação da realidade social.

Para realizar a metodologia de maneira adequada, seguimos o roteiro proposto por Gomes (2016) que consiste em três etapas:

- 1) Leitura compreensiva do material selecionado: de modo a obter a visão de conjunto e observar as particularidades do material de pesquisa.
- 2) Exploração do material: observar o que está implícito nas falas, o que está nos subtextos. Além disso passamos a identificar temas comuns e os sentidos atribuídos às ideias.
- 3) Elaboração de síntese interpretativa: a partir dos apontamentos feitos anteriormente, partimos para identificar como as ideias dialogavam entre si e com o material teórico, além de identificar outros temas que não eram conhecidos e buscar informações de outros estudos sobre o assunto.

Um ponto importante a ser considerado na análise é o processo inferencial. Gomes (2016) aponta que “fazemos inferência quando deduzimos de maneira lógica algo do conteúdo que está sendo analisado” e que para isso devemos partir de premissas já aceitas a partir de outros estudos acerca do assunto que estamos analisando” (p.81).

Utilizando referenciais do campo da análise literária, Ferreira e Dias (2004) propõe que o processo de produção de sentidos seja entendido como meio que permite a “organização de sentidos elaborados pelos indivíduos na relação com o texto” (p. 441). Sob essa perspectiva, o processo inferencial tem participação ativa do intérprete e não acontece a partir de relações aleatórias que ele faz, mas do “encontro-confronto” daquele que escreveu, (ou leu, no caso desta pesquisa) e daquele que lê (interpreta). O conhecimento geral deste segundo é essencial para observar para além dos elementos superficiais e construir sentidos mais aprofundados do texto.

Assim, a participação nos espaços de discussão, as leituras presentes no marco teórico sobre o universo dos temas aqui debatidos, são fundamentais para viabilizar o surgimento de novas compreensões e conclusões sobre os sentidos e relações apresentados ao longo da análise e interpretação. Gomes aponta ainda que “fazemos inferência quando deduzimos de maneira lógica algo do conteúdo que está sendo analisado” e que para isso devemos partir de

premissas já aceitas a partir de outros estudos acerca do assunto que estamos analisando” (2016, p.81)

A partir dessa percepção, compreendemos que as entrevistas podem se revelar a cada nova leitura e que as respostas das participantes são vivas ao longo da produção desta dissertação. Entendemos ainda que as entrevistas, aliadas às trocas em diferentes espaços e situações, possibilitaram “encontros etnográficos” (OLIVEIRA, 1995, 1996), adotarei a partir daqui a expressão *interlocutoras*, e não apenas entrevistadas, para me referir as participantes desta pesquisa.

2.1 BREVES NOTAS SOBRE AS ENCRUZILHADA DO CAMPO

Dia 23 de novembro de 2018. Entre uma série de anotações do evento que participava, no canto direito da página, escrevi uma frase que me chamou a atenção, “é um momento de mobilizar as mulheres por seus direitos”. Ela foi dita por Fernanda Lopes, doutora em saúde pública pela Universidade de São Paulo e membro do Grupo Temático Racismo e Saúde da Abrasco²⁵. Na ocasião, ela falava sobre Justiça Sexual e Reprodutiva em uma oficina promovida pela organização Criola. Fernanda foi uma das mulheres mais indicadas por minhas interlocutoras quando eu perguntava se elas queriam recomendar alguém para participar da minha pesquisa. Nesse dia também cruzei com outras cinco – na época, possíveis – entrevistadas. O evento era uma oficina para “20 mulheres ativistas, estudiosas e especialistas no tema ou envolvidas com as questões da saúde da mulher e da população negra” (Diário de Campo). Fernanda abriu a parte da tarde com uma fala sobre a “Consolidação dos conceitos de Justiça Sexual e Justiça Reprodutiva como estratégia para a efetivação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos para as mulheres negras”. Foi a primeira vez que eu ouvi alguém discutindo sobre justiça reprodutiva.

Este foi um dos eventos²⁶ que participei entre 2018 e 2019 buscando me aproximar do cenário de discussões sobre questões raciais, saúde da mulher

²⁵ Associação Brasileira de Saúde Coletiva. <https://www.abrasco.org.br/>

²⁶ Destaco alguns: JUNHO/2018: Agenda Laranja: Violência Institucional Racismo e Mortalidade Materna, promovido pelo IFF/Fiocruz; JULHO/2018: Reunião do Comitê Técnico de Saúde da

negra (incluindo a saúde sexual e reprodutiva), e violência obstétrica, temas basilares para esse trabalho. Ouvir muitas e diferentes mulheres falando sobre estes assuntos, suas experiências pessoais, profissionais e de ativismo foram cruciais para que eu pudesse vislumbrar o que eu gostaria de contar nas páginas desta dissertação. Contribuíram também para a identificação de algumas das primeiras interlocutoras a serem entrevistadas. Dentre os espaços e coletivos que foram estratégicos neste processo esteve o evento voltado para ativistas de Criola, e as reuniões do CTSPN do Rio de Janeiro. Estar presente em diversos encontros do CTSPN possibilitou que eu articulasse informações, nomes e identificasse várias mulheres que poderiam ser convidadas a fazer parte da pesquisa.

Mas quem seriam estas ativistas, e que critério faria com que eu escolhesse algumas dentre tantas outras mulheres? Essas eram perguntas que vibravam a cada novo nome ou espaço que eu frequentava. Optei por concentrar minha escolha em mulheres que eram lembradas por sua participação e atuação em espaços que debatiam os temas centrais desta pesquisa, mas também por serem reconhecidas por outras mulheres a quem eu apresentava a proposta deste trabalho. A partir do encadeamento das indicações e minhas observações, foi se definindo o perfil de mulheres cujas atuações ocorriam em espaços de repercussão micro e macro políticos: comitês, organizações sociais, órgãos governamentais e instituições acadêmicas. Com o desenvolvimento do projeto, especialmente da constituição do marco teórico conceitual, defini que trataria

População Negra do município do Rio de Janeiro (acompanhamento virtual das discussões nos meses seguintes) e, 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; AGOSTO/2018: Direito à Saúde e seus Aversos – Racismo Institucional e Mortalidade Materna, curso realizado pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro; OUTUBRO/2018: Ciclo de debate – Racismo: a Saúde da Mulher Negra, realizado pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra; NOVENBRO/2018: Oficina Ampliando Capacidades para a Defesa dos Direitos Humanos, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de Adolescentes, Jovens e Mulheres Negras, realizado pela Criola com apoio da UNFPA Brasil; e Vidas negras: Saúde e Resistências, promovido pelo Centro de Estudos Miguel Murat de Vasconcellos da Escola Nacional de Saúde Pública (CEENSP); MAIO/2019: Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro; Jornada Mulheres Negras e Direitos Sexuais e Reprodutivos: consolidando o conceito de Justiça Reprodutiva no Brasil (Criola); Convenção Nacional de Doulas – CONADOULA Rio 2019; SETEMBRO/2019: Capacitação e Violência Obstétrica, pela Sifrá Parteria (equipe de parto domiciliar); OUTUBRO/2019: aula Direitos Humanos e a Luta Antirracista, ministrada por Lúcia Xavier na disciplina Expressões do Racismo, na ENSP; NOVENBRO/2019: Seminário 10 anos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Falando de Transversalidades. De onde partimos para onde queremos caminhar. Ao longo de 2019 participei de reuniões do Comitê de Saúde da População Negra nos meses de abril, maio, junho, julho, novembro e dezembro.

essas mulheres como ativistas uma vez que, para além de representações institucionais, o tratamento sobre o olhar pessoal, e o que movia a atuação pessoal delas em relação aos temas aqui debatidos, contribuíam na construção da pesquisa. A partir da observação do campo ao longo de 2018 identifiquei cinco nomes, que serão apresentados mais à frente. Essas cinco interlocutoras iniciais, me conduziram a outras que vieram a compor o grupo de participantes do estudo.

Elegi o estado do Rio de Janeiro como território limite em que eu me encontraria com as interlocutoras, já que pretendia que as entrevistas fossem presenciais, mesmo entendendo que a atuação dessas mulheres tem repercussões que vão além de delimitações geográficas. Não se tratava apenas das respostas dadas, mas do contexto, do encontro, do acompanhamento feito com essas mulheres. As indicações acabaram me levando a mulheres atuantes principalmente na capital, mas a outras cidades da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, como Nova Iguaçu, Niterói e São Gonçalo.

A cada indicação, passei a pesquisar nas redes sociais e na internet referências e citações sobre essas mulheres, ou mesmo manifestações que as relacionassem aos temas propostos. Entre as indicadas esse foi um importante filtro, uma vez que algumas das interlocutoras sugeriram mulheres por acreditar que elas poderiam debater o assunto racismo e violência obstétrica, mas não necessariamente sobre a agenda delas ou suas pautas.

Sobre as entrevistas, elas duraram em média 50 minutos. Iniciavam com perguntas para caracterizar as interlocutoras, suas trajetórias profissionais e participações sociais. As respostas a estas perguntas revelaram hipóteses que eu tinha sobre ligações entre religiosidade e saúde, e que eram bem mais profundas do que eu pensava. Nas entrevistas observei que o sentido de missão que essas mulheres traziam estava mais associado a noção de ancestralidade do que a espiritualidade ou práticas religiosas desenvolvidas por elas. As perguntas iniciais revelaram também que elas se autoidentificavam como pretas, e apenas três delas indicaram negra para apontar sua cor. Nenhuma delas utilizou o termo parda, usado por órgãos oficiais e controverso em muitos espaços de discussões sobre negritude. Identifiquei ainda que todas possuíam graduação e poucas não citaram algum tipo de pós-graduação. Quatro delas não

tinham filhos; e outras quatro citaram ter passado por situações de violência obstétrica. Porém, essa experiência não foi necessariamente associada ao engajamento delas com essa pauta.

Todas as mulheres entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tiveram a opção de anonimato e utilização de codinomes para a citação ao longo do texto, para aquelas que optaram por tal recurso. Elas receberam as entrevistas transcritas via e-mail. Apenas duas pediram pequenas correções no texto, e uma solicitou o anonimato após a entrevista, ao aprovar o texto via e-mail.

3 HISTÓRIAS CRUZADAS: OS ENCONTROS COM AS INTERLOCUTORAS

O Rio de Janeiro para mim é um mistério. Quando perguntam se eu gosto de viver aqui, algo muito comum ao longo destes três anos, me habituei a responder que tenho uma relação de amor e ódio. Lembro de um dia, em meados de 2017, quando fui para uma entrevista de emprego e na volta peguei um ônibus em um ponto qualquer da Lagoa Rodrigo de Freitas. Eu não tinha mais dinheiro, havia sido reprovada na primeira tentativa de mestrado, os empregos pareciam cada vez mais difíceis, dado o momento de recessão do país, trabalhar em comunicação havia deixado de ser a prioridade – a entrevista, inclusive, era para ser caixa de uma pequena loja pop-up de comida. Mas quando o ônibus começou a andar e eu vi aquele sol de início de tarde atrás das montanhas e refletido na Lagoa, sorri e pensei que, mesmo numa situação que não era a ideal, eu estava no Rio de Janeiro, essa cidade que mesmo sem planejamento, consegue ser tão sedutora em suas curvas e paisagens. O amor me fez pensar assim.

Nessa época eu morava no Rio Comprido, e dormi muitas vezes ouvindo os tiros que anunciavam alguma disputa pelo tráfico ou que a polícia estava subindo os morros da região. Meu sotaque com os erres acentuados de uma paranaense, me revelavam facilmente como uma estrangeira nestas terras. Para além disso, tinham as experiências de pensar o corpo negro nessa cidade: eram os meus iguais que morriam quando seus guarda-chuvas eram confundidos com metralhadoras. Esse tipo de coisa fazia meu coração endurecer.

Quando eu pensava sobre meu papel como futura pesquisadora, a “cidade maravilhosa” me mostrava muitas possibilidades. Havia um Comitê de Saúde da População Negra, um dos poucos existentes no país e que ajudam a pensar como a cidade vê a saúde de sua população. No Rio nasceu Criola. Aqui fui a tantos eventos e conheci tantas mulheres negras que me faziam repensar meu papel como jornalista, mulher negra, militante. Aliás, eu realmente militava? Ou será que eu estava mais para ativista? A vontade de discutir saúde sexual e reprodutiva das mulheres me fazia apenas pesquisadora, uma curiosa ou uma ativista? Enquanto eu tentava me entender nesse universo, eu também tentava entender o papel dessas mulheres que ia ouvindo, lendo, conhecendo. Que percurso às levou ao lugar de onde falavam? Como as diferentes gerações

conversavam – e se conversavam –, onde cada uma se enxergavam e como elas acabavam se encontrando em torno de uma pauta comum.

Ao longo do mestrado, identifiquei algumas mulheres que me pareciam essenciais para iniciar essa conversa. Eram cinco mulheres que eu encontrava em eventos, que estavam a frente de atividades e organizações, ou foram indicadas por pessoas com quem eu comentava sobre meu projeto. Trouxe para este texto 14 interlocutoras. Elas compartilharam suas histórias, suas percepções e ideias num período entre junho e setembro de 2019. Meu encontro com cada uma e suas histórias será brevemente apresentado aqui, com o propósito de caracterizá-las a partir dos encontros. Antes, porém, necessito apresentar duas personagens que farão parte destes textos e o motivo de estarem aqui.

Quando decidi entrevistar mulheres que são reconhecidas por suas atuações políticas, me pareceu válido perguntar se elas gostariam ou não ser identificadas. Apenas duas delas optaram por não ter sua identidade revelada. Dessa forma, os seus nomes foram substituídos por nomes de outras duas mulheres icônicas, presentes na história desse país, mesmo que estejam fora dos livros usados para nos ensinar na escola. Elegi dois nomes que, de alguma forma, me parecem ter alguma ligação com minhas interlocutoras:

- *Luíza Mahin* foi uma mulher ex-escravizada, sobre a qual não se sabe exatamente a origem. Pode ter nascido em África, mas há quem fale que nasceu na Bahia. Comprou sua liberdade e tornou-se quituteira nas ruas de Salvador. Sua função facilitava a articulação com os escravizados para a realização de revoltas em busca de liberdade. É um dos principais nomes da Revolta dos Malês, em 1835, e dois anos depois teve participação na Sabinada, ambos levantes ocorridos na Bahia. Por articular grupos negros que pretendiam um novo olhar para seu povo, Luíza será o nome adotado para nos referirmos à médica que ajudou a fundar o coletivo de médicos negros, o NegreX²⁷.

- *Maria Odília Teixeira*, no ano de 1909 essa baiana recebeu seu diploma de medicina. Foi a primeira mulher a formar-se médica no Brasil - antes dela, apenas sete mulheres brancas haviam conseguido esse feito -, Maria Odília foi

²⁷ Coletivo de estudantes de medicina e médicos negros que pautam a temática racial dentro da medicina. <https://coletivonegrex.com.br/> Acesso em: 12 ago 2019.

também a primeira professora negra da Faculdade de Medicina da Bahia, onde lecionou Clínica Obstétrica. A medicina e a obstetrícia ligam Maria Odília à entrevistada que levará seu nome.

Catorze mulheres foram selecionadas a partir de minha inserção no campo e das indicações das entrevistadas. A escolha destes nomes iniciais me pareceu acertada quando, ao fazer um gráfico de indicações, estes mesmos nomes foram sugeridos por outras interlocutoras.

Algumas delas são pessoas públicas, mulheres que, de alguma forma, estavam a frente de espaços, representando grupos, coletivos, mobilizando pautas de discussões afins com o objeto da dissertação. Outras eram reconhecidas por seus pares, mas consideravam suas ações como parte da “micropolítica”, como algumas delas nomearam.

Apresento inicialmente as cinco primeiras escolhidas. Um pouco de suas histórias, de meu encontro e os motivos que me levaram a convidá-las a participar como informantes da pesquisa. A seguir, introduzo as demais, obedecendo a ordem em que as entrevistei. Todas as frases ditas por elas durante as entrevistas serão grafadas entre aspas e em itálico.

Louise Silva – Coordenadora executiva do CTSPN

Conheci Louise em junho de 2018, quando ela participou de uma mesa sobre Violência Institucional, Racismo e Mortalidade Materna, dentro da Agenda Laranja, evento promovido pelo IFF. Voltei a vê-la no mês seguinte, na reunião do CTSPN. Desde a criação, ela é sua coordenadora executiva. Passei a encontrá-la mensalmente nas reuniões do Comitê e em outros eventos. Percebi que nos diferentes espaços que a acompanhei, sua participação no Comitê vinha sempre antes da referência profissional, na Secretaria municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS), onde atua desde 1990, sendo que, por vezes, essa sequer era citada. Segundo ela, isso possibilitava adotar outras posturas que a representação da secretaria não daria oportunidade. Foi num encontro da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro que a convidei para participar da pesquisa. Uma semana depois estávamos almoçando juntas enquanto ela me contava sua história.

Formada em enfermagem, Louise trabalhava na Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde e, recentemente, foi transferida para a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, na área de Hospitais de Urgências, Maternidades e Hospitais Pediátricos. Do tempo que estava na Vigilância, entretanto, ficaram as marcas de anos trabalhando com os números da mortalidade materna, sua pauta de luta. Mas sua atuação pela saúde das mulheres também tinha outra demanda, a religiosa, *“uma vez me disseram que eu vim para cá para fazer alguma coisa e que eu ia descobrir o que era”*, revelou, para logo em seguida contar, *“e depois eu descobri que era isso”*.

Louise tem um semblante tranquilo e calmo. A voz é doce e calma, contida no modo de falar. Aos 59 anos, diz que aprendeu a falar as maiores barbaridades para poder convencer ou mostrar como, de fato, o povo negro é tratado. Articulada, consegue transformar dados epidemiológicos sobre a mortalidade materna de mulheres em dados inteligíveis e de fácil análise. Após a aposentadoria, diz que deve voltar a usar a voz para o outro prazer que ficou adormecido: o canto.

Ariana dos Santos – Parteira e coordenadora do coletivo Sankofa

A entrevista com Ariana, marcada para uma manhã do início de julho, teve que ser remarcada por conta de um parto que ela assistia e avançou a madrugada. Agendamos então, para dez dias depois, no Museu da República. Esse, porém, não foi nosso primeiro encontro.

Da primeira vez, entrei em contato com ela e marcamos uma conversa para eu conhecer seu trabalho e entender por que seu nome ser sempre citado quando eu contava sobre o meu projeto de pesquisa. *“Enquanto a mulher está preocupada com a luz da sala, a mulher preta está sendo cortada sem anestesia. A violência é mais séria e precisa ser batida por conta desse viés”*. Essa foi uma de suas afirmações que mais me marcou. Em sua entrevista, oito meses depois do primeiro contato, a parteira – como prefere ser chamada – contou que a infância em São Gonçalo, a residência em obstetrícia e a atuação profissional despertaram nela seu *“engajamento”*.

As experiências, articuladas, fizeram com que ela criasse o grupo de parteiras voltado para mulheres periféricas e negras. *“O Sankofa²⁸ surge de um movimento individual meu de entender que existe sempre alguma coisa que pode ser feita, eu fiz o que dava para fazer”*. O grupo começou em março de 2018. Além das várias atividades de atendimento, criaram uma roda de conversa chamada “Parteiras convidam” que acompanhei em algumas edições. Ariana atuava ainda como enfermeira na Casa de Parto David Capistrano²⁹.

Aos 36 anos, mestranda pelo Instituto de Medicina Social, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), possui residência em obstetrícia e especializações, em Saúde da Família e Gênero, também pela UERJ, e em Sexualidade e Direitos Humanos, pela Fiocruz. Sempre com pesquisas relacionadas a mulheres, no mestrado não era diferente: a agência feminina individual, *“um pouco do que eu vivi”*.

Isabel Cruz – professora titular de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense e coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Etnia Negra

Uma voz firme e uma fala rápida, direta e, por vezes até irônica, me chamou atenção em Isabel. Sempre que a encontrei, ela pautava questões a partir da agenda da PNSIPN. Conversamos pela primeira vez, em agosto de 2018, em um evento da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro sobre Racismo Institucional e Mortalidade Materna. Na ocasião me apresentei, falei brevemente sobre minha proposta e pedi a colaboração dela com indicações de textos ou mesmo de mulheres para as entrevistas. Inicialmente pensamos, eu e minhas orientadoras, em chamá-la para a banca de qualificação, porém ao acompanhar suas participações nos eventos e considerando sua participação na

²⁸ “Grupo de parteiras negras que trabalha em prol do atendimento pré-natal e do parto domiciliar ou hospitalar respeitoso e baseado em evidências. A proposta é levar esse tipo de cuidado a mulheres invisibilizadas por sua condição social e sua raça, às quais esse tipo de serviço não é oferecido”. Disponível em: www.facebook.com/sankofaatendimentogestacional/. Acesso em: 11 dez. 2019.

²⁹ A Casa de Parto David Capistrano é a única casa de parto em funcionamento no Rio de Janeiro. Localizada em Realengo, Zona Oeste da capital, o local funciona desde 2004 e para parir ali a gestação deve ser de risco habitual e a família deve fazer o acompanhamento pré-natal e participar das atividades propostas pelo espaço. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=4660027>. Acesso em: 23 dez. 2019.

construção da PNSIPN, percebemos que talvez fosse mais interessante tê-la como interlocutora.

Professora titular da Universidade Federal Fluminense, Isabel sempre tem algo a dizer durante as reuniões do CTSPN. *“É um comitê que eu admiro, não só pelo seu pioneirismo, mas por ele também ser aberto, tanto aqueles que são membros efetivos, mas de acolher outros - uma pessoa autônoma como eu fica muito à vontade”*, disse em nosso encontro.

Passei a observar mais atentamente suas participações nas reuniões do CTSPN, e percebi que havia uma afirmação que lhe era recorrente: a de que o que chega primeiro no serviço de saúde é a cor: *“A minha frente principal de luta é a Saúde da População Negra”*, frisou enquanto conversávamos. Ácida e profícua nas palavras, Isabel me provocou em pouco mais de 50 minutos de entrevista. O suficiente para me deixar pensativa por muito mais tempo.

Janaína Gentili – Doula e advogada

“Eu sou filha da violência obstétrica!”. Foi essa frase que me fez pensar em Janaína para participar da pesquisa. Até ouvir essa afirmativa – e talvez até agora – eu não havia ouvido alguém pronunciar-se dessa forma. Sua fala aconteceu em uma roda de troca de experiências sobre parto, direitos das mulheres e protagonismo do próprio corpo durante o Festival Mulheres do Mundo (WOW), em novembro de 2018³⁰.

Já conhecia Janaína do curso de Doulas que frequentei no período do mestrado. Era ela uma das responsáveis pelas aulas sobre Racismo Institucional e Violência Obstétrica, que me chamaram a atenção logo li o planejamento do curso. Por diversas vezes, ao longo das aulas, suas falas pautavam as condições as quais as mulheres eram submetidas em seus partos e gestações por serem negras. Mas foi a partir da frase no Festival WOW que me pareceu interessante ouvir sua fala como *“filha da violência obstétrica”*.

³⁰ O Festival Mulheres do Mundo (WOW, sigla de Women of the World: The Festival) aconteceu pela primeira vez em 2010, em Londres, por ocasião do centenário do Dia Internacional da Mulher. Em novembro de 2018 a América Latina ganhou sua primeira edição do festival, no Rio de Janeiro, onde mulheres de todo o mundo se reuniram para contar suas histórias, inspirar, debater, registrar e reconhecer a atuação de mulheres e meninas ao longo da história da humanidade. Disponível em: http://www.portomaravilhario.com.br/conteudo/noticias/WOW_programacao.pdf. Acesso em: 25 de dez. 2019.

Sua entrevista foi realizada em dois encontros. No primeiro deles, Janaína contou sua história, como se tornou ativista, como entrou para o mundo da doulagem, sobre a Convenção de Doulas onde conduziu a mesa sobre racismo estrutural e falou o que pensava sobre o papel das doulas brancas neste cenário. O segundo encontro aconteceu em um dos escritórios que a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) disponibiliza para seus profissionais. Ela falou sobre sua participação na Audiência Pública sobre Violência Obstétrica, na Câmara dos Deputados e as disputas em torno do termo; a tentativa de equilíbrio ao ser ativista dado que *“o outro lado é extremista demais”*, e os desafios ao abordar o tema do racismo e violência obstétrica.

Lúcia Xavier – Coordenadora de Criola

Foram alguns meses até eu conseguir realizar a entrevista com Lúcia. Inicialmente o desafio foi pela admiração que eu já por ela, que se mostrou como uma barreira pessoal. Como eu tinha uma expectativa para esse momento, queria ter vivido a experiência de ter feito outras entrevistas. O segundo desafio foi conseguir um espaço em sua agenda.

Eu já a conhecia, pois havia sido apresentada a ela durante um evento no IFF, ocasião em que lhe falei brevemente sobre a proposta de meu projeto. Um comentário dela ao meu objeto me deixou sem chão por alguns segundos: para ela não havia violência obstétrica, o que se passava com as mulheres negras tratava-se de racismo.

