

Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica

Intersectionality, institutional racism, and human rights: obstetric violence comprehensions

Jussara Francisca de Assis^a

Resumo: O presente artigo objetiva trazer os conceitos interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos para compreender a violência obstétrica relacionada às mulheres negras na saúde. Pretende pontuar o movimento de mulheres negras como responsável por pautar as especificidades desse grupo social na perspectiva de *cidadania insurgente*. Entende-se que tal movimento é de fundamental importância na luta pelo direitos das mulheres negras brasileiras, principalmente no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Interseccionalidade. Direitos humanos. Racismo institucional. Cidadania insurgente. Mulheres negras.

Abstract: This article aims to bring the concepts intersectionality, institutional racism and human rights to understand obstetric violence related to black women in health. It aims to punctuate the movement of black women as responsible for guiding the specificities of this social group in the perspective of insurgent citizenship. It is understood that such a movement is of fundamental importance in the struggle for the rights of black Brazilian women, especially with regard to sexual and reproductive rights.

Keywords: Intersectionality. Human rights. Institutional racism. Insurgent citizenship. Black women.

Introdução

O presente artigo traz os conceitos interseccionalidade, direitos humanos e racismo institucional como pano de fundo para compreender como o viés racial implícito incide nas possíveis práticas de violência obstétrica contra mulheres negras no Brasil. Ressalta o movimento

^aPrograma de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

de mulheres negras como peça fundamental para o enfrentamento das desigualdades sociais que atinge tal grupo, tendo como perspectiva o conceito de *cidadania insurgente* sugerido por Holston (2013). De acordo como o autor, “os grandes avanços da cidadania desde a promulgação da Constituição de 1988 não se dissocia das fraturas sociais que fazem do Brasil um dos campeões da desigualdade e da violência urbana” (p. 6). A intensidade dessas desigualdades estimula o surgimento da *cidadania insurgente* que busca desestabilizar as opressões por meio da luta. Um dos principais motivos desse fenômeno diz respeito aos primórdios da sociedade brasileira, que desde então alijou grande parte dos brasileiros de seus direitos.

A reflexão aqui trazida resulta do projeto de tese de doutorado em curso num Programa de Pós-Graduação em Serviço Social de uma instituição de ensino superior pública da região Sudeste do Brasil, cujo objeto de estudo é o enfrentamento à violência obstétrica contra mulheres negras. Tal experiência dá continuidade aos estudos realizados durante mestrado e especialização em Serviço Social e Saúde, cujo objeto de estudo foi a morte materna de mulheres negras. Durante tal percurso, foi possível identificar que a sociedade brasileira, historicamente, demarca os espaços sociais não só pelas condições socioeconômicas, mas, também, a partir da aparência e da cor da pele dos sujeitos. Os efeitos dessa dinâmica sobre a população negra são perversos onde os resultados são evidenciados, direta ou indiretamente, através da observação de alguns aspectos das relações interpessoais e das relações que as instituições estabelecem com esse grupo; das condições de vida e de desenvolvimento humano, acesso aos bens e equipamentos sociais e de sua morbimortalidade (Lopes, 2005).

Torna-se oportuno pontuar que as relações sociais no Brasil são permeadas pelo chamado viés racial implícito, que, nos termos de Cruz (2016), refere-se a um atalho mental, um recurso útil que, por vezes, faz com que tenhamos ações automáticas (intencionais ou não) baseadas nas características fenotípicas. O viés racial pode ser entendido como uma perspectiva tendenciosa construída a partir do contexto sócio histórico que legitimou a escravidão negra no Brasil. Disso, resultaram práticas, conscientes e inconscientes, que têm como uma de suas bases um contexto peculiar articulado às

ações políticas, econômicas, sociais e culturais que retratam a pessoa negra como desprovida de inteligência, humanidade, capacidade de articulação política, não sendo pensada como alvo de cidadania plena. Nessa teia, ideologias relacionadas à inferioridade e coisificação, legado da escravidão, conformam uma imagem engessada, crônica e naturalizada da população negra numa realidade subalternizada.

Essa construção dá margem ao chamado viés racial implícito, que pode se manifestar em todas as áreas da vida social, sobretudo nas instituições. Portanto, infere-se que a atenção à saúde da população brasileira, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), não está imune a tal fenômeno, já que tem refletidas em seu cotidiano as determinações político-raciais de nossa sociedade.

O viés racial implícito pode ser entendido através de práticas sugestivas de discriminação e preconceito, resultante de estereótipos relativos à pessoa negra. Este seria o pavimento pelo qual o racismo institucional caminha, possibilitando desigualdades no acesso aos serviços institucionais. Ressalta-se que o racismo institucional atua de forma sutil, resultando em desigualdades não só na prestação de serviços, mas também na possibilidade de distribuição de benefícios e oportunidades aos variados grupos a partir do caráter racial (López, 2012).