De alguma maneira, as histórias de Lúcia e Criola se confundem desde a fundação da organização. Quase 30 anos de história, pois Lúcia foi uma de suas fundadoras em 1992. Por isso, na entrevista, quando perguntei a quais agendas ela se sentia vinculada, a resposta começou com *“Criola continua com a mesma agenda...”*. Questionei novamente se havia outras agendas fora do escopo da organização e ela afirmou que sua atuação política era muito cercada das ações de Criola³¹. Mas falou um pouco mais quando disse: *“às vezes tenho uma*

³¹ As ações referidas por Lúcia abordavam direitos sexuais e reprodutivos, passando pela saúde, pela mortalidade, e pautando também as dinâmicas relacionadas a Justiça Reprodutiva; pensando o racismo institucionalizado nos processos de aprisionamento e no acesso à justiça. Também havia ações sendo desenvolvidas voltadas para a formação sobre racismo e a situação das mulheres, a partir do pensamento das mulheres. Todas essas ações a partir do marco dos Direitos Humanos.

militância religiosa, porque sou do candomblé, mas toda minha ação parte daqui”, para continuar, “tenho muita inserção do movimento LGBT, mas não é o tema da Criola, o nosso tema tem a ver com mulheres trans, mulheres travestis”, e logo em seguida finalizar com “tudo o que afeta as mulheres negras a gente tenta incorporar nas dinâmicas de luta”.

Passei a participar dos eventos promovidos por Criola, especialmente aqueles que falavam sobre Justiça Sexual e Reprodutiva, algo que, até então, eu havia ouvido falar poucas vezes, e que se tornou importante para que eu compreendesse o que Lúcia me falava desde o nosso primeiro encontro.

Além das cinco interlocutoras iniciais, outras nove mulheres têm suas vozes abordadas neste trabalho. Cheguei a elas através das indicações que pedia no fim de cada entrevista. Aqui elas são apresentadas na ordem em que foram entrevistadas:

Thais Ferreira – Artivista e empreendedora social no Mãe&Mais

As entrevistas me proporcionaram sensações que há tempos não sentia. Fui até Vaz Lobo encontrar Thaís e pensei sobre referências da minha infância no Paraná, memórias que se confundem com idealizações sobre a vida no interior e nos subúrbios cariocas. Vaz Lobo foi apenas um dos locais nos quais a periferia renasceu em mim ao longo dessa dissertação.

Conversei com Thais no quintal da casa dela, numa manhã de quinta-feira do mês de julho. Consegui agendar a entrevista no meio de suas férias como assessora parlamentar na Assembleia Legislativa de São Paulo, experiência que tomava a maior parte de seu tempo desde o início de 2018. Sua experiência à frente do Mãe&Mais³², um negócio social que discute saúde da mulher e da criança com atendimento de baixo custo e com foco nas classes C, D e E, certamente contou para que assumisse essa função em São Paulo, que tinha foco na primeira infância. Indicada por Ariana pelo seu trabalho à frente o Mãe&Mais, Thais, que prefere se autointitular artivista, narrou sua história e suas

³² www.facebook.com/maeemaisbr/. Acesso em: 12 dez 2019.

perspectivas com muita serenidade na voz, ao mesmo tempo que contava suas experiências que pareciam ir muito além de seus 31 anos.

Para ela, a potência da periferia e do povo negro aparece pouco porque há um investimento para que isso não aconteça. *“Eles colocam a gente como as pessoas que eles podem movimentar da forma que eles querem”*, afirmou. E antes mesmo que eu perguntasse quem seriam eles, ela indicou *“a gente tem que falar que é o estado, que é a política”*. O ativismo cotidiano em diversas frentes, aliado ao reconhecimento da potência de suas experiências, e necessidade de transformação, a levou a uma candidatura como deputada estadual em 2018. Mesmo sem investimentos, quase conseguiu eleger-se. *“A gente sempre tem que dar jeito pela gente. Se a gente ficar esperando resolvidor de problema, vamos continuar recebendo assistencialismo que não funciona”*, apontou.

Jacqueline Torres – Enfermeira obstétrica, ex-coordenadora do projeto Parto Adequado

A atuação de Jacqueline a frente do Projeto Parto Adequado³³, uma iniciativa em parceria da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement*³⁴ (IHI), com o apoio do MS, foi um chamariz para que eu pensasse em convidá-la para participar da pesquisa. Logo em seguida seu nome foi apontado por Ariana, o que confirmou que seria interessante ouvi-la.

Jacqueline é enfermeira obstétrica e servidora pública da ANS, mas quando conversamos, estava de licença para participar de um projeto da IHI em Moçambique. Segundo ela, foi sua atuação no Parto Adequado relacionado às questões raciais que a levaram a receber esse convite. O debate sobre saúde da mulher negra foi aprofundado com sua atuação no Parto Adequado, mas antes disso, ela viveu uma experiência que a mobilizou: *“Eu passei por uma situação de urgência, e me dei conta de que eu não morri por conta do privilégio*

³³ O projeto Parto Adequado foi criado em 2015 após o Ministério Público federal cobrar da ANS ações efetivas para a redução do elevado número de cesáreas realizadas desnecessariamente no setor suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/parto-adequado>. Acesso em: 24 dez. 2019.

³⁴ www.ihl.org/ Acesso em: 12 dez 2019.

branco que eu pude usufruir das pessoas que estavam comigo". Uma gravidez tubária a levou a precisar de um atendimento de emergência em uma cidade no interior do estado e, ela afirmou que, poderia ter tido um desfecho diferente se não fosse a influência das pessoas ao seu redor.

Antes disso, porém, a saúde da mulher sempre foi uma de suas pautas. Para ela, não apenas uma pauta, *"ela veio com uma missão na minha vida"*. A atuação contra o racismo surgiu com o nascimento do filho, mais especificamente, a partir da discussão sobre uma educação antirracista. Para ela, a questão racial estava só começando no Parto Adequado sobre mulheres está apenas começando. *"Se a meta é reduzir morte materna, não tem como a gente falar redução de morte materna sem falar de racismo institucional"*, indicou.

Maria Odília Teixeira – Médica e participante do NegreX

Duas médicas foram entrevistadas para essa pesquisa. A primeira delas foi Maria Odília Teixeira, uma médica que conheci em um evento de Criola, em 2018, para ativistas sobre direitos sexuais e reprodutivos. Passei a acompanhar seu perfil no Instagram e vi que ela falava sobre as violações do corpo negro.

A encontrei em meio a um de seus plantões em um hospital, onde ela atua como obstetra, no início do mês de setembro de 2019. Foi quando ela me contou que a medicina apareceu ainda na infância, quando viu imagens de um parto em uma revista. Depois de adulta encontrou outra ligação: bisavó e tataravó haviam sido parteiras, assim como outras mulheres da família que vieram antes delas, e também ocuparam a mesma função, *"nossa a gente vinha de uma linhagem de mulheres que atuavam no parto"*. Para ela um chamado da ancestralidade que soube após terminar a residência, dando sentido a vontade que apareceu ainda na infância.

Durante nossa conversa, Maria Odília citou as disputas corporativas que cercam o debate entre o parto e nascimento que estava progredindo, *"até essa onda retrógrada que o país inteiro entrou"*. Para ela há *"muita luta corporativa dentro desse debate"*, entre as diferentes profissões da saúde, fugindo do debate que deveria ser focado na *"atenção integral à mulher e ao parto adequado"*, e que acabam se concentrando entre fazer ou não cesarianas. Mas reconhece que o debate sobre violência está trazendo algo benéfico entre seus colegas de

profissão, a preocupação sobre estar ou não cometendo violência obstétrica. *“Antigamente não se via muito ninguém nem se preocupando com isso”,* lembrou.

Para a médica, essas disputas revelam outro ponto: a falta de informação adequada das gestantes, bem como das mulheres sobre questões reprodutivas. *“Uma educação que deveria vir de muito antes do trabalho em parto. Ela deveria ter uma educação e saúde sexual e reprodutiva que ela entendesse o corpo dela”,* disse.

Falou ainda sobre sua atuação. Disse que tem se envolvido em poucos projetos pela falta de tempo, mas destacou o NegreX como um dos principais espaços de ação. E contou como a sua participação em diferentes espaços, passou a ser uma forma de ativismo.

Fátima Cidade – Movimento de Mulheres de São Gonçalo

De repente olhei para o lado e vi uma mulher fantasiada de gestante desfilando nas ruas de Copacabana, durante a Marcha das Mulheres Negras de 2019. Era Fátima dos Santos - ou Fátima Cidade, como é mais conhecida – vestida de “Peregrina”, um personagem que ela assume desde 2008 quando a situação exige (como nas manifestações pela abertura de maternidades ou contra o fechamento delas). O objetivo é lembrar as peregrinações que algumas gestantes são submetidas quando entram em trabalho de parto. Esta seria, para a enfermeira, uma das piores violências, já que ela pode iniciar uma série de outras e levarem a morte da mãe ou do bebê. Quando pergunto sobre as mudanças nesses 11 anos de personagem, ela afirma: *“A diferença é que eles não escrevem mais no braço da mulher”*³⁵.

Fátima é representante do Movimento de Mulheres de São Gonçalo no Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDIM). Em seu município, ela é uma das coordenadoras da roda de Conversa com gestantes, amigas e

³⁵ Em 2009, uma mulher chegou em trabalho de parto no Hospital Miguel Couto, no bairro da Gávea, no Rio de Janeiro. O médico que a atendeu afirmou que não podia ficar com ela ali pois não havia vaga e indicou a maternidade Fernando Magalhães, em São Cristóvão, para ela ir. Sem papel, escreveu com uma caneta o endereço e ônibus que ela deveria pegar para chegar ao local em seu braço. O médico foi demitido em 2011, e a Justiça ordenou o pagamento de uma indenização de R\$ 20 mil à mulher somente no ano de 2016. Disponível em: <https://glo.bo/2We1kCd> Acesso em: 17 nov. 2019.

familiares. Essa atividade, que existe há cinco anos, é realizada voluntariamente. Foram as experiências de anos acompanhando partos que a levaram a atuar na atenção às mulheres e buscar prepará-las para que este pudesse ser um momento melhor. Mas ficou muito nítido em sua fala que ainda há muito para ser feito, e um dos caminhos é preparando quem está chegando, ao se referir ao trabalho com novas gerações de profissionais de saúde. *“A gente não tá fazendo escola, a gente tá deixando um legado”*, afirmou depois de contar as situações ocorridas com as estudantes de enfermagem que trabalham ao seu lado.

Paula Inara – Servidora Pública e vice-secretária executiva da ADoulas

Quando entrei em contato com Paula para conversar sobre a entrevista, no minuto seguinte ela me respondeu que estava à disposição, que seria um prazer colaborar com a academia, afinal, era necessário estar em todos os espaços, e destacou, *“falou em mulheres negras e ativismo, caio de cabeça!”*.

“Descobri uma vocação, descobri um trabalho, eu quero passar o resto da vida fazendo isso”, contou ela sobre como percebeu que seria doula. Mas até compreender a doulagem como outra ocupação, ela experimentou muitas coisas: graduou-se em Tecnologia da Informação, fez pós-graduação em Gestão Hospitalar e MBA em Gestão Empresarial. Na ocasião de nosso encontro, além de atuar como doula, era servidora pública, chefe de compras da companhia de desenvolvimento de seu município. Ela era, também, vice-secretária executiva da ADoulas.

Paula disse que, quando se viu gestante, sentiu-se saindo da bolha e compreendeu sua posição como mulher e mãe. Percebeu que, apesar de ter conseguido mobilidade social, ainda havia muitas mulheres que não conseguiam vislumbrar para suas vidas partos mais respeitosos por questão de cor e classe social. *“Nem todas as mulheres negras têm acesso as coisas que eu tenho acesso. (...) Eu não estava olhando para o lado, eu estava pensando em mim, concentrada em mim, e aí eu comecei a olhar e vi: a gente tem que realmente ampliar esse discurso”*. Foi o começo da mudança. Quando a entrevistei estava à frente do Núcleo Regional da ADoulas na Baixada Fluminense e acreditava que a informação e a presença de doulas pode fazer a diferença no parto de muitas mulheres.

Bárbara Maia – Assistente Social e ativista da Doença Falciforme

Havia chovido a madrugada toda. O céu, sem sol e completamente cinza, anunciava que a garoa da manhã poderia virar chuva novamente a qualquer momento. Estava mais frio que o normal, naquele dia em que peguei o celular e vi uma mensagem de Bárbara dizendo que estava muito mal por conta de uma crise álgica – uma dor aguda que pessoas com doença falciforme sentem –, e não deveria ir trabalhar naquele sábado, por isso precisava desmarcar nosso encontro.

Horas depois, ela entrou em contato novamente dizendo que iria para a Casa de Apoio, mesmo com dores, e que eu poderia encontrá-la lá. Peguei o trem em direção a Irajá e a encontrei acolhendo crianças e familiares na festa mensal de aniversariantes. Bárbara é assistente social da Casa de Apoio à Criança com Câncer São Vicente de Paulo, local que dá suporte a acompanhantes e crianças com câncer ou doenças graves de sangue não contagiosas, como a doença falciforme e a talassemia.

Ela já fez parte da Associação dos Falcêmicos e Talassêmicos do Rio de Janeiro³⁶ (AFARJ), da Associação de Mulheres com Doenças Falciformes do Estado do Rio de Janeiro (Amdaf/RJ), do Comitê de Mortalidade Materna do município do Rio de Janeiro e do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Contou que se afastou de praticamente todos os movimentos há dois anos, quando percebeu a piora do marido, também com doença falciforme, e passou a se dedicar a ele. Quando a entrevistei, fazia nove meses que ele havia falecido.

Quem a indicou para participar da pesquisa foi Lúcia Xavier, por conta de uma ação que ela havia promovido para profissionais de saúde que acolhiam mulheres com doença falciforme. *“Até hoje, quando dão o diagnóstico, eles ainda têm esse pré-conceito - que é uma violência - de dizer ‘não engravida’”,* disse Bárbara. Mulheres com a doença tem uma série de agravamentos durante a gestação, desde a maior possibilidade de sofrerem abortos espontâneos, assim como maior incidência de placenta prévia e descolamento prematuro da

³⁶ <https://www.facebook.com/afarjafarj/> Acesso em: 12 dez 2019.

placenta. Bárbara teve dois abortos espontâneos antes de engravidar de sua filha, hoje com 20 anos, também com a doença.

Ela conta que quando recebeu o diagnóstico, aos seis anos - *“Doutor Rui Sérgio, um médico negro”*, lembra -, a doença era uma sentença de morte, comparando à um diagnóstico de câncer 50 anos atrás. *“Hoje eu já vi muitas curas [de câncer] aqui, muitas curas... Já vi muitos óbitos, infelizmente. É uma outra visão de 50 anos atrás - como eu tenho esperança que a doença falciforme [um dia] também seja”*, afirmou com esperança.

Luciene Lacerda – Idealizadora dos 21 Dias de Ativismo Contra o Racismo

Era tarde de domingo quando encontrei Luciene na Praça Mauá. O local estava bem movimentado por conta das atividades políticas que estavam acontecendo. Sentamos num lugar mais vazio no Museu de Arte do Rio, onde conseguimos conversar sobre sua atuação e opiniões. Psicóloga, aposentada atualmente, Luciene voltou à academia como doutoranda em educação. Quando conversamos, estava na correria habitual de quem está preparando o projeto para a qualificação.

Perguntei a que agendas se sentia vinculada, e ela logo apontou, *“a qualquer pauta que envolva mulheres negras”*. Ao longo da conversa foi bem além disso, ao dizer: *“Estar na militância é falar cotidianamente no lugar onde eu estou”*. Por exemplo, quando o filho foi para creche, ela passou a falar na escolinha dele sobre questões que envolviam raça; quando entrou no Instituto de Saúde Coletiva da UFRJ, ela debateu sobre saúde da população negra. *“Para mim a militância é defender as coisas que eu acredito em qualquer lugar que esteja”*, afirmou.

Entre os temas que conversamos estavam a descriminalização do aborto e a violência, em especial na saúde, sempre tendo como foco a vida de pessoas negras. Foi a atuação em ações antirracistas que a levam a criar os “21 Dias de Ativismo Contra o Racismo”, evento iniciado no Rio de Janeiro e que hoje acontece em diversas cidades, incluindo outros países. Foram mais de 200 atividades em 2019. Ao falar sobre isso, Luciene lembrou da camiseta que estava usando, com uma imagem de Nina Simone e uma fala da artista, e afirmou que por mais que haja pessoas querendo calar a voz de mulheres como

ela, *“liberdade para mim é isso, não ter medo”*, enquanto apontava para a camiseta e lia a frase.

Morgana Eneile – Professora e presidente da ADoulas

Entrevistei Morgana antes de uma aula da disciplina que cursávamos juntas. O curso “O parto em perspectiva histórica: sentidos e práticas da medicalização”, ministrado no IFF sob orientação dos professores Luiz Teixeira (COC/Fiocruz e IFF/Fiocruz), Andreza Nakano (Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ) e Claudia Bonan (IFF/Fiocruz), me proporcionaram outro olhar sobre aquela que, até então, eu havia conhecido somente como professora no Curso de Doulas. Fiz deste também um espaço de observação, já que podia acompanhar, a partir de outra perspectiva, posicionamentos e histórias compartilhadas por ela.

No Curso de Doulas convivemos por quase nove meses, nos encontrando semanalmente. Foi na aula inaugural do curso que a procurei para falar sobre meu projeto e pedir indicações de outras mulheres. Ela era uma das coordenadoras do curso e presidente da ADoulas. Além de doula, Morgana também é professora de artes. Uma terceira ocupação apontada por ela é a de ativista, *“não é uma profissão, mas é uma ocupação”*.

Ao longo de suas aulas aprendi que Morgana provoca, incita, tenta criar oportunidades de debate. Durante a entrevista não foi diferente. Por vezes me questionou, interpelou, pediu mais detalhes sobre as perguntas antes de responder. Entendi que foram os anos de militância, no movimento estudantil e no partido político, que acabaram moldando e a preparando para sua “ocupação”.

A experiência de um primeiro parto traumático, a possibilidade do segundo parto ser diferente, e as disputas em torno do direito de gestantes, exatamente no momento que ela poderia colaborar com sua experiência política partidária, marcaram sua trajetória no ativismo pelo parto digno e respeitoso. Assim como a oportunidade de ter uma diretoria da ADoulas, composta por mulheres negras e periféricas, era visto por ela como algo essencial para que a entidade se posicionasse por uma lógica antirracista. *“Não precisou criar uma pauta, as pessoas são negras, as pessoas são militantes”*, afirmou. No *“fluxo e*

contrafluxo” – como ela se refere aos diferentes momentos políticos – ela construía diferentes saberes com quem está ao seu lado. A propósito, sempre questionando.

Luíza Mahin – Médica e participante do NegreX

Foram duas semanas até que Luíza me respondesse ao meu convite. Achei que não a entrevistaria quando ela mandou uma mensagem dizendo que gostaria de participar da pesquisa. Mas, no dia que marcamos, não conseguimos nos encontrar, pois ela se sentiu mal. Acabei conseguindo encontrá-la pessoalmente na última oportunidade que teria, já que na manhã seguinte ela viajaria. Entendi a dificuldade para nos encontrarmos quando ela me avisou que o ideal seria que eu fosse a sua casa, *“eu estou um pouco enjoada (tô grávida). Normal”*, avisou por mensagem. Naquele momento me questionei sobre como eu faria a ela perguntas sobre violência obstétrica.

Luíza é médica. Atuou no movimento estudantil, e depois de muitas leituras e contato com outras pessoas do movimento negro, percebeu que precisava participar também dessa pauta. Foi quando foi fundado o coletivo de médicos e estudantes de medicina negros, o NegreX.

Para ela, era parte do seu trabalho ser militante e ativista. Assim como a saúde da mulher negra é sua agenda, *“mas tudo que for relacionada à saúde da população negra e atenção primária, eu estou dentro porque para mim esse é meu mundo, é onde eu gosto de estar”*, completou. Durante nosso encontro ela relatou sobre a identificação com os pacientes na faculdade e como isso impactou na sua forma de atuar com a médica de família e comunidade.

4 INTERPRETANDO OS SENTIDOS: O QUE DIZEM AS INTERLOCUTORAS

4.1 EXPLORANDO ESPAÇOS E CONEXÕES: CAMINHOS, PAUTAS E ATUAÇÕES

Os caminhos que levaram cada uma de minhas interlocutoras às suas diferentes pautas de ativismo e/ou militância foram diversos. Para uma delas, ser enfermeira construiu perspectivas, produziu opiniões, gerou sentimentos e fez ter outras percepções sobre histórias a partir das experiências das mulheres que a antecederam em sua família.

Para outras, a cor da pele já era a marca da luta para se indignar e não queriam esperar. Estes caminhos traçados por cada uma, apesar de únicos, acabaram se entrecruzando em alguns pontos, contribuindo para levá-las aos lugares onde as encontrei.

“Se você me perguntar exatamente como, quando, por quê, eu não sei te dizer”, argumentou Louise Silva quando lhe perguntei sobre o início de seu ativismo, *“eu só sei que quando eu vi eu estava até a raiz do cabelo envolvida na questão da Saúde da População Negra, e agora, por conta das próprias circunstâncias, mais voltada para a questão da mortalidade materna das mulheres negras”*. Atuando desde a década de 1990 na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, quando assumiu a gestão do Centro de Treinamento Espaço Mulher, iniciativa voltada para a formação de trabalhadores da saúde, Louise viu que precisava de embasamento teórico para suas reflexões sobre saúde da mulher negra. Construiu parcerias e buscou aprofundar seu conhecimento. Uma das parcerias foi com Criola.

Em 2004, quando o MS promoveu um seminário para discutir a saúde da população negra, uma ação prévia à construção da PNSIPN, Louise viu que poderia ir além do que já vinha fazendo. *“O desejo talvez fosse fazer uma itinerância louca e voluntária, fora do nosso horário de trabalho pelo município, falando dessa Política”*, lembrou rindo.

Nessa época, Louise atuava na Assessoria de Promoção da Saúde³⁷ e, diante de uma oportunidade de utilizar um recurso até então sem destinação, viu a chance que ela vinha esperando. A proposta era promover rodas de conversa,

³⁷ Atual Superintendência de Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

já que o recurso financeiro era limitado e havia pouco tempo para ser executado. Louise então foi à Criola e encontrou Lúcia Xavier, surgindo dessa reunião a proposta de um seminário que reuniu cerca de 300 pessoas às vésperas do Natal, em 2006, incluindo participantes de fora do estado. Foi então, no II Seminário de Promoção da Saúde: Equidade em Saúde da População Negra, que começaram a ser definidas as estratégias para a implementação da PNSIPN no município. Uma delas era a criação municipal do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), a exemplo do Comitê que existia em esfera nacional, e que foi formalizado em setembro do ano seguinte³⁸.

Este colegiado foi um dos primeiros espaços que acessei quando comecei a explorar meu campo de interesse e a desenhar o projeto desta pesquisa. A partir das reuniões e eventos promovidos pelo Comitê, passei a perceber e identificar quem eram as mulheres mencionadas quando se falava em saúde da mulher negra, especialmente saúde sexual e reprodutiva, com destaque para a pauta de mortalidade materna. Algumas das informantes que vieram a ser entrevistadas eu não encontrei presencialmente nas reuniões, mas elas faziam parte do grupo de Whatsapp que se tornou o segundo espaço de encontro para quem frequentava as reuniões mensais – todas as pessoas que participam da reunião têm seu contato inserido, sendo o grupo administrado por técnicas da SMS, dentre elas Louise.

Os encontros iniciam com informes de atividades sobre saúde e direcionados a população negra, fatos que possam afetar a saúde desta população - como o fechamento da maternidade Herculano Pinheiro -, e como o grupo pode agir, além de avisos sobre reuniões dos Grupos de Trabalho (GT), e resultados de ações propostas pelo Comitê na secretaria de saúde. Em seguida, inicia a discussão da pauta principal, que pode ser um assunto como a Saúde da Mulher Negra no município, onde uma representante da secretaria traga os dados do município para serem discutidos, ou a apresentação da situação do tema de um dos GT e as propostas do grupo. Durante as discussões são realizadas propostas de ação para os problemas apresentados. Estudantes ou

³⁸ O histórico do Comitê Técnico da Saúde da População Negra pode ser acessado em: <https://docs.google.com/document/d/1UsnVbXqxQAIOZwkJqE47YVXJP9OPBiyEGcTmfSQXswg/edit>. Acesso em: 23 dez 2019.

profissionais que participam das reuniões e desenvolvem pesquisas a respeito da saúde da população negra, costumam expor o resultado de seus trabalhos durante as reuniões. Normalmente, as reuniões têm duração de três horas, e próximo ao final, as técnicas da secretaria que conduzem o encontro resgatam os encaminhamentos propostos no dia e confirmam a data do próximo encontro.

A criação de GT aconteceu logo no início de 2019. A intenção era aprofundar temas e desenvolver de ações do CTSPN. Quatro grupos se formaram: Doença Falciforme e Racismo, Mortalidade Materna e Racismo, Saúde Mental e Racismo, e População Privada de Liberdade e Racismo. Para 2020 foi proposto a criação do GT de Educação e Racismo. Outras ações propostas neste ano foi o evento “10 Anos de PNSIPN: Falando de transversalidades. De onde partimos para onde queremos caminhar”, que aconteceu em novembro de 2019, e a Revista Saúde em Foco³⁹, publicação semestral da SMS que, em articulação com o CTSPN, produziu duas edições sobre o tema para serem lançadas em 2020. A primeira foi publicada em janeiro e a segunda está prevista para julho.

Desde que foi criado, o espaço alterna momentos de intensa participação e outros de esvaziamento. A pauta era enviada previamente, mas por vezes, apenas uma pessoa aparecia para a reunião, em alguns casos, nenhuma. *“Eu sentia muita falta, primeiro porque pessoas de fora dão uma oxigenada no nosso olhar. Segundo, porque nos ajuda nessa estrutura tão endurecida e tão racista mesmo, tão racista, institucionalmente falando. Eu espero que essa juventude não desista, eu espero”*, reiterou Louise.

As reuniões durante o período do campo da pesquisa aconteceram na terceira quarta-feira do mês, sempre com início às 14 horas no prédio da Prefeitura. Diferentemente das épocas de esvaziamento lembradas por Louise, no período da realização da pesquisa sempre houve participantes presentes. Através dos registros fotográficos compartilhados no grupo de Whatsapp, se mostravam que a cada encontro, no mínimo, 3 a 4 pessoas da sociedade civil compareciam, além da presença de colaboradoras da Secretaria Municipal de Saúde.

³⁹ <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf>. Acesso em: 19 dez 2019.

Os comentários de Isabel são uma constante ao longo das reuniões. Geralmente eram suas as falas mais diretas e críticas que ouvi ao longo de minha participação no período entre 2018 e 2019. No final de cada intervenção, ela solta uma anedota popular em referência ao que acabou de falar ou faz um comentário irônico e sorri, expressando um estilo já reconhecido pelas participantes. Foi Isabel a escolhida para representar a sociedade civil durante o Seminário “10 anos da PNSIPN...”. Pelo que pude perceber, ela é uma referência quando a equipe gestora precisa tomar decisões que não podem esperar a reunião seguinte ou para produzir documentos em nome do Comitê.

Quando fiz o curso de Qualificação em Saúde da População Negra⁴⁰, no segundo semestre de 2019, em dado momento, algumas frases saltavam aos meus olhos, eram afirmações que eu já ouvira antes, como “*tudo começa e termina no ponto do cuidado*”. Pesquisei os responsáveis pela produção do conteúdo e encontrei o nome de Isabel. Voltei às apostilas do curso e novamente ela parecia como uma das responsáveis pelo material. Foi a sua participação em diferentes espaços e momentos na elaboração da Política, um dos motivos que levaram ao convite para sua participação nesta pesquisa. Outro foi a sua atuação na academia.

Isabel contou que começou seu ativismo ainda na juventude, crescendo e estudando em um período de ditadura militar, que ela nomeou como “*um ativismo pró-democracia*”. A época de faculdade foi marcada pelo movimento da Reforma Sanitária e de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e foi nesse momento que ela começou a perceber tratamentos descorteses e diferenciados no cuidado em saúde. Inicialmente, a cardiologia era seu campo de atuação, mas perceber essas diferenças na prática dos profissionais fez com que ela passasse a estudar a problemática da diferença de tratamento da população negra que tinha pressão arterial. Desde então ela construiu um caminho que a levou a, hoje, não trabalhar mais a partir da perspectiva da patologia ou processo

⁴⁰ O curso de Qualificação em Saúde da População Negra é ofertado pela Universidade Aberta do SUS (UMA-SUS) e tem como público-alvo as profissionais de saúde da atenção básica e outras interessadas na temática. Com carga horária de 45 horas, o curso é realizado online e tem como objetivo “proporcionar a oportunidade para refletirem e atuarem na perspectiva do cuidado centrado na pessoa e na família, visando à melhoria da qualidade de atendimento e à redução das desigualdades, alinhando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional Integral da População Negra (PNSIPN)”. Em 2020, o curso chega a sua décima oferta. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45294>. Acesso em: 17 jan. 2020.

vital, mas das relações entre usuárias do SUS e trabalhadoras da saúde, afirmando: *“Porque o problema não é se eu tenho pressão alta, se eu estou na gestação, não é nada disso, o problema são as relações racionalizadas numa estrutura racista. A doença ou problema é secundário, porque a relação antecede, é a má qualidade das relações interpessoais”*.

Assim como Louise, Isabel nomeou a Saúde da População Negra como sua principal frente de luta, e especificou: o enfrentamento e a desconstrução do racismo institucional no SUS, da mesma forma que a PNSIPN. Quando perguntada sobre os espaços onde atuava, ela logo apontou que não é dada a participar de pautas institucionalizadas, *“eu fico muito à vontade de discutir discriminação institucional porque, embora eu respeite as instituições, eu não gosto de fazer parte delas”*. Ao insistir na pergunta, afinal ela participava do Comitê, Isabel me aponta outros dois espaços de atuação: a colaboração com o mandato de uma vereadora em Niterói para a construção de um Estatuto da Pessoa Gestante, além de sua atuação como docente da Universidade Federal Fluminense (UFF). Cita ainda a Rede de Mulheres Negras do Estado do Rio de Janeiro, espaço em construção e que deve discutir questões como mortalidade.

Desde seu doutorado na Universidade de São Paulo (USP) e de sua participação no Núcleo de Consciência Negra da USP, Isabel passou a pensar sobre fazer algo voltado para a saúde da população negra. *“Essa é minha crítica também ao movimento negro, porque ele não pensa o cotidiano da população negra, saúde por exemplo é algo que quase não está na agenda do movimento negro -, daí a minha ideia de criar um núcleo só sobre saúde da população negra”*, pontuou. Foi a partir disso que surgiu o Núcleo de Estudos sobre Saúde da População Negra, em 1994, na UFF, onde ela é professora titular. Isabel idealizou e atua sozinha no Núcleo, e afirmou, *“eu trabalho muito bem só. Vou roubar as palavras de um colega meu de São Paulo, ‘eu sou do MNI, Movimento da Negra Independente’”*.

Isabel sempre me chamou atenção pelos seus posicionamentos em debates, mas durante a entrevista o que mais me marcou foi seu relato da experiência pessoal com a violência obstétrica. Ela foi a primeira entrevistada a abordar a violência obstétrica a partir desta perspectiva. Não era apenas o posicionamento de alguém que conhecia números e reconhecia quais eram os

corpos mais violentados, era uma mulher que contava como suas decisões na esfera de sua vida privada a deixaram vulnerável, exatamente por ela saber e reconhecer seus direitos. Questionei se a experiência a transformou e a resposta veio rápida, *“Ah, se transforma. (...) Um parto que deveria ser uma experiência positiva em nossas vidas. A minha formação e a minha consciência me ajudam a desconstruir a cultura institucional misógina e racista... por eu ser da área, fico à vontade para dizer que é o profissional o agente do dano”*, apontou.

Se para a Isabel, a violência foi no momento do parto, para outras, aconteceu muito antes. Para as mulheres que tem doença falciforme, às vezes isso começa bem cedo, logo que se descobre a doença. *“Quando [os médicos] dão o diagnóstico, eles ainda têm esse pré-conceito - que é uma violência - de dizer ‘não engravida’”*, contou Bárbara Maia. Ela fez parte de várias instituições representantes de falcêmicos, no entanto se afastou de todas para auxiliar o marido, também com doença falciforme. Aos poucos vai voltando as atividades – *“quando a dona Zaira [presidente da AFARJ] pede se eu posso ir a algum evento palestrar, falar sobre o caso, sim, aí eu vou”* –, e, assim como Louise e Isabel, participava do CTSPN e sinalizou sua atuação no GT de Doença Falciforme e Racismo.

A dor acompanhava Bárbara no dia da entrevista. Os relatos de suas experiências demonstram que esta não é um tipo de algia que se trata com um analgésico simples. *“Eu tenho morfina na minha bolsa, porque é uma dor que se compara a uma fratura exposta, não é uma “dorzinha” que com Dipirona vai parar”*. Bárbara é assistente social e afirmou que se aproximou do ativismo exatamente por conta da doença. Em 2004 passou a fazer parte da diretoria da AFARJ e dois anos depois começou a atuar como assistente social na Casa de Apoio à Criança com Câncer São Vicente de Paulo, que atende também crianças com outras doenças hematológicas graves. Lá Bárbara tem contato direto com as mães e as histórias sobre suas gestações e a doença falciforme.

Ela informou que suas pautas de ativismo são a doença e tudo que se refere à mulher negra. Unindo as duas pautas, esteve à frente da Amdaf/RJ quando a associação promoveu o Encontro de Mulheres Negras, Doença Falciforme e Promoção da Saúde do Município do Rio de Janeiro, uma iniciativa voltada para promover a conscientização dos profissionais de saúde do Hospital

Maternidade Fernando Magalhães, referência para o parto de pessoas com doença falciforme. *“Foi importante até para trazer a alguns profissionais de saúde o que era a doença falciforme, qual o risco dela nas mulheres, porque havia – há – muita discriminação: ‘é só uma dorzinha, toma um Dipirona’, e não é uma dor que se trata só com Dipirona”*, reforçou. A ação aconteceu em 2010.

Ela lembra que só foi possível a realização por conta do apoio do CTSPN – *“a Louise junto com a Monique⁴¹ me deram todo o apoio”* – que conseguiu realizar o evento. Quando questionei se outras edições da atividade haviam acontecido, ela disse que não, porque a conscientização havia dado certo. Porém, logo em seguida afirmou que foi a falta de recursos o motivo, e que, havendo oportunidade, novas ações precisavam ser feitas, posto que a população com doença falciforme estava aumentando.

As dúvidas sobre novas edições, entretanto, não a desmotivavam sobre a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem melhor as doenças da população negra, uma vez que a inabilidade de quem atende determina a falta de acesso da população a tratamento adequados. *“Como é que ela vai chegar até a Fernando Magalhães para ser socorrida se [os trabalhadores da] UPA [Unidade de Pronto Atendimento] não conhecem nem doença falciforme. Como é que eles vão atender uma grávida com doença falciforme?”*.

Bárbara tinha sido indicada por Lúcia Xavier, coordenadora da organização de mulheres Criola. Quando o encontro para profissionais de saúde foi realizado, Lúcia foi uma das palestrantes. Seu nome é recorrente quando se trata da pauta sobre Saúde da População Negra. Presenciei inúmeros eventos em ela foi convidada a falar. Um deles foi o seminário “Direito à saúde e seus avessos – racismo institucional e mortalidade materna”, realizado pela Defensoria Pública em agosto de 2018. Sua presença como expositora me motivou a estar em diversos espaços, seminários, cursos ou aulas.

No processo de escrita do projeto de pesquisa e desta dissertação foi um desafio ouvir Lúcia falar, pois, se por um lado suas ideias me pareciam essenciais, como eu poderia dialogar com elas sem me afastar de meu campo de investigação?

⁴¹ Monique é técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Junto com Louise, está à frente da Comissão executiva do Comitê.

No evento sobre os 10 anos da Política no Rio de Janeiro, realizado em novembro de 2019, ela estava na mesa e relembrou, emocionada, as mulheres que ajudaram a construir essa história, sendo uma delas Louise, e logo em seguida, apontou as dificuldades de implementação da PNSIPN, criticando as instituições que dificultam a efetivação da política. *“Enquanto nós não pudermos sentar para definir o orçamento da secretaria de saúde, do plano plurianual da cidade, do estado e do país, nós nunca vamos conseguir fazer com que esses recursos sejam revertidos. Eles não podem ser aplicados nos mesmos lugares, estes lugares que só reforçam a desigualdade racial. Quando nós conseguirmos definir para onde vão os recursos da saúde, possivelmente a gente consiga vencer algumas barreiras provocadas na escolha”*, disse.

Em outro momento de sua fala, declarou: *“Tem uma hora que a sociedade cansa de ver as coisas andando lentamente”* para logo em seguida afirmar *“mecanismo que não produz ações concretas se tornam barreiras, e piores ainda porque são barreiras construídas pelos amigos (...) Quando se tornam barreiras está na hora de sair ou destruir, e como as vezes é muito difícil destruir o que construímos, é melhor sair, explicar, deixar outras pessoas entrarem”*.

Tempos depois, ao ler uma entrevista dela para a revista Saúde em Foco (2020), entendi suas colocações no evento. Apesar de Criola ser uma das representantes institucionais do CTSPN, Lúcia afirmou que a organização estava afastada do Comitê há algum tempo, e que isso era necessário para pensar outras perspectivas.

Efetivamente, nós não somos contra fechar os mecanismos, mas eles precisavam de uma revisão sobre suas possibilidades, porque são, também, mecanismos criados a partir de acordos institucionais (Conselhos, Comitês) e no momento em que os governos ficam ilegítimos, eles, também, promovem uma ação desses mecanismos muito negativa. Então dizer, por exemplo, que a Prefeitura do Rio promove participação social é mentira, mas aí ela tem um Comitê que funciona, não é possível. (Revista Saúde em Foco, 2020, p. 14)

O ativismo de Lúcia começou aos 18 anos, pautado pela questão racial em um grupo chamado Acorda, Crioulo, baseado na Cidade de Deus, bairro da Zona Oeste do Rio de Janeiro, que se originou a partir da remoção de favelas, na década de 1960. O grupo discutia o racismo no processo de ação política de melhoria da condição de vida local, como no transporte, saúde, habitabilidade.

Em 1981, quando passa a cursar Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ela conta que passou a organizar a vida entre “o trabalho, a universidade e a militância política”. Com o curso no centro do Rio, a mobilidade para a Cidade de Deus ficou dificultada, e em 1984 ela passou a atuar no IPCN⁴², sempre tendo o racismo como ponto de pauta.

No ano seguinte passou a trabalhar profissionalmente em um projeto com crianças e adolescentes em situação de rua, onde ficou até 2011. Entendendo essa situação como um processo não-individual, as ações foram ampliadas para incluir a família e passam a acontecer em rede com outras instituições, atuando junto com o movimento negro e mais tarde com o movimento de mulheres.

No fim da década de 1980, aconteceu o *boom* da esterilização em massa, seguido pela chamada CPI da Esterilização, em que se evidenciou que eram as mulheres pobres e negras os principais focos do controle de natalidade não-oficial e financiado com recursos internacionais (CFEMEA, 2014).

Nesse contexto, surge Criola: *“a partir da experiência dessas 10 mulheres que vão formar a organização, pensando na área da criança e adolescente, da saúde, do enfrentamento a violência, do desenvolvimento da cultura, de empreendimentos e negócios, na área da educação... Enfim, na verdade era uma casa que acolhia, que desenvolvia ações culturais, que desenvolvia formação, que desenvolvia atividades e que também fortalecia a organização do movimento de mulheres negras. (...) Hoje temos uma larga experiência de ação política e também de formação e fortalecimento das mulheres e dos movimentos, mas também fomentamos muitas as redes, os espaços colaborativos e de parceria com outras organizações”*.

O trabalho realizado por Criola fez da organização referência quando falamos de mulher negra e saúde. Maria Odília Teixeira chegou a sugerir, em tom bem humorado, mas expressando seu reconhecimento, que eu reunisse todas as mulheres que atuam em Criola e fizesse uma mesa, quando perguntei quais mulheres ela indicava para serem entrevistadas.

⁴² O IPCN foi fundado em 1975 e tinha como objetivo estudar, pesquisar, denunciar e combater o racismo e todo e qualquer tipo de discriminação racial. Disponível em: <http://institutedepesquisadasculturasnegras.blogspot.com/>. Acesso em 23 fev. 2020.

Foi em um evento promovido pela organização que a conheci, em 2018. Na mesma atividade estavam Isabel Cruz, Louise Silva e Luciene Lacerda. A aproximação de Maria Odília com coletivos não é de hoje, como pude perceber em nossa conversa. Começou aos 16 anos, acompanhando ações do GELEDÉS – Instituto da Mulher Negra⁴³, de São Paulo. A influência veio da mãe e das tias que já participavam deste tipo de debate. Se afastou quando entrou para a faculdade de medicina, e voltou no fim da residência, quando entrou para o NegreX, coletivo de médicas e estudantes de medicina negras, *“acabei vendo que o meu posicionamento seria minha luta”*.

Para ela a representatividade e a presença em diferentes espaços, como no curso de medicina, é uma forma importante de ativismo, *“porque uma mulher negra não vai deixar passar uma discrepância no atendimento com uma pessoa negra, uma discrepância no ensino que não fala sobre Saúde da População Negra”*. Esse reconhecimento da outra em si é um instrumento de conexão apontado não somente por ela, mas por outras interlocutoras ao longo das nossas conversas.

Maria Odília faz de sua presença uma forma de atuação, e cita dois espaços institucionalizados dos quais se mantém mais próxima: o NegreX e a Rede Umunna. Esse último atua na promoção da participação de negras nos espaços de decisões políticas. Foi o grupo que criou a campanha Mulheres Negras Decidem⁴⁴ que estimulou a eleição de candidatas na campanha eleitoral de 2018. Segundo ela, faltava tempo livre para se comprometer oficialmente com outras atividades para além das ações dos espaços citados.

Maria Odília apontou como sua principal pauta a Saúde Integral da Mulher e explicou onde localiza a mulher negra nesse debate: *“quando você faz um cuidado na saúde integral sua consulta tem cor. Você não pode tratar uma mulher negra da mesma forma que você trata uma mulher branca. Se a mulher negra está sofrendo mais violência obstétrica se ela está morrendo mais, a gente, como profissional de saúde, tem com certeza que ter um olhar e um papel*

⁴³ Organização fundada em 30 de abril de 1988 que se posiciona em defesa de mulheres e negros por entender que esses dois segmentos sociais padecem de desvantagens e discriminações no acesso às oportunidades sociais em função do racismo e do sexismo vigentes na sociedade brasileira. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/>. Acesso em 21 jan. 2020.

⁴⁴ <http://mulheresnegrasdecidem.org/>. Acesso em 23 jan. 2020.

nisso". Indicou ainda a sua forte ligação com o debate sobre a saúde sexual e reprodutiva, *"o povo preto é o que mais se infecta com todas [as infecções], é o que mais sofre com morbidade e mortalidade por todas elas, no mundo inteiro. Então um quê de racismo estrutural aí também tem"*.

Luíza Mahin, uma das fundadoras do coletivo NegreX, afirmou que é impossível retirar o ativismo da rotina de atuação profissional, *"eu não consigo imaginar um médico de família que não advogue pelo seu paciente, que não lute pelo sistema de saúde no qual ele trabalha"*. Médica, foi na universidade que ela percebeu que era necessário ir além do que os professores falavam, até porque a postura dos educadores não condizia com o tratamento que ela esperava ver. *"Me deixava muito mal porque eu [me] identificada com os pacientes, me identificava porque eu era uma pessoa pobre que de fato usava o SUS"*, lembrou. Apesar de sentir-se mal com as situações, havia questões que ela ainda não sabia explicar, o que só mudou quando ela se aproximou dos debates sobre questões étnico-raciais. Sua agenda de ativismo, que anteriormente era voltada a pauta estudantil, passou a contemplar o debate sobre a negritude. Nesse momento, quase no fim do seu curso de graduação, nasceu o NegreX. Além do coletivo, ela ainda cita outros três espaços de atuação: o GT de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família, o GT Racismo e Saúde da Abrasco, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra do município do Rio de Janeiro.

Como pauta de sua agenda de ativismo, ela elenca a Saúde da População Negra e a Atenção Primária. Luíza se aproximou do debate sobre saúde da mulher durante a Residência, quando realizou um trabalho sobre a assistência pré-natal em um território de favela no Rio de Janeiro. Antes, esta era uma pauta *"geral"*: reconhecia as necessidades e que precisava ler mais, porém depois de começar a atender as mulheres da região é que passou a entender as precariedades e a necessidade do debate sobre o atendimento de mulheres negras no contexto de gestação e parto, *"porque era meu contexto de atendimento. Pré-natal, eu conto nos dedos quantas mulheres brancas eu fiz"*.

Após meses de acompanhamento de pré-natal com as gestantes negras, quando elas chegavam para a consulta pós-parto, o cenário encontrado não era o melhor. *Quando elas voltavam para mim no pós-parto eu ficava 'cara, o que*

que fizeram?! O que que aconteceu...". A violência sofrida por aquelas mulheres estava, muitas vezes, literalmente marcada na pele.

Luíza disse que acreditava que há dois enquadramentos para entender essa situação: o primeiro é uma naturalização da violência no contexto de famílias de mulheres moradoras de periferia, que indica que se algo aconteceu com uma prima ou irmã, poderá acontecer com ela; o segundo, é uma dificuldade das mulheres reconhecerem o processo de violência atrelado a condição racial e por serem pobres, faveladas e *"SUS-dependentes"*.

"Elas mesmo descrevem isso: 'não é só porque eu sou negra, eu só posso usar aquele serviço, eles sabem disso. Tenho que falar meu endereço... Tô aqui, sou favelada e sou pobre', então, tanto fez tanto faz o que vão fazer", mencionou. Depois de tanto tempo discutindo questões raciais dentro da Medicina, dosar o que é *"militância"* e o que é cuidado diante deste cenário, segundo Luíza, é muito difícil. *"Uma coisa é eu me propor a ir num espaço e falar sobre um tema, ouvir, outra coisa é pegar o espaço de consulta e colocar a minha agenda para aquela pessoa"*, reiterou.

A exemplo de Luíza, outra entrevistada descobriu durante a vida acadêmica o impacto de não ser uma mulher branca. A enfermeira Ariana Santos passou a se engajar com a pauta de saúde da mulher quando entrou para a Residência em Obstetrícia e tomou contato com os primeiros estudos que mostravam o tratamento desigual para negras.

Propôs um trabalho de conclusão de curso com esta temática, mas se deparou com um impasse quando uma orientadora afirmou que os artigos que Ariana apresentava não faziam sentido e que as participantes dos estudos *"provavelmente não recebiam analgesia porque elas não sabiam pedir, por isso o médico não dava"*. Ela entendeu, naquele momento, que o espaço de formação em que estava seria indiferente para as questões que ela levantava, mesmo que apresentasse argumentos científicos para justificar suas ideias.

Entendeu também que se pensava em fazer um atendimento diferente do que via ocorrer, era necessário buscar novas formas e meios de trabalhar. Anos depois ela fundaria o grupo de parteiras Sankofa, projeto que visa o atendimento de mulheres negras e periféricas durante e após a gravidez. O grupo de profissionais é formado por enfermeiras – ou parteiras, como ela prefere – negras

e periféricas. Este trabalho teve início oficialmente em 8 de março de 2018, *“de um movimento individual meu de entender que existe sempre alguma coisa que pode ser feita. Eu fiz o que dava para fazer e acabou virando uma coisa um pouco maior”* contou Ariana.

Quando a entrevistei, ela estava cursando mestrado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da UERJ, e disse ter levado em conta o conhecimento de suas experiências anteriores – que definiu como *“agenciamento feminino individual”* – para a pesquisa da dissertação. *“Um pouco do que eu vivi”*, lembrava para em seguida explicar que trataria na dissertação sobre *“como é que a nossa capacidade de ação é capaz de transformar esse cuidado e foi capaz de chegar no ponto hoje e tá falando em humanizar uma mulher que nem era considerada humana”*.

Elencou como suas pautas principais a Saúde da População Negra e a Saúde da Mulher, posto que em sua vivência profissional acabou se direcionando para esse caminho, mas sempre tendo em vista que o racismo está atravessado em todos os cuidados. *“Não apenas no da mulher”*, apontou para em seguida desenvolver: *“é porque o da mulher a gente tem mais dados, está mais evidente e é a parte com a qual eu trabalho. Mas eu entendo que deveria estar correndo atrás de entender todo esse processo sobre Saúde da População Negra porque o racismo atravessa todas as nossas vivências. E a hospitalar acaba sendo mais cruel porque é o lugar específico aonde você vai para receber cuidado (hospitalar, ambulatorial), e às vezes é o lugar onde você é mais maltratado, mais negligenciado”*, afirmou fazendo autocrítica.

Na época da entrevista, Ariana atuava como enfermeira obstétrica na Casa de Parto David Capistrano⁴⁵ e no Sankofa. Fiquei imaginando qual seria a dimensão do que ela havia expressado quando se referira ao trabalho no Sankofa como algo que se tornara *“uma coisa um pouco maior”*. Ela foi a mulher mais indicada para ser entrevistada entre as minhas interlocutoras, e seu nome era um dos mais lembrados com as pessoas com quem eu comentava sobre minha proposta de pesquisa. Durante o período do trabalho de campo era

⁴⁵ A Casa de Parto David Capistrano é a única unidade com esse perfil no município do Rio de Janeiro, e existe desde março de 2004.

marcante sua participação em eventos que participei, sempre falando sobre suas experiências.

Em 2019, Ariana participou de uma mesa sobre racismo no cenário obstétrico na Convenção Nacional de Doulas - CONADOULA Rio 2019 - em que outra convidada era Thaís Ferreira, que não pode estar presente. Ela foi indicada por Ariana para a pesquisa por conta do *Mãe&Mais*, um negócio social⁴⁶ criado por Thaís. Ela, se considera uma “artista” e foge dos títulos acadêmicos - *“continua sendo a validação do homem branco sobre o meu conhecimento”* - e a todo momento reporta-se a Vaz Lobo e Irajá, território onde cresceu e vive entre as idas e vindas de São Paulo, *“crescer nesse ambiente foi o que me forjou”*, mencionou. Thaís tornou-se uma liderança comunitária aos 16 anos, embalada pelo protagonismo da mãe e das tias naquele local, começou por lazer e cultura, foi para a educação infantil, e depois chegou à saúde.

O ponto de partida para o seu ativismo na saúde foi o óbito fetal do primeiro filho e a violência que sofreu na ocasião, além das experiências das gravidezes seguintes. Durante a segunda gestação, desenvolveu uma ação dentro do seu hospital referência voltada para trabalhadores da saúde, mulheres e crianças. Quando voltou a esta unidade, três anos depois para o acompanhamento da terceira gestação, parecia que nada que fizera havia acontecido ali.

“Eu vou co-criar um novo modelo de atendimento com essas mulheres. A gente não quer mais ser atendida dessa forma, a gente não pode mais admitir que isso aconteça no SUS. Não sei se vai ser hoje, não sei se vai ser amanhã, mas eu vou deixar uma coisa pronta para que, quem tiver recurso, quem tiver acesso a oportunidade, vai poder aplicar e que vai ser melhor para mulheres e crianças”, idealizou.