Estudos como os de Kalckmann et al. (2007) identificaram expressões verbalizadas para mulheres negras durante o pré-natal e o parto, tais como: “Escutei a recepcionista (pré-natal) falar: negra é como coelho, só dá cria”; “No parto do meu último filho não me deram anestesia”; “O médico nem examinou a gestante negra”. Ou ainda: “No pré-natal, só mandavam emagrecer eu nem sabia o que era eclampsia, quase morri” (Kalckmann et al., 2007, p. 146). A partir disso, tratar a violência obstétrica atrelada ao racismo institucional se torna relevante por externalizar o histórico de violação de direitos aos quais as mulheres negras são submetidas, sobretudo, no período gravídico puerperal.

O presente artigo primeiramente trará a violência obstétrica relacionada às mulheres negras, chamando a atenção para a tendência desse grupo

vivenciar com maior intensidade as mais variadas manifestações de preconceitos, mesmo num momento tão cheio de simbolismo como a gravidez.

No segundo momento, abordará os conceitos de interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos, como luzes que auxiliam enxergar a magnitude do processo excludente possibilitado pelo racismo, sexismo e demais eixos de subordinação. Essa dinâmica precisa ser considerada a partir da realidade brasileira, já que apresenta uma forte tendência em cristalizar as mulheres negras num lugar de desprivilegio.

Por último, o texto traz o movimento de mulheres negras como elemento fundamental na luta contra o racismo e o sexismo na saúde, fato que demonstra que a *cidadania insurgente*, enquanto conceito vital, é absolutamente oportuna para caracterizar a existência e a resistência das mulheres negras no Brasil.

Violência obstétrica e mulheres negras

“Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (OMS, 2014, p. 1). Esta passagem é o preâmbulo da declaração da OMS referente à “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Este documento reconhece que, ao redor do mundo, inúmeras mulheres são vítimas de abusos, desrespeito e maus-tratos em instituições de saúde no momento do parto. Reconhece também que tais práticas violam os direitos humanos das mulheres, ameaçando seu direito à vida, à saúde, à integridade física e à não discriminação. Diante dessa realidade, o objetivo da OMS é de convocar todos os entes envolvidos para o diálogo, maior ação, pesquisa e mobilização sobre o tema, numa perspectiva de saúde pública e direitos humanos, já que

[...] um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador. No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito,

maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde, e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica. (OMS, 2014, p. 1)

No Brasil, os debates em torno do termo violência obstétrica começam a surgir nos primeiros anos da década de 2000, sobre as influências das experiências ocorridas na Venezuela e na Argentina. Além disso, uma de suas características básicas está atrelada à vertente do ciberativismo encabeçado por mulheres brancas e da classe média-alta, em que as mesmas relatam suas vivências durante o parto, denunciando práticas abusivas e desrespeitosas nos serviços de saúde.

Quanto à produção de conhecimento na área acadêmica, Diniz (2015) e outras realizaram o estado da arte em torno do conceito violência obstétrica a partir de revisão crítico-narrativa sobre o tema, no qual foi privilegiada a análise de literatura acadêmica, produções dos movimentos sociais e documentos institucionais do Brasil e exterior.

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (D' Oliveira et al. apud Diniz et al. 2015, p. 3)

As pesquisadoras relatam que tanto no Brasil como na América Latina o termo violência obstétrica é usado para descrever as variadas formas de violências ocorridas durante a gravidez. Os achados da pesquisa revelaram expressões como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumana/desumanizada, violações dos direitos humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto.

Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas. (Diniz et al., 2015, p. 3)

Baseadas nos atributos classificadores dirigidos às parturientes, as autoras identificam a existência de escolhas de determinados perfis de mulheres para o treinamento de procedimentos a partir de um ordenamento hierárquico do valor social das pacientes. Esse fato evidencia “uma hierarquia sexual, de modo que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela” (Idem, p. 4). As pesquisadoras citam que “mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento, estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro” (Idem).