O *Mãe&Mais* surgiu com o objetivo de mostrar que era possível outra perspectiva de educação em saúde quando se fala de mulheres e primeira

⁴⁶ Por ser um termo relativamente novo, negócios sociais ainda carecem de definições e consenso sobre a terminologia. Alguns pesquisadores indicam que “os negócios sociais aproximam-se de negócios tradicionais em aspectos como produtos, serviços, clientes, mercados, custos e receitas, porém difere no seu propósito principal que é servir à sociedade e melhorar as condições de vida de populações de baixa renda. Também se distingue de organizações não governamentais por buscar a autossustentação de suas operações por meio da venda de produtos e serviços ao invés de doações ou outras formas de captação de recursos” (ROSOLEN, TISCOSKI, COMINI, 2014, p. 90).

infância. Chamou principalmente mulheres periféricas e negras para atuarem no projeto – Ariana foi uma delas. Thaís ganhou prêmios por essa iniciativa, mas o recurso para viabilizá-lo não veio na mesma medida que o reconhecimento. *“Eu desafiei esse sistema querendo fazer um negócio com mulheres pretas e para pessoas pretas e pessoas com vulnerabilidades. A quem interessa que a gente saia desse lugar de subalternidade?”*, frisou.

Para ela, o empecilho para o seu negócio social crescer foi o fato de sempre colocar o discurso racial à frente de qualquer debate que faça, incluindo nos espaços de reconhecimento em que ela era convidada a falar. Decidiu que era preciso fazer mais: participou das eleições de 2018 como candidata a deputada estadual no Rio de Janeiro porque entendeu que era necessário sair *“desse lugar do ativismo”* e disputar o poder institucional para poder, de fato, impactar. Faltaram 241 votos para ela conseguir uma cadeira na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (Alerj). Acabou indo trabalhar como assessora parlamentar da deputada Marina Helou (REDE), em São Paulo.

Para Thaís, os movimentos sociais são espaços de diálogo, mas não de vinculação permanente. Contou que as experiências que acompanhou de familiares foram suficientes para ela não desejar uma imersão, além disso, acha que eles ainda se pautam a partir de perspectivas sexistas, *“mulheres negras foram responsáveis por todas essas questões de mudança de políticas afirmativas e a gente só começou a dar o crédito pra isso agora há pouco”*, afirmou.

Como suas pautas de ativismo elencou a Saúde da Mulher, a Primeira Infância, o Direitos de Mulheres, e o Empreendedorismo, mas esse visto a partir de outro olhar, que é o da falta de oportunidades às pessoas, sobretudo de periferia. *“Como é que a gente resolve a questão da sobrevivência, porque o empreendedorismo de sobrevivência popular de base só existe porque a gente não tem emprego, não tem educação, então a gente tem que se resolver”*, explanou.

A mesa da Convenção de Doulas de que Thaís participaria tinha, além de Ariana, outra interlocutora: Janaina Gentili, doula, advogada e consultora de amamentação. Ela prefere ser chamada de ativista apesar de achar que *“a maré a está levando também para a militância”*. Acha que o termo militância está muito

relacionado a busca de *status*. Seu ativismo surge, segundo contou, ainda na infância, *“quando eu percebi que eu queria ser o que eu era, queria ser aceita como eu era”*, fazendo referência ao racismo que sofria desde a escola.

Passou a desejar um destino diferente do que via entre as mulheres de sua família, *“eu não queria ser uma empregada doméstica, uma lavadeira como minha avó foi, ou uma dona de casa clássica como a minha mãe”*. Foi cursar a faculdade de Direito. Depois de formada e coordenando o Núcleo de Prática Jurídica de uma faculdade privada no município do Rio de Janeiro, via o racismo dar as caras cotidianamente. *“Teve gente que virou as costas e foi embora. Teve gente que foi questionar a Reitoria”*, mesmo tendo adotado artifícios, como alisar o cabelo para estar naquele local. Passou a utilizar para si a frase: *“Não adianta ceder tanto, você vai amenizar algumas coisas, mas as agressões serão trocadas porque é sua cor que chega em primeiro lugar”*.

Janaína acredita que seu ativismo começou formalmente ao associar-se à ADoulas, em 2017, após um seminário para a construção do Código de Ética, onde só as associadas tinham direito a fala, *“queria ter essa voz para dizer o que estava errado e o que estava certo”*, explicou. A partir dali começou a participar dos eventos promovidos pela instituição.

Na época da entrevista fazia parte da diretoria da ADoulas e da Federação Nacional de Doulas do Brasil (Fenadoula)⁴⁷, e diz que não está em outras organizações de movimento negro, *“justamente porque eu acredito que eles estão muito mais para militância do que para o ativismo. As pessoas se encontram em Whatsapp mais para trocar PDF do que para fazer alguma coisa”*, criticou. Fazia parte também do grupo que coordenava o curso de doulas da Fiocruz, e atuava dando aula de legislação em diversos cursos de doulas no estado do Rio de Janeiro. Na sua opinião, o ativismo não é uma alternativa para pessoas negras, *“a gente não escolhe ser ativista, a gente é empurrado para ele”*.

Junto com Janaína, na diretoria da ADoulas, estava Paula Inara. Além de vice-secretária, no período do campo da pesquisa, ela coordenava o Núcleo de doulas da Baixada Fluminense, região de municípios que compõe a região

⁴⁷ <https://www.facebook.com/FenadoulasBR/>. Acesso em 04 dez 2020.

metropolitana da capital. Seu ativismo começou em um Movimento Pré-Vestibular para Negros e Carentes⁴⁸ (PVNC), quando ela passou a debater as questões do movimento negro, e com a chegada do primeiro filho, a maternidade negra passou a ser sua pauta. Apontou que sua atuação se dá na área dos Direitos da Mulher, Direitos Reprodutivos e da Saúde da Mulher, *“principalmente em relação à questão do parto”*, mas diz que também tem como pauta a questão do racismo e a luta contra o sexismo.

Para Paula, ter um grupo de doulas voltado para mulheres da Baixada é importante para levar informação a quem realmente precisa. *“É legal que as mulheres brancas de classe média, classe média alta, tenham aberto esse canal, mas as mulheres negras continuam morrendo lá na ponta sem ter acesso à informação nenhuma. Então é para essas mulheres negras que eu tenho que me direcionar”*.

Morgana Eneile é a presidenta da Associação de Doulas do Rio de Janeiro. Logo no início da conversa ela já aponta: é uma ativista do parto humanizado e militante de outras tantas causas. Além da Associação, faz parte ainda da Fenadoula, da Rede de Mulheres Negras do Rio de Janeiro⁴⁹, e participa, eventualmente, do Fórum Permanente de Diálogo com as Mulheres Negras, da Alerj. Nestes dois últimos, ela assumiu, na sua opinião, um papel de *“militância”*. Sempre que citava a palavra ‘militância’, mencionava as interseccionalidades que a fazem ativar essa postura. *“Eu sempre atuei em paralelo da questão das mulheres com a intervenção em relação ao movimento negro. Como eu disse, não sou aquela pessoa que faz ativismo no movimento negro porque eu não estou organizada: eu não faço parte do MNU [Movimento Negro Unificado], não faço parte de nenhum organismo... - lá atrás, no início da minha juventude, eu fui vinculada a Juventude da CONEN (Coletivo Nacional de Entidades Negras), tem a ver com meu início de militância neste lugar, nesta interseção”*. Participa dos fóruns e movimentos feministas e de mulheres representando a ADoulas, *“porque nem toda pauta de mulheres é do movimento feminista”*, pontuou.

⁴⁸ <http://www.sentimentanimalidades.net/pvnc/>. Acesso em 26 set 2019.

⁴⁹ <https://www.facebook.com/rededemulheresnegrasrj>. Acesso em 04 jan 2020.

Morgana saiu do ativismo cultural para a educação, e somente depois, com o nascimento do segundo filho, começou a atuar pelo parto humanizado. Nessa trajetória, sua participação em espaços políticos fez com que ela aprendesse a planejar estratégias de ação, aprendizado que aplica até hoje em seu ativismo, como saber reconhecer os momentos de *“fluxo e refluxo”*, um conceito que ela utiliza para pensar sua atuação. *“No momento do fluxo, a gente está no ataque. No momento do refluxo a gente se prepara para o fluxo. Para que a gente realmente consiga ter uma incidência grande na política pública, o que são precisos? Muitas doulas. Então se nesse momento talvez a gente vá ter pouquíssimos avanços do ponto de vista da política no Ministério da Saúde, eu quero me ocupar, pelo menos nos próximos três anos, de fazer com que a gente tenha muitas doulas”*, planejava no período em que foi entrevistada.

Se Morgana prefere ser chamada de ativista, Luciene Lacerda, por sua vez, não se importa com o termo que a identifique. *“Qualquer coisa que queira mudar a ordem do mundo, eu estarei”*, falou rindo. Ela conta que seu ativismo iniciou quando ela já era psicóloga e trabalhava na UFRJ. Foi a aproximação com o debate racial que a fez mergulhar nas atividades. Define como suas pautas qualquer uma que envolva mulheres negras, e tem o feminismo negro como *“fundamental”*.

Quando conversamos estava ligada à pauta da saúde dentro do Fórum Permanente de Diálogo com as Mulheres Negras da Alerj, ao lado de Morgana, à pauta das fraudes e das cotas nas universidades e por conta da sua pesquisa de doutorado, discute racismo, assédio de gênero e assédio sexual dentro da UFRJ. A frente do debate sobre saúde no Fórum da Alerj, ela questionou a situação das negras nos indicadores, *“os exames são feitos para todo mundo, mas a forma de olhar é diferenciada e desleixada - isso me mobiliza demais, então é parte disso para mim discutir”*.

A experiência de um atendimento desumano após sofrer um aborto espontâneo a marcou de modo que ela nunca mais deixou de discutir o assunto ao longo da vida. *“No dia que eu sofri um aborto espontâneo, o médico que finalmente foi me atender, eu sangrando, falou assim: ‘Garanto que não fez pré-natal’, isso sem perguntar meu nome...”*, lembrou. A situação a fez se envolver

no debate, por isso, eventualmente também, comparece à debates dos movimentos pela legalização do aborto para contribuir.

Espaços para Luciene se dedicar não faltam: ela participa do Instituto Búzios⁵⁰, do Fórum Estadual de Mulheres Negras, do Fórum Permanente de Diálogo com as Mulheres Negras da Alerj, da Comissão de Heteroidentificação⁵¹ e da Comissão de Direitos Humanos e Combate às Violências, ambas na UFRJ. Não bastasse isso, ela foi a criadora da proposta dos 21 Dias de Ativismo Contra o Racismo. *“Para mim estar na militância é falar cotidianamente no lugar onde eu estou, então quando meu filho foi para creche eu ia lá e falava das questões que envolvia raça”*, declarou.

Se a atuação pela Saúde da Mulher era tida para Jacqueline Torres como uma missão, foi o nascimento do filho que a despertou para o debate racial. *“Isso ficou mais latente na minha vida. Até o nascimento dele eu tinha uma percepção muito individual do racismo e lidava com isso de uma forma muito menos ativista”*, contou.

Suas pautas de atuação se dão na Saúde da Mulher, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Combate ao Racismo Institucional e na proposição de uma Educação Antirracista. Foi através do coletivo parental voltado para a educação que Jacqueline participa dos movimentos sociais, *“também é uma forma de resistência e ativismo”*, aponta ela que levou as ideias do coletivo para dentro da escola do filho. *“A escola que tinha 6% das crianças negras hoje tem 20% – em seis meses –, tinha 20% de professores negros hoje tem 48% por conta desse processo de articulação”*.

Em licença de sua atividade profissional principal como servidora da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ela afirmou durante a entrevista que a saúde da mulher negra passou a ser um ponto de interesse antes mesmo de assumir a coordenação do projeto Parto Adequado, em função da experiência de ter tido uma gravidez tubária. O fato de ser uma mulher negra numa região onde não conhecia ninguém e estar sem sua rede familiar, na sua opinião, poderia ter tido um desfecho muito diferente. *“Eu passei por uma situação de*

⁵⁰ <http://www.institutobuzios.org.br/>. Acesso em 13 dez 2019.

⁵¹ A Comissão de Heteroidentificação é responsável pela verificação das características fenotípicas autodeclaradas pelo candidato.

urgência, e me dei conta de que eu não morri por conta do privilégio branco que eu pude usufruir das pessoas que estavam comigo - não só, mas basicamente por isso também”, afirmou.

Ao contrário do que aconteceu com Jacqueline, muitas mulheres não têm ajuda quando necessitam. A peregrinação, por exemplo, foi apontada por um problema especialmente de mulheres pretas (LEAL et al, 2017). Segundo o estudo, eram elas as que mais circulavam em busca de uma maternidade que as aceitasse para o parto. Com o objetivo de mostrar o sofrimento de passava por essa situação, Fátima Cidade passou a se vestir de peregrina. *“Elas continuam peregrinando, mesmo com muitos eventos como a gente tem promovido, algumas mulheres continuam peregrinando”, disse.*

Na época de nosso encontro, Fátima coordenava a Roda de Conversa com gestantes promovida pelo Movimento de Mulheres de São Gonçalo, município vizinho a capital fluminense, ensinando técnicas para as gestantes evitarem qualquer tipo de violência. Uma delas é levar o copo com a logo do movimento para o hospital quando entrar em trabalho de parto. Segundo Fátima, isso colabora para que os profissionais que atendam aquela mulher saibam que ela está bem informada e tem uma rede de apoio. *“Não posso fazer tudo, mas alguma coisa eu vou conseguir fazer, e é dessa forma que eu vejo eu te vejo o meu ativismo”, disse ela.*

Fátima, que já se candidatou a deputada tendo como plataforma de campanha a violência obstétrica, afirmou que fez isso para chamar a atenção para o debate. Ela está envolvida com a retomada das obras do Hospital da Mãe, um local que deveria ser referência para as gestantes da região de São Gonçalo, mas que segue como projeto desde 2012. Até o início de 2020, só havia a estrutura no local onde deveria estar o prédio. *“O Brasil foi sancionado pela morte da Alyne Pimentel. Foram criadas políticas públicas? Foram, mas foram interrompidas muitas ações por conta do desgoverno, por causa de gestão. Essa maternidade está lá no esqueleto, R\$37 milhões foram aplicados nela e não foi terminada, deixando toda uma região desassistida”, lamentou.*

Em 2019 Fátima representava o Movimento de Mulheres de São Gonçalo no CEDIM, além de fazer parte do Fórum de Mulheres Negras de São Gonçalo e do Fórum de Mulheres Negras Estadual.

Através de pautas diversas, mas em espaços compartilhados, as interlocutoras apresentaram conexões em suas histórias e agendas, possibilitando uma confluência em suas narrativas que viabilizou uma interlocução para a análise dos objetivos desta pesquisa.

4.2 INTERSECÇÕES DA VIDA: ENCONTROS, IDENTIFICAÇÃO E RESGATES

Entre cada caminhada, há pontos que se cruzam, se tocam. Mas não são apenas histórias que convergem: há opiniões, pontos levantados por cada uma delas, mesmo em diferentes entrevistas, locais de encontro, tempo de conversa. Algumas trazidas pelo roteiro, outras suscitadas porque suas lutas estão interligadas, seja pelos desafios enfrentados para chegar ao momento atual, pela compreensão da negritude como determinação de luta, ou pelo entendimento de comunidade e ancestralidade que algumas acabaram assumindo, mesmo em situações que parecem tão individuais. É sobre isso que falo nesta seção.

4.2.1 “No lugar onde faço meu ativismo”: gerações e dinâmicas de atuação

Minhas interlocutoras apontaram para uma compreensão dos termos ativismo e militância como sinônimos. Contudo, algumas reconhecem diferenças, já que sete delas optaram por se identificarem como *ativista*. Chama a atenção que nenhuma delas utilizasse somente o termo militante e que a maioria das que se identificaram como *ativista* tinha idades semelhantes, sinalizando uma possível questão geracional na escolha sobre como se identificar.

Analisando as entrevistas, foi possível perceber que um grupo havia nascido entre as décadas de 1950 e 1960 e outro entre 1972 e 1989. Foram seis entrevistadas do primeiro grupo, três delas nascidas em 1959. Da segunda geração, pelo menos cinco nasceram na década de 1980. Considerando esse perfil geracional, é possível notar que, para as participantes do primeiro grupo, era indiferente usar os termos ativista ou militante, parecendo se tratar de sinônimos; contudo, para as do segundo grupo, havia uma preferência de serem reconhecidas como ativistas.

Pensando nessa temporalidade, busquei possíveis fatos que marcariam essa relação entre geração e autoidentificação como militantes ou ativistas. As

mulheres nascidas entre 1950 e 1969 foram afetadas em sua juventude pelo que se aponta como segunda onda do feminismo. Neste período também acontecia o processo de redemocratização do país, a ascensão do movimento negro na saúde, o que pode ser apontado, especialmente a partir dos anos 1990, quando a incidência política passa a ser mais contundente, resultando anos depois na PNSIPN.

Some-se a estes marcos, os eventos que passaram a pautar os direitos humanos, como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo (1994), e a Conferência Internacional sobre Mulheres (1995), em Pequim, e que abordaram também questões específicas como os direitos sexuais e reprodutivos. Elas presenciaram ainda o surgimento de recomendações para o enfrentamento da violência contra mulheres, como o Ano Internacional da Mulher e a 1ª Conferência Sobre as Mulheres (1975), e a CEDAW em 1979 (TILIO, 2012), entre outras.

As mulheres da segunda geração, aquelas nascidas entre 1972 e 1989, também fizeram referência a todos esses processos em suas vidas, mas de uma maneira distinta. O primeiro marco democrático visto por este grupo possivelmente foi a Constituição Federal de 1988. Janaína Gentili, a mais velha deste grupo, relatou a apreensão do seu pai, militar, diante das discussões sobre a nova legislação, e como ela se sentia despreparada para escolher seus representantes na eleição pós-redemocratização. *“Ele me obrigou – de levar no braço ao TRE. Tirei aquele título para, no dia ou dias antes da votação, ele vir com aquelas cédulas com todos os números dizendo quem eu tinha que votar”*. Apesar de cada uma das mulheres ter iniciado seu ativismo de maneiras diferentes, o contexto histórico em que elas estavam inseridas ajuda a pensar como as discussões, movimentos e ações colaboraram na construção do ativismo atual de cada uma delas.

A movimentação política não era uma novidade, mas a atuação de grupos feministas era crescente e impactava discussões e formulação de políticas como as citadas anteriormente. Entre os anos 1980 e 1990, o feminismo começa a passar por transformações que viriam a marcar a mudança para a chamada terceira onda. O feminismo aqui é entendido como um “pensamento crítico que,

além de uma utopia, demarca uma concepção de luta política e de projeto de vida” (SILVA, 2016, p. 25).

A segunda onda do movimento feminista apresentava um caráter mais universalista e com pautas que se relacionavam a condição de ser mulher, como as questões reprodutivas e a luta por salários igualitários. Apesar de não haver consenso sobre quando aconteceu essa mudança, algumas feministas históricas, como Schuma Schumacher (2018), apontam que foi a chegada da década de 1980 que marcou a pauta sobre o corpo feminino, trazendo temas a descriminalização do aborto e o aprofundamento de discussões sobre a violência contra mulheres. Nessa época, as mulheres negras também passam a pautar seu lugar nesse feminismo que postulava o seu discurso a partir da concepção de uma mulher universal, sem levar em consideração o caráter excludente dessa perspectiva.

Foi ainda nessa década que surgiram organizações como Geledés, Fala Preta, Criola, além de intelectuais negras como Lélia Gonzales (RIBEIRO, 2016), que já assinalava a necessidade de noções mais abrangentes do significado de ser mulher, apontando como distintos marcadores sociais atingem diferentemente as pessoas. Em 1989, é cunhado o conceito de interseccionalidade, por Kimberlé Crenshaw (2002), uma feminista negra estadunidense, fazendo com que o movimento feminista reconhecesse que as opressões que atingem mulheres, em especial as negras, de outras maneiras, assim como apontado por Lélia Gonzalez.

No fim dessa década, o movimento feminista ganhou contornos mais múltiplos, ao mesmo tempo que apresentava um olhar voltado para uma perspectiva individual. Com a expansão da tecnologia, o acesso facilitado pela Internet, os ideais de liberdades individuais e as discussões sobre as questões de gênero, e não mais do sexo, ganharam não apenas as ruas, mas a rede web, conforme foi mostrado em capítulos anteriores, demarcando a presença da chamada terceira onda, cuja referência pode ser definida pela frase do início na década de 2010, “meu corpo, minhas regras”. Na tentativa de considerar a pluralidade, o feminismo buscou abandonar o caráter universalista e trouxe a questão identitária para o debate. “O dilema do movimento feminista na contemporaneidade parece ser como produzir positivamente identidades nas

margens, nos entrelugares e nos espaços de indefinição”, aponta Martins (2015, p. 239).

Para Maria da Glória Gohn (2012), a política de cotas nas universidades, o ProUni⁵² e a luta pelo Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010), do qual faz parte a PNSIPN, foram conquistas marcantes da luta dos negros ao longo da década, podendo ser indicadas a partir por duas frentes básicas: o reconhecimento de sua identidade racial (percebido através do aumento de pessoas que se reconhecem enquanto negros ao longo dos últimos 20 anos), e na redistribuição de bens sociais, como o acesso à universidade e a conquista de espaço no mercado de trabalho. Janaína chama esse período de “*era de ouro*” quando aborda o período de aumento da participação de negras nas universidades e espaços de decisão.

A participação social no contexto político pós-Constituição de 1988 começa a mudar, passando a construir novos cenários de atuação, especialmente a partir do fortalecimento das organizações sociais que passaram a institucionalizar essas atuações sociais, criando “novos espaços de interlocução entre Estado e a sociedade civil” (GOHN, 2012, p. 58). Isso gerou novos modos de pensar a participação política: a partir de suas estruturas, delineando decisões, ou como mostra Gohn sobre os projetos e programas nesse novo cenário, “ser propositivo e não apenas reivindicativo, **ativo** e não apenas **passivo reivindicante**” (p. 59, grifo meu).

Retornei aos escritos de Sales, Fontes e Yassui (2018), quando eles caracterizam o ativismo como ideias e propostas que partem do indivíduo *ativo*, enquanto a militância se dá numa perspectiva mais *passiva*, dependente de um poder central. De certa maneira, isso caracteriza a escolha das expressões a serem identificadas das duas gerações. Enquanto a primeira cresce durante um período de identificação com a militância e vê uma nova terminologia ser incorporada às suas ações, a segunda geração vem de um contexto social em que a palavra militância é utilizada como algo ligado às ações partidárias, sindicalizadas, ou de ação mais vertical, enquanto o ativismo acontece nesse

⁵² O Programa Universidade para Todos (ProUni) foi criado pelo governo federal em 2004, e oferece bolsas de estudos em instituições particulares de educação superior a estudantes brasileiros sem diploma de nível superior. Disponível em: http://siteprouni.mec.gov.br/o_prouni.php Acesso em: 23 fev. 2020.

modelo de participação ativa, pessoal e ao mesmo tempo coletiva, mas sem necessariamente estar institucionalizada.

Morgana Eneile é quem, entre as interlocutoras, demarcou melhor essa visão. Para ela, pode haver uma equivalência entre os dois termos, mas militante não precisa ter, necessariamente, relação com o ativismo. Para ela, esse último refere-se a uma pauta prioritária. *“Você pode ser militante de diversas causas, ou estar à disposição de uma determinada coisa, mas o ativismo demanda, muitas vezes, uma certa articulação de fatores que muitas vezes podem ir além da militância”*, afirmando, logo em seguida, que se dedica, neste momento, às discussões sobre parto humanizado, mas se considera **militante feminista** e do movimento negro, *“ainda que o meu lugar seja interseccionalizado por essas duas questões todos os dias, todos os tempos, no lugar onde estou e faço meu **ativismo**”* (grifos meus). Essa afirmação de Morgana indica o quanto os conceitos militância e ativismo são porosos mesmo para quem assinala diferenças. De modo geral, os termos se confundem e acabam sendo utilizados como sinônimos.

Ainda assim, há momentos que é possível perceber que o ativismo para ela é entendido não apenas como mobilização pessoal, mas como ação e método. Como, por exemplo, quando ela idealiza a formação de doulas ao longo de um período na perspectiva de geração de políticas públicas que demandem essas profissionais. Ou como sua experiência política no Congresso Federal possibilitou que ela manejasse as questões que foram surgindo no processo – que acabaram culminando na aprovação da Lei das Doulas (RIO DE JANEIRO, 2016) e na criação da Associação de Doulas no Rio de Janeiro – como forma de conseguir mais espaço político.

Para Janaína Gentili, essas diferenças se deram num tom bem mais crítico sob o termo militância. Apesar de se colocar como uma militante em alguns momentos, a ideia de militância, para ela, está bastante voltada a uma noção mais popular do termo, como a aproximação da militância com a anarquia. *“Eu acho que a militância é mais do mesmo. É muito superlativo, é a hashtag, #somostodosTaís #somostodosMaju #somostodosDanielAlves⁵³ e aí acabou, ”já*

⁵³ As três *hashtags* citadas por Janaína surgiram a partir de situações de racismo sofridas por Taís Araújo, Maju Coutinho, Daniel Alves. No caso da atriz e da jornalista, os ataques

fiz a minha parte", enquanto o ativismo, não, você está lá ativa a todo momento, estudando, tentando fazer alguma coisa, tentando mudar". Militância, a partir dessa concepção, são atos pontuais, de impacto, de visibilidade, mas de pouca transformação em benefício coletivo.

4.2.2 “Fui desbravando esses ativismos todos aí”: o ativismo forjado na experiência

A história de Thais Ferreira é marcada por situações em que ficar parada não era uma possibilidade. No quintal de sua casa, ela apontou para a rua e indicou onde eram as casas de familiares, enquanto contava a experiência de correr aquele trajeto, aos seis anos de idade, para fugir dos tiros e de pular corpos de pessoas mortas. A falta do Estado quando precisava ensinou que era necessário fazer algo e não esperar do outro. *“Crescer nesse ambiente foi o que me forjou. Não faria sentido eu não continuar sendo ativista, não continuar fazer ações que de fato possam impactar de forma positiva na política, e na política do dia a dia que é essa política de emergência”.*

O ativismo se fez na prática, surgindo a cada nova necessidade: uma nova gestação de alto risco, outro modo de parir, um olhar atento para as puérperas jovens que estavam ao seu lado, um novo modo de compartilhar o mundo entre crianças e suas mães. *“Fui desbravando esses ativismos todos aí”,* relatou. Para Thais, e outras tantas entrevistadas, o ativismo não é uma escolha, é a única opção. O motivo para isso é convergente: ter nascido mulher negra. *“O nosso ativismo, ele é necessário. Não vejo como a gente encontrar outra forma até que a gente tem a restituição plena, reparação mesmo”,* disse Thais.

Com a tranquilidade na voz, ela relatou como esse lugar de ativista a ensinou que, às vezes, é necessário alçar voos mais altos se a proposta é afetar. Foi assim que decidiu concorrer a uma vaga na Alerj em 2018. Um dia disse para si mesma, *“Vou sair desse lugar do ativismo e vou tentar disputar o poder institucional pra poder, de fato, impactar”.* Faltaram 241 votos para ser eleita deputada estadual pelo Rio de Janeiro, em uma campanha sem grande apoio do

aconteceram diretamente nas redes sociais, em 2015. Taís e Maju processaram alguns dos responsáveis pelos comentários racistas. O jogador ganhou a hashtag após um torcedor jogar uma banana durante um jogo de Daniel, em 2014. Na ocasião foi lançada outra hashtag, #somostodosmacacos, criticada por Daniel e que, descobriu-se depois, foi criação de uma agência de publicidade que inclusive investiu na venda de produtos com a frase.

partido pelo qual concorreu ou de outras estruturas, sustentada apenas por quem acreditava nas suas propostas. Em resposta à sua atuação nas eleições e por conta de sua história de ativismo pela primeira infância e pela saúde das mulheres, conseguiu uma vaga de assessora de uma deputada na Assembleia Legislativa de São Paulo. Deu uma pausa em suas ações em terras cariocas, mas não os planos de fazer algo por aqui, “*se eu consigo ajudar a resolver o problema de 645 municípios [em São Paulo], eu volto pros 92 daqui do [estado do] Rio e vai ser bem mais fácil*”, afirmou.

Apesar do ativismo parecer algo inerente e capaz de transformar o seu entorno, de alguma forma, a atuação nos espaços de decisão política parece ser a oportunidade de realizar ações ampliadas, para as entrevistadas. É a ideia de corpos negros ocupando espaços que geralmente não são reconhecidos como um lugar deles⁵⁴. Assim como Thaís, Fátima Cidade já se candidatou algumas vezes, Lúcia Xavier já foi filiada a um partido e Morgana se filiou assim que engravidou do primeiro filho, quando pensou que precisava se empenhar por um mundo melhor para ele. Isso chama atenção porque a atuação política partidária parece ser a possibilidade de ampliar e reverberar aquilo que elas chamam de micropolítica.

Para Guatarri e Rolnik (1996), a micropolítica se situa no nível da produção de subjetividade, a elaboração da política individual que vem em contraponto – ou não – à política social que, por sua vez, atua de forma ampla e direta na sociedade. A primeira diz respeito à subjetividade do indivíduo. “A questão micropolítica é a de como reproduzimos (ou não) os modos de subjetividade dominante” (GUATARRI e ROLNIK, 1996, p. 133). A micropolítica são as escolhas de atuação individual (as escolhas e modo como elas se colocam) frente a política posta socialmente, como as normas e protocolos (o SUS ou mesmo as práticas de humanização) existentes neste cenário, a macropolítica.

⁵⁴ No ano de 2018, houve um crescimento no número de candidatas autodeclaradas negras em todo o país, foram 1237 em todo o país. O Rio de Janeiro foi o estado com o maior número de candidaturas, 248 mulheres se registraram para a disputa, um aumento de 151% contra a eleição de 2014. O assassinato da vereadora Marielle Franco, em 14 de março de 2018, pode ter sido um dos fatores para esses números. Pelo menos três mulheres, do mesmo partido pelo qual Thaís concorreu, assumiram como deputadas estaduais. As três eram assessoras da vereadora. Disponível em: <https://congressoemfoco.uol.com.br/eleicoes/rio-de-janeiro-e-o-estado-com-mais-mulheres-negras-concorrendo-em-2018/>. Acesso em 6 fev. 2020.

A micropolítica das interlocutoras é dado através do olhar mais atento ao racismo passado para os alunos em sala de aula ou no acompanhamento da Residência, como disse Luíza Mahin; no modo como conduz seu trabalho e nas ações cotidianas empenhadas e assinaladas por Jacqueline Torres, ou uma opção no modo de atuar, como contou Morgana: *“De certa forma fiz a opção pela micropolítica, porque você estar no ativismo que é de um lugar do lugarzinho do lugarzinho, muitas vezes alimenta e te dá esperança para que você consiga pensar e propor coisas maiores”*.

4.2.3 “*Todo mundo muito parecido comigo*”: Quando o reflexo é ponto de partida

A empatia que gera união entre as mulheres foi resumida pela palavra sororidade. Do latim sóror, irmã, sororidade significava a busca pela irmandade entre mulheres numa perspectiva feminista, mas que não foi suficiente para compreender as diferenças existentes entre tantas mulheres, como cor ou orientação sexual (ARAUJO, 2001, p. 40).

Para Vilma Reis (2018) o vocábulo é adequado para mulheres brancas, mas quando falamos de mulheres negras o mais termo apropriado seria dororidade, já que essas compartilham não apenas seu gênero, mas também as dores provocadas por uma sociedade racista. Trata-se da presença visível da interseccionalidade que negras vêm abordando há anos.

Enquanto ouvia os relatos de minhas interlocutoras, eu repassava histórias pessoais ou pensava que aqueles casos poderiam ter sido vividos por mim. Pensava como a minha pele mais clara me permitia vantagens que mulheres de pele mais escura não experienciavam, ao mesmo tempo que nossa origem nos unia em um só grupo, e isso significava compreender precisamente o que meus ouvidos escutavam.

A dororidade estava presente nas explicações em que cada uma informava. Foi ver a si mesma na outra que mobilizou essas mulheres em muitas situações: na menina sentada esperando o atendimento de uma gravidez de risco; no corpo marcado pela violência doméstica; na mulher julgada por engravidar com uma doença crônica. Não eram apenas eventos isolados, algumas vezes eram as histórias delas acontecendo novamente, só que em outro corpo. *“Olhei pra todas as mulheres que estavam sentadas, sete horas da*

manhã, todo mundo muito parecido comigo, todo mundo mulher preta, mulher pobre, que vem de longe...”, recordava Thaís ao lembrar da primeira ação que fez na maternidade, ainda grávida.

“Eu sempre digo: eu seria minha paciente, eu seria minha gestante porque vejo as outras pessoas em mim mesma”, respondeu Fátima Cidade sobre sua atuação. Foi para superar o histórico de violência pessoal que Fátima se viu impelida a cuidar também das mulheres que chegavam até ela e nas quais ela se enxergava. *“Sobrevivi a violência doméstica”*, contou logo no início de nossa conversa. Após sair da relação abusiva, ela foi trabalhar em uma unidade de saúde. O trabalho era a chance de retomar a sua vida, cuidando de si e das filhas.

As negras são as principais vítimas da violência doméstica e do feminicídio no Brasil. O Atlas da Violência 2019 indica que 28,5% dos casos de homicídios contra mulheres aconteceram dentro da residência, “muito provavelmente estes são casos de feminicídios⁵⁵ íntimos, que decorrem de violência doméstica” (p. 40), informa o texto.

Os dados referem-se aos anos de 2007 a 2017, e mostram que o homicídio entre mulheres e não negras apresenta números diversamente expressivos: enquanto para o primeiro grupo o aumento foi de 29,9%, o segundo teve crescimento de 4,5%. Quando são tomados os números absolutos, essa diferença é ainda maior, sendo um aumento de 1,7% para as não negras e de 60,5% para negras. O Mapa da Violência 2015 – Homicídio de mulheres no Brasil⁵⁶ (WAISELFISZ, 2015), mostra que a taxa de homicídios no país foi de 4,8 para cada 100 mil mulheres em 2013, levando o país a ocupar a 5ª posição entre os maiores dados.

⁵⁵ O feminicídio se diferencia do homicídio por ele ser um crime em que a condição de gênero é fundamental para que o mesmo tenha acontecido. Foi por ser mulher que a vítima foi assassinada, enquanto o homicídio, ou a versão feminina pouco utilizada, femicídio, acontece com mulheres mas sem relação direta com o fato de serem as vítimas do sexo feminino.

⁵⁶ Desde 1999, o dia 25 de novembro foi eleito como Dia Internacional de Eliminação da Violência contra as Mulheres. Em 2015 a ONU lançou a campanha “UNA-SE Pelo Fim da Violência contra as Mulheres”. Por conta da campanha foi lançado neste ano o mapa da Violência 2015 – Homicídio de mulheres no Brasil, que mostrou que entre 1980 e 2013, este dado tem aumentado anualmente. O único período de queda é em 2006, quando foi sancionada a Lei nº 11.340, a Lei Maria da Penha.

https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf.

<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em 09 mar 2020.

Como conheceu diversas formas de violência ainda dentro de casa, foi fácil para Fátima reconhecer a violência sofrida pelas mulheres que encontrou na sua atuação profissional. A diferença é que ela se apresentava de uma outra forma: a violência agora era obstétrica. *“Feliz por estar sobrevivendo aquele momento de tanta violência que consegui sair, eu comecei a reparar que aquelas mulheres que estavam ali naquele local para parir, na maioria mulheres muito pobres, mulheres negras como eu, elas não tinham ninguém que as defendessem”*.

Quando engravidou e começou a frequentar rodas de conversas de gestantes, Paula Inara demorou um tempo para se dar conta que estava *“em uma bolha”*. Quando percebeu, decidiu que podia fazer diferente. *“[Vi] quão elitizado e quão elitista, no sentido de excludente, é essa visão de consciência quando você não amplia esse discurso. Vi que eu estava vivendo um momento de privilégio, e falei ‘peraí, nem todas as mulheres negras têm acesso as coisas que eu tenho acesso’”*. Ela tinha a comodidade de frequentar o espaço das rodas e de buscar informação. Resolveu dar um novo sentido a essas oportunidades e tornou-se doula na tentativa de mudar o cenário. *“Se não vigiar, você sai uma bolha e cai em outra de achar que o mundo é lindo, que tá tudo muito bem, ‘que bom que eu consegui o meu parto’... E não é assim, continuam tendo muitas mulheres que não têm acesso a isso e que vão morrer na porta dos SUS, que ninguém muda, ninguém faz nada”*. Desde 2019 coordena o Núcleo de Doulas da Baixada Fluminense que tem a expectativa de levar informação e produzir diferenças exatamente para as mulheres que mais sofrem na hora de seus partos: mulheres negras.

Ariana Santos era enfermeira obstétrica em um coletivo de parto humanizado quando percebeu diferenças no tratamento às gestantes que procuravam o grupo. Mensagens não respondidas, ligações nunca retornadas, perguntas sem respostas a deixaram inquieta. *“Provavelmente se fosse eu ou alguém da minha família pedindo pra ser atendida, não seríamos porque a gente não ia ter R\$ 8.000 para pagar, e talvez nem respondessem”*. Diante desse cenário, decidiu sair do grupo para montar um coletivo de parteiras negras que atendesse *“essas mulheres que ninguém quer atender, que ninguém nem quer responder”*. Foi quando nasceu o Sankofa.

O reconhecimento veio rápido, poucos meses depois estava em mesas que discutiam parto e nascimento para falar sobre a iniciativa. Antes mesmo do Sankofa, ela já era conhecida por dar aulas nos cursos promovidos por coletivos de doulas. Durante nossa conversa, falou muito sobre autocuidado da mulher negra e a luta contra o racismo, e como isso implica tanto estar em espaços de atuação em que ela acredita, quanto em se preocupar com quem estará ao seu lado nos debates, além de prever quanto de tolerância e quais os limites são necessários para garantir sua saúde mental. *“Entender que você tem um limite – todo mundo tem. Você é um ser humano, e a gente não pode tirar a humanidade da gente mesmo para poder lutar contra o racismo, isso não dá mais para fazer. Então, às vezes, é dar a sua pausa mesmo. Chegou um momento [que alguém convida]: “você vai estar na mesa com fulano, cicrano, beltrano”... como é que eu vou ficar para estar nessa mesa? Vou ter que me preparar psicologicamente, e eu tenho um mestrado para acabar. A gente não tem que ser ativista 24h, a gente não tem de estar nessa militância 24 horas, não tem como”.*

A ativista, a profissional, a acadêmica e a política se fundem em sua fala e nos leva a compreender suas escolhas, como abrir mão de estar em determinado espaço por conta do autocuidado, ou preferir ser chamada de parteira e não necessariamente de enfermeira, e cursar o mestrado para legitimar sua fala. Ao mesmo tempo que afirma que *“não foi uma escolha consciente”*, as possibilidades e as decisões a transformaram na figura que me foi tantas vezes indicada para participar dessa dissertação.

O autocuidado sobre a prática do ativismo também é ponto de pauta para Louise Silva. O problema é que o racismo e as violências contra a população negra não tiram férias. Adoecer foi determinante para ela reavaliar qual a situação limite para haver uma parada. *“Em determinado momento da minha vida de adoecimento total, com anemia profunda, a médica querendo me internar e eu não parava de trabalhar, e aí a minha filha falava, “mas e se você morrer? A população negra vai continuar aí, alguém vai ter que fazer alguma coisa, então vai se cuidar”.* E o autocuidado não é apenas relativo a doenças, mas à própria vida. Quando questionei sobre o receio de ser ativista no Brasil, ela logo indicou que se *“está se sentindo ameaçada, não brinca com isso não, isso é coisa séria”.*

Viver num país em que a morte de lideranças e pessoas que defendem os direitos humanos é bastante recorrente, é preciso ter cuidado. Segundo dados da Anistia Internacional (2018), o Brasil teve 62 defensoras mortas entre janeiro e setembro daquele ano, constituindo-se em um dos maiores índices do mundo nesta categoria.

É curioso perceber que as entrevistadas reconheceram a importância do trabalho que realizam, mas, mesmo no cenário atual brasileiro, não se sentem ameaçadas. Elas não se sentem importantes o suficiente para representarem algum perigo, ao passo que são reconhecidas como mulheres de atuação importantes umas pelas outras.

Ariana, apesar de ser recorrentemente lembrada para participar dessa pesquisa, não consegue se ver num papel emblemático nesse cenário. Segundo as discussões feitas por Fanon (2008), essa seria uma consequência do racismo, apontamento reconhecido pela própria Ariana: *“Eu tenho um problema - que aí eu acho que é realmente essa lógica do racismo, do [não reconhecimento do] mérito - eu não me vejo ainda nesse lugar, não peguei pra mim essa coisa da representação, das pessoas estarem olhando pra você e mirando, 'essa pessoa, talvez, represente um perigo'. Então não me preocupo tanto [para pensar] o que será que vai acontecer daqui para frente”*.

Mesmo Lúcia Xavier, com toda a representatividade nacional que possui, só considerou o risco quando a vereadora Marielle Franco foi assassinada. Ainda assim, o medo passou e ficou a precaução, potencializada por quem estava ao seu lado. *“Eu diria que eu não me sinto ameaçada, mas eu tenho precauções: eu evito coisas que eu sei que poderão me gerar dificuldades. As medidas de segurança, tanto institucional quanto pessoal, a gente vai tomando. Acho que quanto mais coletivamente a gente trabalhar, mais forte as nossas organizações estiverem, menos problemas nós vamos ter”*.

Essa ação coletiva é marca das mulheres negras, como demonstrado anteriormente. A ideia de estar juntas, em marcha, seja ela real ou figurativa, move e dá suporte para essas mulheres. Se a perda de Marielle representou sofrimento, ela também foi momento de reflexão, acolhida e apoio, mas sem jamais silenciar. *“Quando Marielle morreu, nós mulheres negras, nos reunimos em torno dos cuidados que a gente precisava ter conosco e com as outras. Acho*

que a gente precisa se cuidar, sim, mas é impossível se calar”, lembrou Luciene Lacerda.

4.2.4 Sankofa: Olhar o que passou para construir o que virá

Um pássaro que voa para frente com a cabeça voltada para trás, olhando para o passado para ressignificar o presente. Esse desenho é o Sankofa, símbolo que sintetiza o provérbio "Não é errado voltar atrás pelo o que esqueceu"⁵⁷ dos Akan, povo que se espalha pelos territórios de Gana, Costa do Marfim e no Togo. Essa cultura de se voltar para a história e experiência de quem veio antes é algo muito presente entre minhas interlocutoras, especialmente quando elas falam sobre sua ancestralidade.

Para Adilbânia Machado (2011) ancestralidade é

uma raiz sentimental, que recria, atualizando-se na universalidade, a partir de um contexto, manifestando-se nos costumes e tradições, com grande aporte na memória grupal e individual, suas manifestações materiais e imateriais, especialmente no seu fortalecimento pela identidade e preservação, integração, sua cultura. (p. 206)

Durante as entrevistas, a ancestralidade apareceu de duas maneiras: fazendo referência aos antepassados de relação muito próxima, como avós e bisavós; e remetendo aos ancestrais africanos, os sequestrados de África e escravizados no Brasil.

Elas acessam essa história comum para referir-se a uma noção de ancestralidade única, que tem correspondentes em tempos remotos e traz em si um saber que é milenar, e ao mesmo tempo sagrado, e que remete ao pertencimento como um só povo. Para a filosofia africana, a ancestralidade não se resume aos ascendentes diretos, mas a conexões espirituais capazes de promover aprendizados e colaborar nas escolhas, pensando sempre em um denominador comum: pertencer a um mesmo povo.

⁵⁷ "This symbol often is associated with the proverb, "Se wo were fi na wosankofa a yenkyi" which translates to, "It is not wrong to go back for that which you have forgotten". Tradução nossa. Disponível em: <<https://web.archive.org/web/20110420131901/http://ctl.du.edu/spirituals/literature/sankofa.cfm>> Acesso em 10 fev. 2020.

Não precisa ser uma pessoa ou espírito que conhecemos ou imaginamos. Pode ser uma árvore (...). O tataravô que morreu há muitas gerações pode ter se unido a um conjunto de espíritos, e o tataraneto nem consegue identificá-lo. É possível que seja um riacho correndo longe. (SOMÉ, 2003, p. 28)

Para pensar nessa ancestralidade é preciso desprender-se do conceito de temporalidade linear adotada pelos ocidentais que pensam o agora e o amanhã, ou presente, passado e futuro. A partir de uma perspectiva africana, pensa-se num tempo vivo, não-linear. A ancestralidade é presente, passado e futuro num mesmo momento.

Essa segunda noção vai ao encontro de uma perspectiva de ancestralidade tomada como categoria analítica por alguns pesquisadores. Freitas e Santos (2018) afirmam que essa busca por um referencial ancestral no Brasil é “gerador de uma importante série de estudos de ordem epistemológica e política, ao apresentar como base as experiências dos povos negro-africanos recriadas em solo brasileiro” (p. 129). As autoras chamam a atenção que essa ancestralidade analítica ajuda a compor a identidade do ser negra no Brasil, impulsiona a pensar sobre outros mundos, além de gerar potencial criativo e força motora.

“Eu gosto muito de resgatar essa parte da ancestralidade, de resgatar o que aconteceu, o que veio antes para eu saber para onde que eu estou indo”, relatou Thaís Ferreira. Ela utiliza ancestralidade para pensar a história da saúde sexual e reprodutiva das histórias da sua família enquanto planeja propostas de mudanças que se referem também a situações vividas por seus familiares, *“entendi que em 2012 quando perdi meu filho, eu ia ressignificar esse luto que vivenciava numa luta que seria por todas nós”.*

Assim como Thaís, Maria Odília Teixeira citou o histórico familiar para justificar a escolha da profissão, mesmo conhecendo essa história somente após o fim da formação como médica obstetra. *“Acho que a ancestralidade chama a gente, porque depois de adulta, eu fui descobrir que a minha tataravó e minha bisavó eram parteiras. E a minha tataravó contava para minha bisavó que, até no tempo da escravização a nossa gente vinha de uma linhagem de mulheres que atuavam no parto”.* Para a enfermeira obstétrica Ariana Santos, a escolha

da profissão também perpassa a colaboração ancestral, *“eu entendo que eu fui levada para isso, mas não foi uma escolha consciente”*.

Ao falar desse pertencimento, Thaís apontou ainda para outra ação: o aquilombamento, ou como ela prefere, sem o A. *“Se a gente não se quilombar, se a gente não continuar criando esses espaços seguros para poder continuar nossas utopias, a gente vai continuar morrendo”*. Esses quilombos, segundo ela, não se resumem a espaços físicos, mas referem-se também a pensamentos e ações em que pessoas negras se sentiram acolhidas e compartilhavam um mesmo ideal. A ideia de atuação coletiva ganha força quando recordamos o movimento de mulheres negras ao longo da história. Frequentemente, ao longo das entrevistas, essas referências são retomadas para embasar ideias e ideais, como a luta contra a esterilização em massa na década de 1980, ou os motins de escravizados que tinham nas mulheres – como Luíza Mahin e os malês – a capacidade integradora da ação.

4.3 *“EU SABIA QUE ELA IA ME TRAZER ESSA PERGUNTA, “FOI MAIS QUE VIOLÊNCIA, NÃO FOI?”*⁵⁸: QUANDO RACISMO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SE ENCONTRAM

“Você quer falar sobre algo que eu não perguntei?” A última pergunta da entrevista abria um leque de possibilidades. Para algumas a resposta era rápida, acompanhada com o olhar no relógio para calcular o tempo até o próximo compromisso. Para outras, significava um levantar de olhos, um *“deixa eu pensar... Não, acho que o que falei está bom”*, ou uma última frase que sinalizava para a expectativa de ter correspondido a uma idealização ou parâmetro sobre o que havíamos conversado.

Com Morgana Eneile essa pergunta foi respondida com outra pergunta, ou melhor, com uma provocação: *“acho interessante você refletir: por que esse tema demorou tanto a chegar no universo do feminismo?”*. Apontando a seguir uma possível hipótese: *“a maternidade não era uma pauta das mulheres porque só era um problema das mulheres negras”*.

⁵⁸ A frase foi dita por Morgana, durante a entrevista, citando um atendimento que fez como doula a uma família negra.

A fala de Morgana me lembrou meu primeiro encontro com Lúcia Xavier, um ano antes de entrevistá-la, quando afirmou que o termo “violência obstétrica” era uma criação de mulheres brancas. Na opinião de Lúcia, o que acontece no contexto da gestação, parto e nascimento com os corpos das mulheres trata-se de racismo, e não um novo tipo de violência. “*Não há violência obstétrica quando uma menina de 14, 18 ou 30 anos entra numa unidade de saúde. É racismo que está aqui, e é isso que vai pautar até o fim*”, explicou.

Falar sobre feminismo e racismo nos remete ao feminismo negro, mas ele é só uma parte de um movimento bem mais diverso. Quando falamos em feminismo de maneira universal, ainda se conserva uma ideia inicial e generalista de uma mulher, que por questões de construções sociais e do racismo estrutural, não é a negra. “Pensar feminismos negros é pensar projetos democráticos” afirma Djamila Ribeiro em seu livro *Quem tem medo do feminismo negro* (2018).

Sueli Carneiro (2003) indicou que no Brasil é preciso *enegrecer o feminismo*, chamando a atenção para o fato que o feminismo clássico conceitua, na verdade, a mulher branca e ocidental, e com esse outro olhar é possível “revelar a insuficiência teórica e prática política para integrar as diferentes expressões do feminino construídos em sociedades multirraciais e pluriculturais” (CARNEIRO, 2003, p. 118).

É necessário, portanto, um exercício diário para repensar esses papéis que são colocados na sociedade, e a interseccionalidade parece ser uma ferramenta essencial para compreender as necessidades apresentadas por diferentes mulheres, pois ela “visa incluir questões raciais nos debates sobre gênero e direitos humanos e incluir questões de gênero nos debates sobre raça e direitos humanos” (CRENSHAW, 2004, p. 8).

Quando falamos em questões reprodutivas, são as negras que detêm os piores índices de vulnerabilidade. Elas iniciam o pré-natal mais tarde, frequentam menos consultas, tem menos informações a respeito sobre o parto e peregrinam mais entre maternidades (LEAL, 2017).

Outro exemplo dessa fragilidade é o aborto, que faz das negras as principais vítimas. No Brasil, as pretas têm 2,5 vezes mais chance de morrer em consequência do ato do que uma branca (MONTEIRO, 2008), dado que a

assistência ao abortamento prevalece o preconceito, abuso e má-conduta (ADESSE, 2006).