De acordo com Diniz (2015), a mortalidade materna pode ser entendida como uma das possíveis consequências da violência obstétrica. Pesquisas apontam que as taxas de mortalidade materna são relacionadas ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde ofertados, pois grande parte dessas mortes poderia ser evitada através da aplicação adequada de políticas públicas. O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (RASEAM) de 2014 demonstra que as mulheres negras são o público-alvo da mortalidade materna no Brasil. Tal fato foi alvo de audiência pública realizada pela Subcomissão Especial Avaliadora das Políticas de Assistência Social e Saúde das Populações Vulneráveis na Câmara dos Deputados (Brasília) em 2016. Na época foi informado que as intercorrências que provocam os óbitos maternos vêm diminuindo entre as mulheres brancas e aumentando entre as negras. A audiência apurou que entre os anos de 2000 e 2012 as mortes por hemorragia caíram entre as brancas de 141 casos por 100 mil partos para 93 casos. Entre as mulheres negras aumentaram de 190 para 202 casos.

Embora as investigações sobre as causas das mortes de mulheres em idade fértil venham crescendo e tal fato impacte nos resultados expostos,

considera-se, além de fatores clínicos e socioeconômicos, as sutis articulações do racismo institucional. Na mesma audiência Jurema Werneck, atual diretora da Anistia Internacional no Brasil, afirmou que a justificativa para tais disparidades talvez resida no fato de os profissionais de saúde não estarem alinhados a todas as técnicas necessárias para uma consulta de pré e pós-parto de qualidade para as mulheres negras.

Outro fator que deve ser levado em consideração são os óbitos maternos por tipo de causa obstétrica. As causas obstétricas diretas, tais como hipertensão, hemorragia e infecção, são as mais recorrentes. São entendidas como aquelas que ocorrem por complicações durante a gravidez, parto ou puerpério. Por conta de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou um conjunto de fatores resultantes de qualquer dessas causas (Brasil, 2002). Diante deste quadro é importante dizer que 92% dos casos de mortes maternas por causas diretas são evitáveis.

O conceito sobre violência obstétrica é reconhecido como questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2014. Através da declaração intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” é possível identificar que embora existam evidências de desrespeito e maus-tratos às mulheres durante a assistência ao parto, no momento não há consenso de como tais problemas possam ser medidos (OMS, 2014). Contudo, ao considerar o marcador social cor/raça, Ramos (2016) afirma que as negras são as que mais sofrem com a falta de informação sobre o aleitamento, assim como o não acompanhamento durante a gravidez. A autora relata, também, que o tempo de atendimento dispensado às mulheres negras geralmente é menor do que o atendimento a uma mulher branca. “Fatos como esse fazem com que a mulher negra, além de não ser assistida devidamente, também se sinta inibida diante do cuidado com sua saúde” (Ramos, 2016).

Diante do exposto, é possível supor a existência do viés racial na atenção às mulheres negras em período gravídico puerperal, sendo necessário reconhecer o valor do recorte étnico racial para a análise dos diferenciados serviços de saúde prestados à população, como as maternidades.

Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: impactos para as mulheres negras

O conceito interseccionalidade vem sendo empregado largamente para discussão em torno das especificidades das mulheres negras, principalmente entre as intelectuais negras dos EUA e do Brasil. Kimberlé Crenshaw, considerada uma das lideranças da teoria crítica ao racismo nos Estados Unidos, é uma das pioneiras a respeito de tal pensamento.

O conceito é proposto a partir do texto “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativa ao gênero” (2002), criado no contexto da III Conferência Mundial contra o Racismo realizada em Durban — África do Sul — no ano de 2001. O objetivo foi sugerir um protocolo provisório para melhor identificar as variadas formas de subordinação que refletem os efeitos interativos das discriminações de gênero e raça (Crenshaw, 2002, p. 171). A intenção de Crenshaw foi trazer à tona a necessidade de as instituições de direitos humanos assumirem a responsabilidade em lidar com as causas e consequências de tal discriminação. De acordo com ela, ao longo da década de 1990, os resultados do ativismo de mulheres, tanto nas conferências mundiais como no campo das organizações de direitos humanos, trouxeram um consenso de que os direitos humanos das mulheres não deveriam se limitar às situações onde seus problemas se parecessem aos vivenciados pelos homens.

A autora pontua que sua contribuição teve por objetivo sugerir formas de entendimento das experiências únicas de mulheres étnica e racialmente identificadas. Alerta que, muitas vezes, tais experiências são suplantadas nos discursos sobre direitos. Assim, propõe que as instituições se envolvam nos esforços de investigação das implicações acerca de gênero, racismo, xenofobia e outras formas de intolerância que contribuem para uma combinação de abuso de direitos humanos.