A mortalidade materna é considerada como uma violação aos direitos reprodutivos, uma vez que a maior parte das mortes são preveníveis (DINIZ et al., 2015), e assim como no aborto, a razão de mortalidade materna é 2,5 vezes maior em mulheres pretas do que em brancas (LEAL, 2017). Das mortes maternas ocorridas na capital carioca durante 2018, 26% foram de mulheres pretas e 52% de mulheres pardas, no ano anterior esse indicador era de 22% e 47,1% respectivamente. Entre 2017 e 2018, a queda ocorreu somente entre as brancas, indo de 35,7% para 22%⁵⁹ (SUBPAV/SVS/CAS, 2019).

E é a mortalidade materna um dos exemplos mais acessados para exemplificar a relação entre o racismo e a violência obstétrica pelas interlocutoras. Os casos de Alyne Pimentel e Rafaela Santos, já trazidos anteriormente, são dados como exemplos. A similaridade das situações chama atenção não apenas pelas características sociais de ambas, mas por serem puérperas que poderiam ter suas mortes evitadas se não fosse pela omissão e descaso dos profissionais de saúde que as atenderam.

Louise Silva, por exemplo, adotou durante toda a entrevista a prática de falar a partir da mortalidade materna e não da violência obstétrica. Mesmo quando eu a questioneei sobre a discussão do termo naquele período (junho de 2019, um mês após o MS lançar um documento refutando o termo), ela lembrou que teve a sorte de estar trabalhando com pessoas que buscam estratégias para diminuir essa questão para logo em seguida lembrar que é um grupo que “*está olhando para a mortalidade materna*”. Entre os limites do que é considerado violência obstétrica, a mortalidade materna estaria na extremidade do que a violência obstétrica pode significar.

Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 1996 e 2018, quase 67% das mortes maternas foram por causas obstétricas diretas, aquelas que ocorrem em consequência da gravidez e que são tidas como evitáveis. Hipertensão

⁵⁹ Esse foi um dado compartilhado pela Coordenação de Análise da Situação de Saúde da Superintendência de Vigilância em Saúde da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da secretaria municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro durante a reunião do CTSPN no dia 22 de maio de 2019. Disponível em: https://drive.google.com/open?id=1c3wG9T2P-a0YO_OmT3AYfugfq4Oi1COk&authuser=0. Acesso em 26 jan. 2020.

(eclâmpsia e pré-eclâmpsia), hemorragia, infecção puerperal e abortos foram as principais causas diretas no período (BRASIL, 2020). As negras têm predisposição biológica para hipertensão arterial, além de “fatores relacionados à dificuldade de acesso; à baixa qualidade do atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas” (BRASIL, 2009).

Em um de seus textos, Crenshaw (2002) cita o Brasil como exemplo de país que desenvolvia mecanismos de proteção legal contra as discriminações racial e de gênero, porém, a iniciativa não contemplava as vítimas da discriminação racial como mulheres, e as vítimas de discriminação de gênero como podendo ser mulheres negras, apontando que essas leis “acabam não surtindo o efeito desejado e as mulheres ficam desprotegidas” (p. 8).

Se entre diferentes grupos de mulheres é o aumento da melanina que indica o aumento dos riscos ao se ter um filho, essa relação tem nome. “*O racismo é uma estrutura, então é tudo. Ele não só influencia, ele tá na vida dessa sociedade, a mesma coisa eu digo em relação ao racismo e a mortalidade materna das mulheres negras. O racismo estrutural e o institucional impede de que ações sejam construídas e pensadas coletivamente para esses casos*”, indicou Louise.

Arraigado na estrutura social e nas instituições, o racismo é um dos principais ocasionadores de iniquidades na saúde, e pode aparecer como barreiras aos direitos reprodutivos, a exemplo do que ocorreu com Alyne e Rafaela.

Quando discutimos o racismo estrutural, consideramos que o racismo é uma ideologia, e como tal, molda o inconsciente (ALMEIDA, 2018). O imaginário social perpetua a ideia de que negras são naturalmente mais fortes, suportam melhor a dor e tem mais filhos por determinação biológica e escolhas pessoais. Não recomendar analgesia por entender ser desnecessário, ou acreditar que a dor daquelas mulheres é suportável por seu corpo estar preparado para isso, são exemplos de como o racismo estrutural age na sociedade e de como o racismo institucional é aplicado na rotina da saúde.

Para Jurema Werneck (2016), o “racismo institucional equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de

indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo” (p.543), e pode ser reconhecido tanto pelas decisões individuais dos profissionais das instituições e que atingem os corpos negros, bem como, em um nível estrutural, pela falta de financiamento e políticas adequadas voltadas à eliminação do racismo.

Nota-se, por exemplo, os dados sobre mortalidade materna⁶⁰ e a falta de ações efetivas para que essas realidades sejam transformadas. Após a morte de Alyne Pimentel, o Brasil foi considerado responsável pelas negligências e discriminação racial ocorridas contra a jovem pelo comitê CEDAW, e gerou ações dentro da proposta da Rede Cegonha⁶¹, mas que pouco se efetivaram quando falamos da condição racial e social das vítimas, ou os números de óbito de negras gestantes ou puérperas não continuaria a crescer.

“Essa morte não deu oportunidade dos movimentos feministas e das mulheres negras se juntarem em torno da exigência das recomendações que o caso trouxe. Lógico que alguma coisa melhorou, mas não foi suficiente pelo nível de morte que a gente vê, pelo nível de atendimento desumano que essas mulheres têm”, analisou Lúcia Xavier sobre o caso de Alyne.

Uma saída para essa situação seria a justiça reprodutiva, conceito que vem ganhando espaço no Brasil, e que em terras cariocas vem sendo muito acionado a partir da organização coordenada por Lúcia, Criola. *“Acho que esse conceito talvez traga, em termos comunicacionais e políticos, exatamente a amplitude do que significa para nós a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos”*, explicou Lúcia quando questionei o porquê da adoção do termo.

A justiça reprodutiva foi criada por mulheres afro-americanas em 1994, após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo,

⁶⁰ A meta estabelecida pela ONU ao Brasil como parte dos Objetivos do Milênio era reduzir a mortalidade materna entre 2000 e 2015 em 75%, chegando a uma taxa de 35 mortes a cada 100 mil nascidos vivos. O número não foi alcançado, ficando acima de 60 mortes. Para 2030, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a proposta é baixar 50% esse número, chegando a 35 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Em 2017, o município do Rio de Janeiro registrou a taxa de mortalidade materna de 82,82 casos a cada 100 mil nascidos vivos. Disponível em: <http://rd.portalods.com.br/relatorios/12/saude-e-bem-estar/BRA003033068/rio-de-janeiro---rj>. Acesso em: 25 fev. 2020.

⁶¹ A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que desde 2011, atua com foco na saúde materno-infantil, e que se propõe a atuar no planejamento reprodutivo, gravidez, parto e pós-parto. Entre suas características estão “o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, a participação e mobilização social e a promoção da saúde e da equidade”. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/94558-rede-cegonha-pratica-de-atencao-a-saude/>. Acesso em 21 maio 2020.

e na época foi definida como saúde reprodutiva integrada à justiça social, baseando-se no entendimento que o impacto nas mulheres de cor, raça e gênero não é adicional, mas integrativo, fazendo referência ao conceito de interseccionalidade.

A visão interseccional da justiça reprodutiva é descrita como “o completo bem-estar físico, mental, espiritual, político, social, ambiental e econômico de mulheres e meninas, com base na plena conquista e proteção dos direitos humanos das mulheres” (ROSS, 2006, tradução minha). Esse entendimento sobre a questão reprodutiva parte de três premissas focadas no direito de *women of color*⁶² e indígenas de ter filhos, no direito de não tê-los utilizando métodos contraceptivos, aborto ou abstinência⁶³; no direito de, os tendo, parir nas condições escolhidas; e o direito de criá-los em condições adequadas, em ambientes seguros, com apoio e de forma saudável (ROSS, 2006, 2017; ROBERTS, 2015).

A justiça reprodutiva considera o aspecto dos direitos de forma ampla, entendendo que escolha e acesso não são os únicos itens a serem considerados quando se fala de questões reprodutivas para determinados grupos de mulheres. É preciso levar em conta os impactos em outras áreas de sua vida promovidas pela sociedade onde está inserida. Loretta Ross (2006), da *SisterSong - Women of Color Reproductive Justice Collective*⁶⁴ (Coletivo de Mulheres de Cor pela Justiça Reprodutiva, em tradução livre), indica que a análise da justiça reprodutiva se concentra nos fins (melhores vidas para as mulheres, famílias mais saudáveis e comunidades sustentáveis) e não nos meios, como os debates

⁶² O termo, em sua tradução literal, seria mulheres de cor. Nos EUA a classificação “de cor” significa toda pessoa não branca, ou seja, de origem não-europeia. Nesse caso, essa classificação engloba pessoas de origem africana, asiática, hispânica, latina... Toda pessoa não reconhecida como “branca” é considerada uma “pessoa de cor”.

⁶³ A abstinência é bastante presente no debate político sobre sexualidade de governos dos EUA. Partindo de uma premissa moral, a abstinência foi tomada como foco na década de 1980, com o governo Regan, e fortalecida no governo Bush, e mais recentemente regressou à cena com Trump. No período Obama, a política de abstinência perdeu espaço, mas não foi esquecida. A crítica das pesquisadoras é que as políticas voltadas para a promoção da abstinência a utilizam como única alternativa, não oferecendo informações sobre outras possibilidades para saúde sexual e reprodutiva, além de ser fundamentada em aspectos moralistas e religiosos. A ação é voltada primordialmente para o público jovem, e não estimula o conhecimento e utilização de outros métodos contraceptivos, como a camisinha. Nada muito diferente da proposta da pastora e atual ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damare Alves, que defende a abstinência como método de prevenção da gravidez na adolescência. Informações disponíveis em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-51043161>>; Barroso e La Rosa (2007).

⁶⁴ <https://www.sistersong.net/mission>. Acesso em 15 jan. 2020.

sobre aborto e controle de natalidade “que negligenciam as experiências da vida real de mulheres e meninas” (p.2). É uma teoria radical sobre direitos humanos com foco na equidade, justiça e dignidade.

O termo colocado nas condições brasileiras, conforme citado por Lúcia, amplia a dimensão de direito individual, e parte para um entendimento universal sobre o que afeta aquela mulher. Não é apenas fazer o pré-natal, mas tê-lo com qualidade, em horários que atendam às suas necessidades, que ela tenha acesso facilitado à unidade de saúde, sem ser submetida a situações que dificultem esse acesso, como não ter recurso para o vale-transporte ou não poder chegar à unidade por causa de confronto entre policiais e traficantes na favela.

É, portanto, compreender que condições materiais, políticas, econômicas e sociais interferem no processo de direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres. *“A justiça reprodutiva é justamente quando você consegue alinhar todas as condições de vida que lhe permitem tomar as melhores decisões. Você não está sob violência, não está afetada pela fome, pelo desemprego, pela falta de educação, pela violência doméstica. Você não está afetada pelo lugar onde você mora, por outras violências que ultrapassam esse processo, você não está em conflito com o seu trabalho - especialmente as trabalhadoras domésticas - e você não está sendo obrigada a medidas que o próprio estado acha que você deve tomar em relação ao seu corpo, a sua decisão”*, citou Lúcia.

Tomando por exemplo os óbitos maternos ocorridos entre 2016 e 2018, a maior parte, 20% deles, estão relacionadas a complicações obstétricas indiretas, ou seja, eles aconteceram por agravamento de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Significa que a sociedade falhou com essa mulher ao não dar condições para o desenvolvimento apropriado dessa gravidez.

O conceito ajuda a compreender o que Morgana falou no início do capítulo sobre o feminismo e a maternidade de mulheres negras. Ter oportunidades de escolha é algo que surge a partir da luta e entendimento dessas mulheres sobre seus próprios corpos, tenham elas passado ou não por um parto. A justiça reprodutiva, bem como a vertente negra do feminismo, nasce da experiência

contra-hegemônica e não se resume a aspectos teóricos ou acadêmicos. Elas são vivenciadas a partir do ativismo, da identificação de mulheres como sujeitos políticos, com lugar de fala, refutando a ideia da máscara que emudecia Anastácia e condicionava ao silenciamento e a desumanização quem a utilizava (RIBEIRO, 2018, KILOMBA, 2019). As vozes de mulheres negras surgem a cada dia insurgentes e urgentes reivindicando justiça social.

A violência obstétrica, por sua vez, é caracterizada primeiramente como uma violência de gênero, conforme afirmo em capítulos anteriores. Compreender a violência obstétrica sobre o corpo de mulheres negras foi um segundo momento da discussão. Inicialmente, o debate ganhou espaço com a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, em 2010, reiterada pela Nascer no Brasil (2012). Contudo, em 2018 e 2019 o tema ganhou um cenário mais amplo e de mais visibilidade.

Com o parecer do Conselho Federal de Medicina, em outubro de 2018, a indicação do MS de eliminação do termo em seus materiais, em maio de 2019, e a movimentação de diferentes grupos em resposta a essas ações, eventos, debates, audiências públicas passaram a trazer luz à questão. O jornalismo nacional passou a acompanhar com mais atenção o debate, e revelou, por exemplo, que o governo federal registrou um aumento de denúncias 10 vezes maior entre os quatro primeiros meses de 2019 quando comparado ao mesmo período em 2018 (CERDEIRA, 2019).

Entretanto quando se fala sobre o perfil das mulheres que faziam essa discussão nos primeiros anos, ele era o de mulheres de classe média e brancas. Isso pode ser visto, por exemplo, quando assistimos aos filmes que abordam a questão no período, como *A Voz da Brasileiras* e *Renascimento do Parto*. Luíza Mahin reclama que essas referências, apesar de utilizadas para debater o assunto com suas pacientes, é uma realidade muito distante delas, “*vamos passar um Renascimento do Parto, com aquelas casas, mansões...*”.

Conforme disse Lúcia, o incômodo não parte como uma proteção para todas as mulheres, mas para um grupo seletivo, ao menos até determinado momento. Se as pesquisas demonstravam a violência, a cor de quem sofria é explicitada com o artigo *A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil* (LEAL et al, 2017), produzido a partir dos dados na *Nascer no*

Brasil. Apesar de não se propor a discutir essencialmente o racismo, são os dados da pesquisa que mostram o cenário de iniquidades sofridas por negras. A partir daquele momento não havia mais dúvidas, as vítimas são negras, em especial pretas, e a condição social ou escolar pouco importava para quem comete a violência.

O artigo *A Vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde* (DINIZ et al, 2016) traz a história de Mary Dias, uma universitária negra que teve duas episiotomias no mesmo parto, ocorrido em um hospital-escola de São Paulo, para que, supostamente, dois estudantes tivessem a chance de treinar a sutura em sua vagina. O texto indica ainda que em outros países, treinamento para esse tipo de técnica é realizado, preferencialmente, em modelos sintéticos e peças específicas, enquanto no Brasil muitos profissionais relatam o início de seus treinamentos de habilidades cirúrgicas em pacientes, normalmente usuárias do SUS.

O corpo marginalizado ser acessado sem permissão, ou como instrumento de aprendizado é histórico, e ainda se repete. E como temos uma sociedade racista, a associação da marginalização ao corpo negro é facilmente atestada. Luíza Mahin lembrou das aulas da faculdade durante nossa conversa. *“O que é a mulher negra para a medicina? Onde ela foi inserida? Foi usada para aprender técnicas de cirurgia obstétrica, ginecológica sem anestesia. Esse é o corpo negro dentro da medicina. Se hoje não está sendo usado sem anestesia, são as pessoas que a gente usa no anatômico - na maioria das vezes que a gente vai usar corpos para poder fazer aula de anatomia, são corpos negros”*.

Na realidade, a analgesia continua a não ser aplicada e oferecida em muitos casos quando falamos de parto e mulheres pretas, conforme mostra o artigo de Leal (2017). As mulheres continuam a sofrer episiotomia desnecessariamente e sem anestesia, como aconteceu com Isabel Cruz há mais de 30 anos.

Ela é quem aponta para a violência obstétrica cometida contra mulheres como uma expressão mais visível do racismo, somada ao sexismo e a misoginia, e indica que não é possível falar somente em violência obstétrica quando aborda a condição racial porque *“essa mulher, superada a questão perinatal, ela vai continuar sendo discriminada no seu exame preventivo, ela vai ser discriminada*

quando levar a criança para uma consulta de puericultura, ela vai ser discriminada novamente no outro pré-natal”.

Apesar da violência obstétrica colocar em cena a questão do gênero, para as negras ela ganha contornos ainda mais cruéis uma vez que se associa, conforme afirma Isabel, ao racismo. Para Dána-Ain Davis (2018) o ato ocorrido na intersecção entre o racismo e a violência obstétrica deve receber o título de racismo obstétrico, uma vez que as violências sofridas pelas mulheres entrevistadas pela autora têm fundamentação em sua cor de pele.

A partir de três casos, Davis demonstra como a condição social pouco importa quando se fala de racismo obstétrico nos Estados Unidos. Ideias pré-estabelecidas, como considerar que a mulher negra e seus filhos são mais fortes e, portanto, demandam menos atenção e cuidados; ou supor que por parecer jovem, automaticamente essa mulher seria mãe solteira; ou ainda, que uma mãe não precisava de explicação sobre o que estava acontecendo com ela e o filho já que não seria capaz de compreender.

A autora chama a atenção também para o fato de como os dados de pesquisas norte-americanas sobre partos adversos são associados a negras, levando a crer que a classe social acaba resultando em dados negativos sobre essas mulheres, sem considerar o racismo como um fator estruturante para que as condições sociais delas continuem como as piores. Para contestar essa ideia, Davis entrevista apenas mulheres com renda estável.

(...) este artigo se concentra em mulheres negras que possuem diplomas universitários e/ou têm renda média e alta, aconselho a não usar a alegoria da pobreza, que geralmente é um substituto inadequado do comportamento para explicar resultados adversos ao nascimento. Sugiro que a experiência e lembrança das mulheres sobre os encontros médicos possam ser centrais na compreensão das práticas médicas para revelar o racismo obstétrico e levantar questões fundamentais sobre os cuidados obstétricos que as mulheres negras recebem independentemente do status da classe.” (DAVIS, 2018, p. 4, tradução minha)⁶⁵

⁶⁵ Texto original: “(...) this article focuses on Black women who possess college degrees and/or have middle to high incomes, I caution against using the trope of poverty, which is often an ill-fitting proxy for behavior to explain adverse birth outcomes. I suggest that the experience and recollection by women, about medical encounters can be a central site of understanding medical practices to reveal obstetric racism and raise fundamental questions about the obstetric care which Black women receive regardless of class status”.

No decorrer da pesquisa, foi possível perceber como a condição racial foi determinante para pensar previamente em proteção, ou mesmo, reconhecer a violência sofrida. Há duas histórias marcantes: a situação vivida por Isabel Cruz durante o nascimento de seu filho, e a experiência de Jacqueline Torres durante uma emergência por conta de uma gravidez ectópica.

Ser enfermeira e ter tido um “*excelente pré-natal*” que a ensinou tudo que ela acreditava que precisava saber sobre aquelas 36 horas de trabalho de parto, parto, puerpério e amamentação, não livrou Isabel de vivenciar o sofrimento da violência obstétrica. *“Ali eu era uma mulher gestante, vulnerável, e aprendi tudo. Eu aprendi tanto que eu conduzi todo o meu trabalho de parto e quando eu mostrei, além da minha pele, além do meu cabelo, que eu estava empoderada, que eu sabia o que estava acontecendo, essa minha consciência e esse meu poder foi a gota d’água pra eu ser vítima de uma maneira mais forte ainda da violência obstétrica”*.

Apesar de ter barrado várias ações da profissional que a atendeu, ou possivelmente por isso, Isabel acredita que ela não tenha visto nada além de “*uma ‘neguinha’ contestadora*”. O ápice da violência, aponta Isabel, foi uma episiotomia incorreta, feita sem anestesia, que rompeu o ânus de forma circular e o reto. *“No meu caso, a violência foi por saber demais e colocar os limites à instituição. (...) Me sinto muito à vontade para combater a violência obstétrica porque eu sou uma sobrevivente dela, não sou vítima, sou uma sobrevivente”*, afirmou.

No caso de Jacqueline, a mobilização dos profissionais que a acompanhavam, todos médicos brancos, pesquisadores e representantes do Ministério da Saúde, permitiu um tratamento adequado à situação emergencial. Ela passou a pensar se a situação tivesse acontecido em outras condições: se ela estivesse sozinha, sem aqueles médicos, ou somente com o marido, um homem negro, naquele local? Pensou nas outras mulheres que tinham seu perfil, mas não dispunham da rede de apoio que ela teve naquele momento tão delicado. Será que tudo teria acontecido da mesma forma? A situação a levou a reflexões e estudos sobre o tema. As pesquisas indicam que mesmo em situações em que as condições socioeconômicas são controladas, o desfecho para mulheres negras, em especial pretas, tende a ser pior (LEAL, 2017).

Como é possível perceber, a forma de tratamento recebido pelas mulheres americanas se assemelha ao que ocorre no Brasil. Com ideias que se originam na época da escravidão, como o mito de que a mulher negra sente menos dor ou que tem facilidade em parir e que terá muitos filhos, a abordagem racista também é recorrente e parte não apenas do corpo médico, como cita o artigo norte-americano, mas dos demais profissionais de saúde. A localização social destes profissionais também nos dá caminhos para entender os posicionamentos das diferentes categorias que debatem e trabalham com questões relacionadas ao parto.

Ao resgatar o histórico da atuação política dentro do sistema de saúde, Jurema Werneck (2016) destaca a participação de mulheres negras no processo de formulação, não apenas por questões políticas, mas

por serem as mulheres negras a parte expressiva de trabalhadoras de saúde das diferentes profissões. As instituições de pesquisa, os órgãos de fomento e as instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde permaneceram ausentes na maior parte desse processo e ainda necessitam de atuação mais consistente e capaz de responder adequadamente às demandas largamente expressas. (p. 539)

Essa informação trazida por Werneck chama a atenção quando abordamos questões corporativas no debate sobre parto e nascimento, e acessamos dois grupos para realizar essa análise: as médicas e as enfermeiras.

O grupo médico é conhecido por priorizar o debate hegemônico, seguindo uma lógica adotada, conforme vimos, na questão da medicalização do parto. No estado do Rio de Janeiro é pública a defesa de conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) na adoção de cesarianas em oposição a partos normais, fundamentados na tese que o trabalho de parto gera apenas sofrimento desnecessário para a mulher (Diário de Campo). A medicina também é reconhecida por, no Brasil, ser representada por indivíduos brancos, filhos de pais com ensino superior e com renda familiar elevada ao escolher a profissão (SCHEFFER et al, 2018).

A enfermagem, por sua vez, se apresenta na contramão desta lógica, sendo referenciada quando se fala sobre parto com menos intervenções. A adoção da prática pode ser vista nas casas de parto e maternidades-referência que adotam o protagonismo de profissionais da enfermagem para o auxílio das

gestantes em trabalho de parto. Os dados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pela Fiocruz (MACHADO, 2017), mostram que mulheres e negros são maioria em valores absolutos quando se fala das profissões da enfermagem. Demonstram ainda que a área também espelha a formação da sociedade brasileira, marcada por desigualdades raciais e sociais, onde a população negra foi excluída da profissionalização, sendo a maioria nas funções tidas como de menor prestígio (auxiliar e técnico), apesar de terem atuado na área do cuidado muito antes da profissionalização, como curandeiras, benzedeadas e amas de leite. Dentre as interlocutoras deste trabalho, as enfermeiras acabaram aparecendo em maior número, 5 mulheres, seguidas por doulas (3 interlocutoras), médicas e assistentes sociais, que somaram 2 representantes de cada profissão.

As opiniões divergentes entre diferentes categorias foram nitidamente vistas após o lançamento do parecer do MS sobre o termo violência obstétrica. Enquanto representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM) se colocaram como favoráveis ao documento, incluindo a afirmação de representantes do órgão no estado do Rio de Janeiro de que colaboraram na sua elaboração (Diário de Campo), o COFEN reconheceu o termo e destacou a importância das discussões sobre o assunto entre os profissionais (COFEN, 2019).

Para as interlocutoras médicas essas tensões criam barreiras e tem foco nos profissionais e não nas mulheres. *“Acho que tem uma disputa corporativa, uma medida de força, uma tentativa de provar quem é mais importante entre as classes”*, apontou Maria Odília Teixeira. Para Luíza Mahin, os posicionamentos oficiais dos representantes médicos como CREMERJ e CFM *“são reflexo do que é a sociedade. Eles não estão a parte de tudo, eles estão como representantes do que a gente tem nessa estrutura social”*. Luíza indica que isso começa na formação médica, que é realizada de forma desconexa com a realidade social do povo brasileiro.

Negra e filha de trabalhadores domésticos, Luíza se contrapôs aos indicadores do que seria uma médica. Durante a graduação observou que o tratamento dado por seus pares e professores aos pacientes era o mesmo que ela receberia se não estivesse com o jaleco branco. *“É uma estrutura que só vem manter uma ordem do status quo”*, disse.

O posicionamento do CREMERJ e do CFM sobre o termo violência obstétrica é de que ele caracteriza a violência cometida somente pelo profissional médico, e não faz referência aos demais profissionais. *“Eu não sei se é uma questão cognitiva falha de quem consegue se sentir atacado por ler ‘violência obstétrica’ como se fosse ‘violência do obstetra’ porque, na minha cabeça, isso não tem a menor lógica”*, comenta Paula Inara. Para ela é muito evidente que a violência é obstétrica por conta da gravidez.

Na opinião de Isabel, esse posicionamento dissimula outra questão: a judicialização. *“Esta não é uma bandeira de movimento inócua”*, disse. Para ela, os Conselhos têm consciência do que o termo significaria em termos jurídicos e as consequências disso para a categoria, e lembra o caso de Bruna Bianchi⁶⁶ para exemplificar como a monetarização da violência por negligência, omissão, ou imperícia possa trazer outros olhares para as instituições. *“Eles entenderam que da forma como a expressão está sendo utilizada, dá margem a advogados, e às vítimas e familiares buscarem seus direitos de reparação. Isso é óbvio, isso é nítido! Se eu sou vítima de uma violência, ok, se eu sobrevivo àquela violência, eu bato na delegacia e pronto, porque no mínimo a violência física aconteceu, pode ser uma violência moral também, um assédio. Então é óbvio que o CREMERJ está muito ciente do risco jurídico”*, ilustrou.

A judicialização foi um tema citado em outras entrevistas. Desde o reconhecimento de que o medo da judicialização tem gerado mais atenção entre os pares, como é o caso de Maria Odília Teixeira; como a revolta por situações que acontecem com mulheres e não são penalizadas, conforme cita Louise Silva após anos vendo situações de morte materna; até a judicialização como um dos passos para evitar novos casos de violência, como diz Thaís Ferreira.

“Eu vejo os profissionais muito mais conscientes - até que seja pelo medo realmente de uma judicialização -, eu vejo eles mais conscientes

⁶⁶ Bruna Bianchi faleceu após o parto da segunda filha por hemorragia pós-parto, atonia e ruptura uterina. A argumentação dos advogados da família é que os médicos demoraram para prestar socorro, caracterizando um caso de negligência. O CREMERJ enquadrando dois profissionais da equipe médica que atenderam a estilista por conta do artigo 22 do Código de Ética Médica. Em 2017, os médicos foram condenados a pagar cerca de R\$ 125 mil para seus familiares. Bruna era estilista e ficou famosa pela disputa judicial da guarda do primeiro filho, Sean, fruto de um relacionamento com um americano. Informações disponíveis em: <<https://oglobo.globo.com/rio/medicos-sao-condenados-pela-morte-da-mae-de-sean-goldman-12223959>> e <<https://blogs.oglobo.globo.com/ancelmo/post/medicos-condenados-pela-morte-da-mae-de-sean-goldman-terao-de-pagar-r-125-mil.html>>. Acesso em 25 fev 2020.

do trato com a paciente do que pode ser ou não. Antigamente não se via muito ninguém nem se preocupando com isso". (Maria Odília Teixeira)

"A solução acaba sendo a judicialização porque não tem jeito, violência é um caso passado, não tem como voltar atrás e evitar que aconteça. O ideal, e que eu vejo uma parte do que o movimento já está fazendo, é: como é que a gente cria estratégias de prevenção, como é que a gente garante a presença de doulas, como é que a gente garante suporte à essas mulheres, como é que a gente garante uma melhora na assistência". (Thaís Ferreira)

"Tem coisas que me chocam, me deixam mal, tem dia que eu chego mal. Escuto umas histórias dessas e eu não fico bem, e às vezes eu vou para mesas e estou irritada, eu quero falar muito mais coisa do que eu deveria. Eu queria ter o poder de responsabilizar essas pessoas judicialmente, e que essa responsabilização desse algum resultado". (Louise Silva)

Lúcia Xavier citou a judicialização do caso de Rafaela Silva: *"Ela entra em três unidades. Na que ela começa a morrer, não tem médico, eles estão jantando fora da unidade, são as enfermeiras que fazem o procedimento, e quase levam ela a morte. E aí as enfermeiras dizem "mas eles não estavam, nós tentamos. Essa que é a verdade", e ela sai para uma outra unidade para morrer, e lá a unidade "ah, mas se ela chegasse aqui antes...", [mas] ela já tinha passado naquela unidade também. Então você tem toda uma dinâmica que a "obstetrícia" não explica, essa violência obstétrica não explica. **Quando você olha a situação dela de morte, você vê profundamente a violência obstétrica. Mas ela não foi causada por uma dinâmica violenta somente, ela é resultado desse processo do racismo. Aí você vê costela quebrada, útero perfurado, coisas que você não entende por que acontecem"**. O grifo chama a atenção para o fato de que a violência ocorrida com Rafaela, está diretamente marcada por outras condições: ser uma adolescente de 15 anos grávida, negra e de periferia, para citar alguns. Os marcadores vistos pelos profissionais que a atenderam estão intimamente ligados ao que Davis (2018) aponta em seu texto como racismo obstétrico.*

A possibilidade da judicialização também pode ser um dos motivos da publicação do MS indicando a não utilização do termo violência obstétrica. O despacho SEI/MS – 9087621 tratava de uma resposta do Ministério ao CFM sobre o uso do termo "violência obstétrica". Baseado na definição de violência da OMS que considera a intencionalidade do ato, o posicionamento foi que o

termo tinha “conotação inadequada” e imprópria, uma vez que “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”, e que “estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada”, a orientação foi a abolição do uso (BRASIL, 2019).

A resposta de diversas entidades veio nos dias seguintes, incluindo a recomendação 29/2019 do Ministério Público Federal para que o Ministério revisse seu posicionamento, já que o termo vinha ganhando espaço na sociedade, sendo tema de inquérito civil com diversos exemplos de situações caracterizadas como violência obstétrica, e que o conceito da OMS utilizado na ocasião não era o mais correto, uma vez que a entidade reconhecia a ocorrência de maus tratos e violência no parto a partir da publicação “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” (OMS, 2014), e que esse documento deveria pautar o MS em seu despacho. A recomendação traz outras considerações, das quais destacamos:

25 - Que negar a ocorrência da "violência obstétrica", vinculando-a à prova de intenção do profissional em causar dano, equivale a enfraquecer as ações positivas do Estado e de toda a sociedade para que a violência no parto seja combatida, bem como contribui para amparar teses defensivas de médicos e enfermeiros que, não obstante atuem de forma agressiva, abusiva e desrespeitosa em atendimentos obstétricos, confiam na impunidade, em especial por parte dos Conselhos Profissionais;

27- Que, ao vincular a ocorrência da violência obstétrica à intencionalidade de causar dano por parte do profissional o Ministério da Saúde desconsidera as experiências e consequências traumáticas e danosas causadas às mulheres, tanto em aspectos físicos quanto emocionais, bem como ignora que há crimes perpetrados por profissionais da saúde durante o parto que não exigem a intencionalidade de causar dano, como constrangimento ilegal, lesões corporais e ameaça;

30 - Que, como a violência de gênero que é, a violência obstétrica deve ser reconhecida e combatida pelos Estados Partes da "Convenção de Belém do Para", incumbindo ao Ministério da Saúde pautar suas ações e manifestações em consonância com os compromissos assumidos;

31- Que não incumbe ao Ministério da Saúde julgar a conveniência de quaisquer termos ou expressões utilizados pela sociedade civil, ainda mais pregando a "abolição do uso" do termo "violência obstétrica", pretendendo restringir a liberdade de manifestação, conhecimento e ações positivas da sociedade quanto às práticas efetivamente violentas e danosas que diariamente são impostas às mulheres em atendimentos obstétricas e que ocorrem independentemente da intenção do profissionais em causar dano; (MPF, recomendação 29/2019)

O Ministério da Saúde se pronunciou no mês seguinte, reconhecendo como legítimo o direito das mulheres utilizarem o termo que melhor representasse as “experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas” (Brasil, 2019b, p. 5), citando várias ações adotadas pelo órgão pela humanização do parto e nascimento, bem como reviu a definição do termo violência segundo a publicação da OMS indicada pelo Ministério Público Federal. Entretanto, em nenhuma parte do documento há a utilização da palavra violência obstétrica ou a indicação que o termo continuaria a ser utilizado nos documentos oficiais.

Para Morgana, esse parecer e a aprovação de entidades como CFM e CREMERJ, apenas refletem o momento político do país e a relação do atual governo e seus representantes com essas entidades. *“Eles têm que combater o processo também por via do discurso”*. Mas nesse caso, na opinião dela, houve *“uma certa inocência”* de quem estava na gestão, ao achar que iria indicar a extinção do termo e que isso não iria provocar reações.

A médica Luíza Mahin indica que apesar do posicionamento da sua classe profissional ser uma referência, ele não é único. *“Existe uma frente contra-hegemônica também, uma parcela da categoria médica que se empenha, que luta, que está aí baseada em evidência, que quer mostrar que não é bem assim. É uma minoria? É, mas existe”*, disse. A exemplo disso, as profissionais médicas que adotam essa postura costumam referir suas práticas a partir da chamada Medicina Baseada em Evidências⁶⁷. Um exemplo de grupo é a Rede Médica pelo Direito de Decidir (Global Doctors for Choice)⁶⁸, de atuação internacional, e mais recentemente, em 2019, foi formada no Brasil a Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, “movidas por um cenário político de ameaça aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras” (Facebook, 2020).

Entre as interlocutoras, a situação criada pelo MS foi apontada como algo negativo, uma tentativa de silenciamento do debate que vinha crescendo na

⁶⁷ A Medicina baseada em Evidências “é definida como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica1-2. Em outras palavras, a MBE utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica.” (EL DIB, 2007, p. 1)

⁶⁸ <https://globaldoctorsforchoice.org/>. Acesso em: 01 abr 2020.

sociedade civil, e de proteção de determinadas categorias profissionais. Elas acionam ainda a OMS para mostrar como o Ministério tem caminhado para outros lugares que não o de privilegiar o parto e nascimento nas melhores condições possíveis, o que pode significar ainda mais dados negativos para as negras. *“Isso é fazer assinatura das nossas mortes, das nossas sequelas, da nossa mobilidade, é um absurdo!”*, indignou-se Luciene Lacerda.

Essa “proteção”, apontada pelas mulheres, mascara a ideia que se tem de acesso a esses corpos, o que pode ser explicado historicamente quando observamos quem são os representantes desses grupos, como os conselhos de medicina (em sua maioria, homens brancos vindos de famílias abastadas) e quem são as mais afetadas (mulheres negras de origem periférica).

Exemplo disso são as justificativas institucionais dadas pelos representantes na defesa desses profissionais, alegando que eles querem o melhor para as mulheres ou que pretendem diminuir o sofrimento, com objetivo sempre de salvar vidas. Mesmo as intenções sendo sempre as melhores, a prática da humanização parece ser complexa para alguns profissionais, haja visto o alto número de denúncias de violência obstétrica em 2019.

Para Lúcia é o racismo institucional a causa de tantas mortes de mulheres. *“Há anos estamos dizendo que mulheres negras são vítimas do racismo institucional que as leva a morte na hora do parto, e isso é tratado como se fosse uma ideia falsa”*. O tratamento é inadequado desde o primeiro momento, quando a avaliação é feita a partir da representação social da mulher, e, por isso, recebe informações e cuidados inadequados. E é esse tipo de tratamento o fator preponderante para a morte. A utilização da expressão violência obstétrica aconteceria, para Lúcia, por ela ser mais *“palatável”*.

A violência obstétrica é vista sob diferentes óticas, de acordo com a atuação dessas mulheres. A análise das entrevistas sinaliza para a concordância das interlocutoras com Isabel quando ela afirma que a violência obstétrica – ou mesmo o racismo institucional, como aponta Lúcia – está intimamente ligada a questões de gênero.

Para Isabel Cruz *“a violência de base, de fundo, é racial”*, para logo em seguida acrescentar um novo elemento ao afirmar que *“a violência essencial é a misoginia, é a violência contra a mulher e nesse sentido, aí todas as estão na*

mesma canoa furada: a indígena, a cigana, a mulher em situação de rua, a mulher privada de liberdade...”.

Conforme abordado anteriormente, para Martins (2004), Vieira (2002), Davis (2016) e Nascimento (1978), essa noção de subordinação do corpo feminino baseada no patriarcado tem dentre suas formas de expressão a violência em suas múltiplas faces e contextos. *“Na área da saúde da mulher, a gente percebe que existe uma violência de gênero: as mulheres são maltratadas pelo simples fato de serem mulheres. O profissional de saúde entende que aquele é um corpo público, que aquele é um corpo sobre o qual ele tem domínio”*, indicou Ariana Santos.

Para ela, o que acontece nas maternidades é o reflexo do que ocorre na sociedade sob o regimento do Estado. *“Existe uma escolha, quem é a mulher que realmente precisa sobreviver e criar esse filho e ter uma família formada, e quem é a mulher que eu posso, de alguma forma, descuidar. É uma estratégia política”*. Quando comentei que a afirmação lembrava o conceito de necropolítica de Mbembe (2018), onde o Estado estava decidindo que corpos deveriam viver ou morrer, a resposta da parteira foi afirmativa. *“Não é à toa que as mulheres negras morrem mais, não é um acaso, é realmente porque se entende que aquele corpo vale menos”*.

Esse entendimento que o corpo negro vale menos não é recente. As ideias eugenistas apresentadas no início do século XX e seguem sendo adaptadas ao longo das décadas. A proposta inicial era eliminar aqueles tidos como impuros, ou seja, aqueles que não tinham origem europeia, e o Estado brasileiro passou a investir em técnicas que excluir aqueles que não enquadravam em sua proposta. Apesar de legalmente livres desde 1888, os negros enfrentaram cada vez mais dificuldades de serem vistos como sujeitos de direitos no Brasil, dificultando o acesso à terra, à moradia, à educação, ao trabalho, e criminalizando a religiosidade, a cultura e o lazer (ALMEIDA, SANCHEZ, 2016; SERAFIM, AZEREDO, 2011; PRUDENTE, 1988). Como reflexo desse tipo de política, a população negra brasileira continua na base da pirâmide social, com menor renda e anos de estudo (IPEA, 2017), e as situações de outrora continuam acontecendo com novas roupagens, como o

aprisionamento da população negra, bem como a mortalidade materna de mulheres negras.

Baseando-se nas ideias de Foucault sobre o biopoder, Mbembe (2018) lembra que “a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do estado” (p. 18). Fortemente associada ao liberalismo econômico, a necropolítica incentiva que corpos não rentáveis sejam eliminados. É por isso que, ao abordar a discussão sobre violência obstétrica e mortalidade materna, a associação da necropolítica se faz presente. A política de quem deve morrer ou viver é dada todos os dias pelo Estado, ao permitir o tiro contra o homem preto nas favelas, o disparo que interrompe a vida de uma criança na van, e que também permite a morte dessas mulheres ao longo da gestação.

Nas entrevistas é nítida essa relação de poder do Estado. *“Eles não querem que nasça, eles não querem que sobreviva. Não é interesse do governo. O que eu vejo é uma ação totalmente política, é totalmente política! ‘Esse povo tem que morrer’, ‘eles merecem laqueadura’, ‘ofereça laqueadura para eles, é mais fácil’”,* descreve Bárbara Santos. *“Quando o Estado não faz nada em relação a esse índice de mortalidade que é o dobro entre mulheres pretas e brancas, ele tá dizendo que está tudo bem, que o médico pode continuar a descansar na hora que a mulher preta tá parindo, e na hora que a mulher branca tá parindo ele tem que dar um pouco mais de atenção”,* indicou Ariana.

A relação entre o racismo, o modo de parir das mulheres e o descaso do estado fica explícito nas falas das interlocutoras. É a integração destes aspectos que acaba potencializando as ações dessas mulheres que poderiam ser apenas opiniões ou projetos individuais, mas que acabam se transformando em projetos de vida, de atuação política, de busca na melhoria de outras vidas.

Conforme Morgana apontou em sua resposta no início desta seção, o debate atual sobre a relação entre racismo e violência obstétrica só acontece porque é encabeçado por mulheres que interseccionalizam e conseguem visualizar a importância de destacar negras neste lugar. Isso porque elas se habituaram a ver na outra a si mesma e, portanto, assumem a luta não apenas como política, mas como projeto de vida, porque, como explicam as experiências, existe um sentimento de pertencimento, uma referência à

ancestralidade. Elas são de uma mesma comunidade, são um só povo. Ou como diriam as ancestrais, ubuntu.

A voz de minha bisavó ecoou
criança nos porões do navio.

Ecoou lamentos
de uma infância perdida.

A voz de minha avó
ecoou obediência
aos brancos-donos de tudo.

A voz de minha mãe
ecoou baixinho revolta
no fundo das cozinhas alheias
debaixo das trouxas
roupagens sujas dos brancos
pelo caminho empoeirado
rumo à favela.

A minha voz ainda
ecoa versos perplexos
com rimas de sangue
e fome.

A voz de minha filha
recolhe todas as nossas vozes
recolhe em si
as vozes mudas caladas
engasgadas nas gargantas.

A voz de minha filha
recolhe em si
a fala e o ato.

O ontem – o hoje – o agora.

Na voz de minha filha
se fará ouvir a ressonância

O eco da vida-liberdade.

(Vozes-Mulheres. Conceição Evaristo, 1990)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate sobre racismo e violência obstétrica tem ganhado espaço no meio acadêmico e político. Na tentativa de contribuir e registrar o momento atual sobre este cenário, essa dissertação se propôs compreender essa relação a partir do ativismo de mulheres negras. Para isso, foram identificados espaços e formas de atuação dessas mulheres; a construção de uma rede de ativismo e fortalezas; e abordada tensões e disputas existentes nesse campo.

Para chegar até aqui, os caminhos foram múltiplos. Mesas de debate, disciplinas, *lives*. Artigos, oficinas e seminários. Espaços virtuais. Redes sociais. Estive em diversos locais, escutei muitas pessoas, acompanhei presencial e virtualmente muitas mulheres para escrever essa dissertação. Algumas delas tornaram-se minhas interlocutoras, dividindo comigo olhares e opiniões que transformei em escrita.

As mulheres presentes nesta dissertação, de diferentes gerações, atuações, perspectivas, se encontraram aqui por firmar seu ativismo na luta pela efetivação de direitos, ou melhor, em busca por justiça. São empresárias, acadêmicas, gestoras, trabalhadoras que operam em instituições ou de forma individual, mas que têm atuações colaborativas com outros grupos e entre elas próprias. Continuam construindo comunidades de luta e renovando esperanças. É a união, aprendida outrora em África, presente e, cada vez mais potente, nas mãos daquelas que constroem novos pontos de convergência à margem – algo significativo neste momento em que o atual governo atua contra os direitos humanos, em especial os direitos humanos das mulheres. Foi assim que os movimentos negros e de mulheres negras se fizeram vistos e que a PNSIPN nasceu e é operada em suas estratégias de implantação.

Este texto é uma tentativa de contribuir com essa história, a reunião do que ouvi, li e assisti sobre as ações e caminhos de cada uma delas. O texto revela também meu afetamento sobre ouvi-las, atenta para compreender seus posicionamentos. Estar presente em espaços de diálogo e construção coletiva, me fez ter outras perspectivas para esse trabalho – diferentes das que eu imaginava quando ele começou a ser desenhado, em 2018. A forma de apresentar esse estudo também fala muito sobre isso. É a pesquisadora/outro-

jornalista/mulher-negra se reconhecendo e descobrindo caminhos e formas de atuar, de ser ativista.

Ao longo destes 24 meses, observar e interpretar o que elas mostraram foi parte de uma rotina transformadora em muitos sentidos. Um deles foi perceber a potência do ativismo e da ação coletiva dessas mulheres que, mesmo em diferentes espaços e com opiniões diversas, buscam por um ideal de justiça para si e para outras mulheres. Outro sentido foi compreender como o racismo caminha tão conjuntamente com a violência obstétrica, quando operam sobre corpos de mulheres negras.

Ao apresentar nessa dissertação o que compreendo serem as associações entre a violência obstétrica cometida contra mulheres negras e racismo, entendo que é necessário renomear essa relação. Não se trata de racismo e violência obstétrica, mas de *racismo obstétrico*, uma vez que é o racismo que pauta essa expressão da violência sobre o corpo da mulher negra em atos que acontecem antes, durante e após o parto. Apenas relacionar estes termos apaga uma história secular de desumanização e preconceito, que ainda se inscreve.

Comunicação é poder e é estratégia. E a escolha das palavras é política. Narrar o que ocorre com os corpos das mulheres negras através do racismo obstétrico é deixar visível, não apenas a face do racismo estrutural e institucional, mas mostrar como ele acontece de forma prática e operando no cotidiano das relações interpessoais nas instituições. Transformar discursos é reconhecer a existência. Tem sido assim com a violência contra mulheres, a violência obstétrica, e deve ser assim com o racismo obstétrico. Continuar falando apenas “violência obstétrica” é continuar desprezando que são principalmente sobre as mulheres negras que sofrem com práticas que naturalizam o racismo nos atendimentos ao longo da gestação, parto e pós parto.

De todo modo, compreendo que esse texto é um ponto de chegada na trajetória acadêmica do mestrado. O início, o primeiro dentre outros que virão. A cada leitura, novas ideias surgem para outras análises. Isso significa a potência de dar continuidade e ampliar o que foi apresentado. Há chance de, ao revisar minhas escritas e acervo, reconhecer outros tipos de atuação, ampliar cenários, entendimentos, explorar desafios. Há muito ainda a ser falado e ouvido.

Seguimos, relendo mais uma vez a frase de Lúcia Xavier: “É racismo que está aqui. E é isso que vai pautar até o fim”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADESSE L. Assistência à mulher em abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In: Deslandes S, organizador. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 371-387.

AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de, SANCHEZ, LIVIA. Os negros na legislação educacional e educação formal no Brasil. Revista Eletrônica de Educação, v.10, n.2, p.234-346, 2016. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/1459/500>>. Acesso em: 25 mar 2020.

ALMEIDA, Silvio. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ANISTIA INTERNACIONAL. **Anistia Internacional – Informe 2017/18: O Estado dos Direitos Humanos no Mundo**. Londres: Peter Benenson House, 2018. (ISBN: 978-0-86210-499-3). Disponível em: <https://anistia.org.br/wp-content/uploads/2018/02/informe2017-18-online1.pdf>. Acesso em: 30 jul 2018.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Reflexões sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista. **Jornal da RedeSaúde**. Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, n. 23, março de 2001.

Atlas da violência 2019. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública (Organizadores). Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor Conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARRIOS, Luíza. Lembrando Lélia Gonzalez. In Werneck J, White EC, Mendonça M (Org.). **O Livro da Saúde das Mulheres Negras - Nossos Passos Vêm de Longe**. 2. ed. Rio de Janeiro, Pallas Editora/ CRIOLA, 2006.

BARROSO PhD, Carmen; LA ROSA MA, Zhenja. Bush's War on Sexual Health and Defensive Strategies Against It, **International Journal of Sexual Health**, 19:3, 25-34, 2007. DOI: 10.1300/J514v19n03_03

BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00090516,

2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001300302 &lng=en&nrm=isso>. Acesso em 19 Dez 2018.

BRASIL, 2019. **Despacho SEI/MS – 9087621**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

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. Acesso em: 20 jun 2019.

BRASIL, 2019b. **OFÍCIO Nº 296/2019**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Ciclos da Vida, Coordenação de Saúde das Mulheres. 07 de junho de 2019. Disponível em:

<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 20 jun 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão em Mulheres com Doença Falciforme**. EDITORA MS/CGDI/SAA/SE – Brasília/DF – fevereiro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. p. 36

BRASIL. **Mortalidade materna no Brasil - Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde**. Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE/DASNT/SVS). Volume 51 | Nº 20 | Mai. 2020. p.21-27. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/20/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>. Acesso em 21 maio 2020.

BRASIL. **Política Nacional De Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República Brasília, 2011. Disponível em:

<<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 30 maio 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 8 jan. 2020.

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface** (Botucatu) 12(25): 363-376, 2008.

CARNEIRO, Rosa. O Peso do Corpo Negro Feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. In: **Mediações**, Londrina, V. 21 N. 2, p. 394-424, Jul/Dez. 2017. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/23609>> Acesso em: 06 maio 2018.

CARNEIRO, SUELI (org). Lélia Gonzalez: o feminismo negro no palco da história / Sueli Carneiro. Brasília: ABravídeo, 2014. 120p.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estud. av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 117-133, Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-401420030003000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar 2020.

CARVALHO, Rayssa A.; ROCHA, Solange P. “Estes passos vêm de longe”: trajetória do Movimento das Mulheres Negras no Brasil Republicano. **Anais do III Seminário Nacional de Gênero e Práticas Culturais**. João Pessoa: UFPB, 2011. Disponível em: <http://www.itaporanga.net/genero/3/04/06.pdf>. Acesso em: 13 fev 2020

CASSAB, Latif A. Violência de Gênero. In: Elizabety Fleury Teixeira; Stela N. Meneghel. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância - Acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

CERDEIRA, Rayssa. **Número de denúncias de violência obstétrica já é dez vezes maior esse ano**. CBN, 29 de maio de 2019. Disponível em: <https://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/260878/numero-de-denuncias-de-violencia-obstetrica-ja-e-d.htm>. Acesso em: 10 jul 2019

CFEMEA, 2014. **RELATÓRIO DA COMISSÃO PARLAMENTAR SOBRE ESTERILIZAÇÃO EM MASSA DE MULHERES – 1993**. In Plataforma de Experimentação. Disponível em: <https://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/>. Acesso em: 13 fev 2020.

Cofen apoia a manutenção do termo “violência obstétrica”. COFEN, 08 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-apoia-a-manutencao-do-termo-violencia-obstetrica_70783.html>. Acesso em: 19 dez 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Parecer 32/2018.** Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em: 19 dez. 2018.

COROSSACZ, Valeria Ribeiro. **O corpo da nação.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009. APUD Carneiro, 2017.

CRENSHAW, Kimberle. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. VV. AA. **Cruzamento: raça e gênero.** Brasília: Unifem, 2004. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>. Acesso em: 02 jan 2020.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, pp. 171-188, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2019.

DA MATTA, R. O ofício do etnólogo, ou como ter ‘Anthropological Blues’. In: Nunes, E.(org). **A aventura sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DANTAS, Carolina Viana. Racialização e mobilização negra nas primeiras décadas republicanas. In **Cadernos Penesb - FEUFF**, n 12. Niterói, Ed Alternativa/EdUFF 2010. p.141-152

Dantas, S., Ferreira, L., Veras, M. P. B. (2017). Um intérprete africano do Brasil: Kabenguele Munanga. **Revista USP**, (114), 31-44. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i114p31-44>. Acesso em: 08 abr 2020.

DATAFOLHA, FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Visível e Invisível: A vitimização de mulheres no Brasil – 2ª edição.** 2019. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>. Acesso em 10 maio 2020.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe.** Tradução Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS, Dána-Ain. (2018) Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, **Labor, and Birthing, Medical Anthropology**, DOI: 10.1080/01459740.2018.1549389.

DE TILIO, R. Marcos legais internacionais e nacionais para o enfrentamento à violência contra as mulheres: Um percurso histórico. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 2, n. 1, 30 jun. 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/97851>>. Acesso em: 04 jan. 2019.

DFID. Programa de Combate ao Racismo Institucional. **Boletim Eletrônico Componente Saúde Nº 2 Março - Abril – 2005**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=563-programa-combate-ao-racismo-institucional-no-brasil-3&Itemid=965. Acesso em 18 dez 2019.

DFID. PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL. **Boletim Eletrônico Componente Saúde Nº 3**. Maio - Junho/2005. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/artigos-e-teses/boletim_eletronico_maijun_-_2005.pdf> Acesso em: 28 dez. 2018

DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004. p 45-70.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n.56, p.253-259, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100253&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Growth Dev.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan 2019.

DINIZ, Debora. **Carta de uma orientadora: o primeiro projeto de pesquisa**. 2ª ed. Brasília: Letras Livres, 2013.

EL DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **J Vasc Bras**. 2007; 6:1-4. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n1/v6n1a01.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2020.

EVARISTO, Conceição. Vozes-mulheres. In: Cadernos Negros 13. São Paulo: Quilombhoje, 1990. p. 32-33.

FACEBOOK (evento). **Jovens Negras Movendo as Estruturas**. 14 de março de 2018. Disponível em:

https://www.facebook.com/events/651932505137717/?active_tab=discussion. Acesso em: 20 mar 2020.

FACEBOOK (Sobre). **Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras**. Disponível em: <https://www.facebook.com/redefeministadego/about/>. Acesso em: 08 mar 2020.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas** / Frantz Fanon; tradução de Renato da Silveira. - Salvador: EDUFBA, 2008. p. 194.

FERREIRA, Ruth Rodrigues Mendes. Diferença entre Erro médico e Violência Obstétrica (Comissão da Saúde da Subseção de Sobradinho/DF). In **REVISTA OAB 360, 2020**. Ordem dos Advogados do Brasil – Seção do Distrito Federal.

FERREIRA, S.P.A.; DIAS, M.G.B.B (2004). A leitura, a produção de sentidos e o processo inferencial. **Psicologia em Estudo**, 9(3), 439-448. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a11>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

FREITAS, Ricardo Oliveria de; SANTOS, Sandra Andrade dos. Ancestralidade negro-brasileira no romance Ponciá Vicêncio, de Conceição Evaristo. **SOLETRAS**, [S.l.], n. 36, p. 128-147, out. 2018. ISSN 2316-8838. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/soletras/article/view/33686>>. Acesso em: 03 fev 2020.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado 2010**. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: Por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LCT, 1989.

GELEDÉS - INSTITUTO DA MULHER NEGRA. **Sojourner Truth**. 23 maio 2009. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/sojourner-truth/>>. Acesso em: 7 jan 2019.

GOES, Emanuele. **Mulheres Negras em Marcha, esses Passos vêm de longe**. Observatório de Análise Política em Saúde. 25 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/ba40338f499a1680ea9b49fdc6e33c27/>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

GOES, Emanuelle Freitas, et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cad. Saúde**

Pública [online]. 2020, vol. 36, n. 13. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/970/vulnerabilidade-racial-e-barreiras-individuais-de-mulheres-em-busca-do-primeiro-atendimento-ps-aborto>. Acesso em: 14 mar 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00189618>.

GOES, Emanuelle. Racismo científico, definindo humanidade de negras e negros. 18 de julho de 2016; **Debates e Pensamentos - Observatório de Análise Política em Saúde**. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/?id=9d545e7987ad746ee41488948cd76b11>. Acesso em: 14 mar 2020.

GOHN, Maria da Glória. **Sociologia dos Movimentos Sociais**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

GOMES, Romeu et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 185-221.

GOMES, Romeu et al. Sentidos à política voltada para a saúde do homem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, outubro de 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 de jan 2019.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Maria Cecilia de Souza Minayo (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 67-80

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Maria Cecilia de Souza Minayo (Org.); Suely Ferreira Deslandes; Romeu Gomes. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016. p. 72-95

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 223-244. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/247561/mod_resource/content/1/RACISMO%20E%20SEXISMO%20NA%20CULTURA%20BRASILEIRA.pdf> Acesso em: 30 set. 2018.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

IBGE - Agência de Notícias. **População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos**. 24 nov. 2017. Disponível em:

<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-pnad-c-moradores>>. Acesso em 19 dez.2019.

IBGE, 2015. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro. 100 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf> Acesso em: 18 jan 2019

IPEA, ONU, SPM. **Retrato das desigualdades de Gênero e Raça (População)**. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_populacao.html. Acesso em: 15 mar 2020.

IPEA_ Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça – 20 anos. (Apresentação). Coordenação: Natália Fontoura, Marcela Rezende, Ana Laura Lobato, Joana Mostafa. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_apresentacao_retrato.pdf>. Acesso em: 14 fev 2020.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação – Episódios de racismo cotidiano**. Tradução Jess Oliveira. 1. ed. Rio de Janeiro, Cobogó, 2019. 248 p.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2017, vol.33, suppl.1 [cited 2017-09-27], e00078816. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso>. Epub July 24, 2017. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>. Acesso em: 20 out 2017

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 set 2018.

LEMOS, Rosália de Oliveira. A Face Negra do Feminismo: problemas e perspectivas. In Werneck J, White EC, Mendonça M (Org.). **O Livro da Saúde das Mulheres Negras - Nossos Passos Vêm de Longe**. 2. ed. Rio de Janeiro, Pallas Editora/ CRIOLA, 2006.

LIMA, Juliana Domingos de. Anarcha, Lucy e Betsy: as escravas mães da ginecologia moderna. **NEXO JORNAL**, 2016. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/12/03/Anarcha-Lucy-e-Betsy-as-escravas-m%C3%A3es-da-ginecologia-moderna>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In Batista, Luís Eduardo; Kalckmann, Suzana. **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004**. São Paulo, Instituto de Saúde, 2005. p.53-101, ilus, tab, graf. Disponível em: Acesso em: 13 mar 2020.

LOPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 dez. 2018.

MACHADO, Adilbênia Freire. (2014). **Ancestralidade e Encantamento como inspirações formativas: filosofia africana mediando a história e cultura africana e afro-brasileira**. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16155>. Acesso em: 27 fev 2020.

MACHADO, Jorge Alberto S. Ativismo em rede e conexões identitárias: novas perspectivas para os movimentos sociais. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 18, p. 248-285, Dec. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222007000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 mar 2020.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil / coordenado por Maria Helena Machado**. — Rio de Janeiro : NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 02 abril 2020.

MAIA, Mônica B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte**. Março/2008. 189 páginas. Dissertação - Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/CiencSociais_MaiaMB_1.pdf. Acesso em 03 de junho de 2016.

MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 384p.

MARTINS, Ana Paula Antunes. O sujeito nas ondas do feminismo e o lugar do corpo na contemporaneidade. **Revista Café com Sociologia**, vol. 4, n. 1, jan-abr, 2015. Disponível em: <https://revistacafecomsociologia.com/revista/index.php/revista/article/view/443>. Acesso em: 01 mar 2020.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.13, n.3, p.645-666, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov 2019.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, 287 p. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jnzhd>. Acesso em 11 nov 2018.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 2. ed. São Paulo: n-1 edições, maio de 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem E Saturação Em Pesquisa Qualitativa: Consensos E Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

Ministério Público Federal (MPF - Brasil). **RECOMENDAÇÃO nº 29/2019**. São Paulo, 07 de maio de 2019. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/. Acesso em: 20 jun 2019.

MONTEIRO, Mário F G; ADESSE, Leila; LEVIN, Jacques. A criminalização do aborto expõe a riscos mais elevados de mortalidade materna, principalmente as mulheres desfavorecidas socialmente. (Apresentação). **XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia e VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Porto Alegre, 2008**. Disponível em: http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CC_22_09_Tarde_PDF/Mario%20Monteiro.pdf. Acesso em: 03 fev 2020.

MUNANGA, Kabengele. Teoria social e relações raciais no Brasil contemporâneo. In **Cadernos Penesb** - FEUFF, n 12. Niterói, Ed Alternativa/EdUFF 2010. p. 169-203

NASCIMENTO, Abdias do. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

NICOLAV, Vanessa. Brasil de Fato/Rede TVT. **Citada por Angela Davis, pioneira brasileira Lélia Gonzalez precisa ser reconhecida** (reportagem audiovisual). 20 de novembro de 2019. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_4jfO8gly7s. Acesso em: 19 fev 2020.

NOGUEIRA, Conceição. **Interseccionalidade e psicologia feminista**. Salvador: Editora Devires. 2017

O RENASCIMENTO DO PARTO. Documentário. Direção de Érica de Paula, Eduardo Chauvet. O Renascimento do parto [DVD]. Brasília: Master Brasil e Ritmo Filmes; 2013. (90 minutos).

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. 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, Set. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300939&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar 2020. Epub Nov 25, 2019.

OLIVEIRA, C. S.; OLIVEIRA, T. F. V.; VILELA, M. E. A. Violência Obstétrica. In: Elizabety Fleury Teixeira; Stela N. Meneghel. (Org.). **Dicionário Feminino da Infância - Acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, v. 39, n. 1, p. 13-37, 6 jun. 1996. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/111579/109656>>. Acesso em: 04 set. 2020.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Antropologia e a crise dos modelos explicativos. **Estud. av.**, São Paulo, v. 9, n. 25, p. 213-228, Dec. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141995000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-40141995000300017>.

ONU, 2019. **Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica**. Disponível em: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/a_74_137-es.pdf. Acesso em: 30 abr 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS; 2014.

PIEIDADE, Vilma. **Dororidade**. São Paulo: Editora Nós, 2017. 64 p.

PINTO, L. W.; MENDES, C. H. F.; NASCIMENTO, Marcos. A. F.; CAMPOS, D. S. Violência contra as mulheres: antigas questões, novas configurações. In: Maria Cecilia de Souza Minayo; Simone Gonçalves de Assis. (Org.). In: Maria Cecilia de Souza Minayo; Simone Gonçalves de Assis. (Org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI**. Visão da literatura brasileira do campo da saúde. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, v. 1ed, p. 203-222.

PRUDENTE, E. A. DE J. O negro na ordem jurídica brasileira. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, v. 83, p. 135-149, 1 jan. 1988. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67119>. Acesso em: 27 mar 2020.

QURESHI, Sadiyah. Displaying Sara Baartman, the 'Hottentot Venus.' **History of Science**, 2004, 42: pp. 233-257. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/007327530404200204>> Acesso em: 25 out. 2018.

RIBEIRO, Djamila. Feminismo negro para um novo marco civilizatório. (Ensaio) **Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos**. v.13 n.24, p.99-104. 2016. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/9-sur-24-por-djamila-ribeiro.pdf>. Acesso em: 02 mar 2020.

RIBEIRO, Djamila. **O que é: lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento, 2017.

RIBEIRO, Djamila. **Quem tem medo do feminismo negro?**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. 148 p.

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 7314, de 15 de junho de 2016**. Dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do estado do rio de janeiro em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://Alerjln1.Alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/c8aa0900025feef6032564ec0060dfff/f6a4bdfc5bb46c4383257fd4005a506c?OpenDocument&Highlight=0,7314#TOPO>>. Acesso em: 8 mar. 2020.

Roberts, Dorothy. (2015). Reproductive Justice, Not Just Rights. **Dissent**. 62. p.79-82. 10.1353/dss.2015.0073.

RODRIGUES, Cristiano Santos; PRADO, Marco Aurélio Maximo. Movimento de mulheres negras: trajetória política, práticas mobilizatórias e articulações com o Estado brasileiro. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 445-456, Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar 2020.

ROLAND, Edna. 2009. **Saúde Reprodutiva da População Negra no Brasil: entre Malthus e Gobineau**. Geledés – Instituto da Mulher Negra. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/programa-de-saude-memoria-institucional-de-geledes/>. Acesso em: 15 mar 2020.

ROLAND, Edna. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 506, jan. 1995. ISSN 1806-9584.

Disponível em:

<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16469/15039>>. Acesso em: 14 fev 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/%x>.

ROSS, Loretta J. **Understanding Reproductive Justice**. SisterSong Women of Color Reproductive Health Collective. May 2006.

ROSS, Loretta, et al. **Radical Reproductive Justice: Foundation, Theory, Practice, Critique**. The Feminist Press, 2017.

SALES, A. L. L. F., FONTES, F. F., YASUI, S. Para (Re)Colocar um Problema: A Militância em Questão. In: **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto, vol. 26, nº 2, p. 565-577 - Junho/2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2018000200002 > Acesso em: 23 jan 2019.

SALES, André Luis Leite de Figueirêdo. **Militância e ativismo: cinco ensaios sobre ação coletiva e subjetividade – UNESP**. 2019. 134f. - Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Assis (SP), 2019. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/190776>. Acesso em: 09 dez 2019.

SANTOS, Sônia Beatriz dos. As ONGs de mulheres negras o Brasil. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 12, n. 2, p.275-288. Jul/Dez 2009. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <http://flacso.org.br/files/2016/10/As-ONGs-de-mulheres-negras.pdf>. Acesso em: 20 mar 2020.

SCARANCE, Valéria. Violência contra a mulher: um desafio para o Brasil. In Datafolha, Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). **Visível e Invisível: A vitimização de mulheres no Brasil – 2ª edição**. 2019. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/pdf/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>. Acesso em 10 maio 2020.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SCHIEBINGER, L. *Nature's Body: sexual politics and the making of modern science*. Londres: Pandora, 1994. APUD Martins, 2004.

SCHUMAHER, Schuma. (Depoimento). In Heloísa Buarque de Hollanda (org.). **Explosão feminista: arte, cultura, política e universidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. P. 486-496.

SENA, Ligia Moreiras. TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas

experiências. **Interface** (Botucatu) [online]. 2017, vol.21, n.60, pp.209-220. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100209&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2019. Epub 03-Nov-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.

SERAFIM, Jhonata Goulart e AZEREDO, Jeferson Luiz. A (des) criminalização da cultura negra nos Códigos de 1890 e 1940. **Amicus Curiae** V.6, N.6 (2009), 2011. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/amicus/article/view/541/533>. Acesso em: 27 mar 2020.

SILVA, Fernanda et al. "Parto ideal": medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n.3, p.171-184, Sept. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300171&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 mar 2020.

SOMÉ, Sobonfu. **O Espírito da intimidade**. São Paulo: Odysseus, 2003.

SUBPAV/SVS/CAS. **Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro** (Apresentação). Reunião do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Rio de Janeiro, 22 de maio de 2019. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/129PeCfB8qzNUKSGTKi2VqYetBJYPspS>. Acesso em: 29 dez 2019.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto**. *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2002, vol.10, n.2, pp.483-492. ISSN 0104-026X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>. Acesso em 14 dez 2018.

VEIGA-NETO, Alfredo. É preciso ir aos porões. **Revista Brasileira de Educação**, v. 17 n. 50 mai-ago. 2012. p. 267-282. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2018000200002> Acesso em: 23 jan 2019.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**. Gaceta Oficial Nº 38.668 de 23 abril 2007. Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 31 jul 2018.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - A voz das brasileiras. Videodocumentário. Produção de Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu

Brum e Armando Rapchan. Brasil, 2012. On-line (51 min). Disponível em: <https://youtu.be/eg0uvonF25M>. Acesso em: 25 set 2019.

WASELFISZ J.J. **Mapa da violência 2015 - Homicídio de mulheres no Brasil**. Brasília, Flacso Brasil, 2015. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 05 jan 2020.

WERNECK, J; WHITE, EC; MENDONÇA, M (Org.). **O Livro da Saúde das Mulheres Negras - Nossos Passos Vêm de Longe**. 2. ed. Rio de Janeiro, Pallas Editora/ CRIOLA, 2006.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde soc.** [online] São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, setembro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 jun 2018.

WEGNER, Robert; SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Eugenia 'negativa', psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 263-288, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2020. Epub Feb 20, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013005000001>.

XAVIER, Lucia. Entrevista Lucia Xavier. **Revista Saúde em Foco (Rio de Janeiro)**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 07-17, jan. 2020. ISSN 2525-4383. Disponível em: <<https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/708/619>>. Acesso em: 01 mar 2020.

APÊNDICE 1

Roteiro de Entrevista Semi-estruturado

Parte 1

Nome:

Data de Nascimento:

Cor:

Formação:

Ocupação:

Gestações:

Número de filhos:

Orientação sexual:

Religião:

Parte 2

1. Você poderia me contar sobre sua trajetória de ativismo?
2. Você tem ou teve alguma participação em movimentos sociais (negro, direitos humanos, saúde...)?
3. E experiência de gestão relacionada à saúde/igualdade racial?
4. Em que agendas você se sente vinculada atualmente?
5. Hoje, quais são os espaços (entidades, representação institucional, coletivos...) que você atua e qual sua função?
6. Você atua ou atuou em pautas relacionadas a saúde da mulher negra? Qual e quando? (explorar possível aproximação com a saúde reprodutiva)
7. Como você vê o debate sobre a atenção ao parto e nascimento?
8. Como você percebe a questão da violência obstétrica?
9. Para você, qual a articulação entre racismo e violência obstétrica?
10. O Brasil passa por um período bastante delicado quando falamos do ativismo, com perseguição e ameaças a algumas pessoas. Como você pensa o papel de ativista nesse momento e quais as perspectivas e novas formas de atuação?
11. Você gostaria de falar algo que não perguntei ou sugerir alguém para entrevistar?

APÊNDICE 2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Racismo e Violência Obstétrica:
o que dizem ativistas negras**

Ariene Alexandra Rodrigues - ariene.a.rodrigues@gmail.com
Marcos Nascimento - m2nascimento@gmail.com

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
 Figueira.
 Av. Rui Barbosa, 716 - 2o andar Sala dos Professores - Flamengo
 Rio de Janeiro - RJ, 20021-140.

(nome da participante)

Você está convidada a participar do projeto de pesquisa "Racismo e Violência Obstétrica: o que dizem ativistas negras", um estudo de natureza qualitativa.

No Brasil, as mulheres negras são as principais vítimas da violência obstétrica. Mesmo com políticas públicas que estimulam boas práticas na atenção ao pré natal, parto e puerpério, e com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, os números continuam corroborando a existência do racismo nesta forma de violência de gênero.

Considerando a atuação de mulheres na defesa da garantia de direitos, o objetivo desta pesquisa é compreender a relação entre racismo e violência obstétrica a partir dos discursos de ativistas negras.

INÍCIO 26/05/19 APROVADO VALIDADE
 COMITÊ de Ética em Pesquisa com Seres Humanos FIM 30/09/19
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
 Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
 Email cepi@iff.fiocruz.br

me
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

TCLE versão _____

 Rubrica participante Rubrica pesquisador

Sua participação consistirá em uma entrevista, que será realizada em um ou mais encontros, de acordo com sua conveniência e em lugar de sua preferência. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita.

Entendemos que os resultados desse estudo poderão contribuir para a compreensão das relações entre racismo e violência obstétrica possibilitando refletir sobre estratégias e práticas para seu enfrentamento.

Os possíveis riscos de sua participação são decorrentes ao contexto das interações humanas presentes numa entrevista. Caso deseje, você poderá ter acesso a transcrição de sua entrevista e se, houver algum trecho que você queira que seja retirado, isso poderá ser solicitado ao pesquisador.

Se for de seu desejo, informações que possibilitem sua identificação, como seu nome, serão ocultados da apresentação dos resultados e divulgação do estudo, sendo substituído por um codinome para preservar sua confidencialidade, sigilo e privacidade.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você poderá, a qualquer momento, interromper a gravação ou cancelar o consentimento e se retirar do estudo.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados individualmente com você e as demais entrevistadas, que serão convidadas para a apresentação pública do trabalho.

Você não receberá nenhuma forma de pagamento por sua participação, mas poderá solicitar o ressarcimento de despesas relacionadas a deslocamentos para o local das entrevistas.

Uma via idêntica deste documento, assinada pelo pesquisador do estudo, será entregue a você antes do início da entrevista.

Para qualquer esclarecimento, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Ariene Alexandra Rodrigues (ariene.a.rodrigues@gmail.com) e Marcos Nascimento (m2nascimento@gmail.com) ou pelos telefones (21) 2554-1795 e (21) 987582035.

INÍCIO 16/05/19 APROVADO VALIDADE
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos FIM 30/05/19
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
 Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
 Email cep@iff.fiocruz.br


 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

TCLE versão _____

 Rubrica participante Rubrica pesquisador

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) encontra-se à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; telefone: 2554-1730; fax: 2552-8491).

- () Desejo ser identificada.
 () Desejo preservar minha confidencialidade.

Eu, _____,
 autorizo, voluntariamente, a minha participação nesta pesquisa. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Pesquisadora que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____

APROVADO VALIDADE
 INÍCIO 16/05/19 FIM 30/09/19
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
 Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
 E-mail cepiff@iff.fiocruz.br

me
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

TCLE versão _____

 Rubrica participante Rubrica pesquisador

INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Racismo e Violência Obstétrica: o que dizem ativistas negras

Pesquisador: Marcos Antonio Ferreira do Nascimento

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13003319.0.0000.5269

Instituição Proponente: Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.330.398

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado da pós graduação do IFF

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o projeto: "OBJETIVO GERAL

Compreender a relação entre racismo e violência obstétrica a partir dos discursos de ativistas negras.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar espaços e formas de atuação de ativistas negras frente à violência obstétrica;

Analisar a construção da pauta de enfrentamento da violência obstétrica nas trajetórias de ativismo das entrevistadas;

Analisar as tensões e disputas presentes nas falas das ativistas sobre racismo e violência obstétrica."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No projeto não se encontram avaliações sobre os riscos e benefícios. No TCLE lê-se que "Entendemos que os resultados desse estudo poderão contribuir para a compreensão das relações entre racismo e violência obstétrica possibilitando refletir sobre estratégias e práticas para seu enfrentamento.

Os possíveis riscos de sua participação são decorrentes ao contexto das

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 3.330.398

interações humanas presentes numa entrevista. "

Já no arquivo de informações básicas do projeto, encontra-se a seguinte afirmativa: "Os possíveis riscos da participação são decorrentes ao contexto das interações humanas presentes numa entrevista. Na tentativa de diminuir esses

riscos, caso as participantes desejem, as informações que possibilitem sua identificação, como seu nome, serão ocultados da apresentação dos

resultados e divulgação do estudo, sendo substituído por um codinome para preservar sua confidencialidade, sigilo e privacidade. Elas também

poderão ter acesso a transcrição de suas entrevista e se houver algum trecho que elas queiram que seja retirado, isso poderá ser solicitado à

pesquisadora. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, se a participante achar necessário, da mesma forma, ela também pode

retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

Os resultados desse estudo poderão contribuir para a compreensão das relações entre racismo e violência obstétrica possibilitando refletir sobre

estratégias e práticas para seu enfrentamento."

É importante que estas questões também estejam expressas de maneira clara no projeto original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa, com tema atual e relevante para a saúde pública brasileira. Utilizará observação participante "tipo etnográfica" e entrevistas individuais junto à militantes negras. Os dados serão analisados pelo método de interpretação de sentidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta TCLE e registro no departamento de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@ff.fiocruz.br

**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**



Continuação do Parecer: 3.330.398

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1325708.pdf	02/05/2019 12:17:49		Aceito
Outros	CV_Lattes_resumido_MarcosNascimento.pdf	02/05/2019 12:13:46	ARIENE ALEXSANDRA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	02/05/2019 12:11:34	ARIENE ALEXSANDRA RODRIGUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ArieneRodrigues.pdf	29/04/2019 12:54:55	ARIENE ALEXSANDRA RODRIGUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta.pdf	29/04/2019 12:54:37	ARIENE ALEXSANDRA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ArieneRodrigues.pdf	29/04/2019 12:53:56	ARIENE ALEXSANDRA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Maio de 2019

Assinado por:

**Ana Maria Aranha Magalhães Costa
(Coordenador(a))**

Endereço: RUI BARBOSA, 716

Bairro: FLAMENGO

CEP: 22.250-020

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2554-1730

Fax: (21)2552-8491

E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br