[...] quando se fala dos direitos humanos, o primeiro que se aponta, quase de maneira automática, é a falta e a necessidade de proteção frente a violências

multiformes e multicausais que, procedentes dos Estados ou dos particulares, negam os direitos mais elementares (à vida, à integridade física, à liberdade de movimento, à de expressão etc.) de amplos contingentes da população de países e regiões. (Gomez, 2004, p. 74)

Há dificuldades em identificar a discriminação interseccional em contextos nos quais as forças econômicas, culturais e sociais moldam uma estrutura onde as mulheres são atingidas por outros sistemas de subordinação. Para apreensão da discriminação como problema interseccional, Crenshaw (2002) afirma que as dimensões raciais ou de gênero, que são parte da estrutura, deveriam ser destacadas em primeiro plano, como fatores que contribuem sobremaneira para a produção da subordinação.

Desta forma, a autora define interseccionalidade como

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

A partir disso, faz sentido pensar como se constitui o viés racial implícito ao se considerar as relações raciais estabelecidas entre os diferentes grupos, especialmente entre negros e brancos, no caso do Brasil. O conceito de viés racial é largamente utilizado nos estudos estrangeiros, sobretudo nos EUA. James (2017) faz uma revisão seletiva de estudos publicados desde 2003 sobre a provável contribuição do preconceito inconsciente dos médicos americanos para as desigualdades nos cuidados de saúde. O autor revela que naquele ano um comitê do Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos reuniu centenas de estudos documentando o fato de minorias raciais americanas, principalmente os afro-americanos,

receberem cuidados de saúde piores para amplo número de doenças, em comparação com os americanos brancos. Nisso, o referido comitê concluiu que os estereótipos negativos inconscientes dos médicos contra afro-americanos, e talvez contra outras pessoas de cor, provavelmente contribuam para essas disparidades.

O viés implícito é definido por James (2017) como um estereótipo realizado por um observador em relação a membros de um grupo racial ou étnico “minoritário”. Para se chegar a tal constatação são utilizados testes de associação implícita, que quantifica a velocidade relativa com que os indivíduos associam atributos positivos como “inteligentes” aos brancos e atributos negativos como “preguiçosos” aos negros. No que diz respeito ao viés racial implícito e à relação médico/paciente, o autor afirma que, na sociedade norte-americana,

Os médicos são mais propensos a prescrever analgésicos para pacientes brancos do que para pacientes negros. Em uma pesquisa de opinião recente, uma estudante de medicina branca discutiu como o “currículo silencioso” ensinou-a a tratar pacientes de forma diferente com base em sua raça. Sobre a questão da gestão da dor, ela escreveu: “Quando cheguei ao hospital [...] Aprendi que, entre dois pacientes com dor aguardando em uma sala de exames do departamento de emergência, o branco é mais provável que obtenha medicamentos e o preto é mais provável que seja dispensado com uma nota documentando narcóticos. (James, 2017, p. 4; tradução nossa)

A contribuição de James (2017) suscita reflexões a respeito da realidade brasileira, no que tange à sutileza do racismo, especialmente por conta da crença de uma democracia racial. Cruz e Faria (2017), ao pesquisarem as causas de óbito mais frequentes que incidiram em mulheres brancas (grupo hegemônico) e negras (grupo vulnerável) no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2015, constataram que:

No contexto do sexismo institucional, a população de mulheres não recebe a devida atenção pela área de saúde fora do período perinatal e, com a

sobreposição da ideologia opressiva que é o racismo institucional, as mulheres negras, no caso, têm o risco de nem na fase de idade reprodutiva receber o cuidado de saúde conforme preconiza a base de evidência científica. (Cruz e Faria, 2017, p. 1)

A partir dessas constatações, as autoras sugerem a promoção do cuidado de saúde centrado na pessoa e isento de viés racial e de gênero, visando a desconstrução do racismo institucional, entendido como

Fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (PCRI, 2006, p. 26).

Com o objetivo de identificar fatores associados à avaliação das mulheres no que se refere à relação profissionais de saúde/parturiente e como esses fatores influenciam na satisfação com o atendimento ao parto, a pesquisa intitulada “Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar” (D’Orsi et al., 2014) revelou que a cor da pele das entrevistadas foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida e menos privacidade nos exames. Quanto ao trabalho de parto, as pesquisadoras identificaram menores níveis de respeito e maior relato de violência dirigidos às mulheres pretas e pardas. Cruz (2004, p. 450) revela que “a persistência de uma estrutura de discriminação pode ser decorrente, entre outras razões, do desconhecimento existente a respeito da demanda da mulher negra sobre suas condições de vida e saúde”.

Diante do exposto, é possível inferir que os efeitos da construção do imaginário social criado em torno da população negra no Brasil se reproduz nos serviços de saúde. A associação entre violência, doença, crime,

prostituição, “feitura” e o corpo feminino negro parece ser refletida no atendimento à saúde, especialmente no momento do parto (Silva e Fonseca, 2012). Pensar a violência obstétrica relacionada às mulheres negras se faz necessário para problematizar as hierarquias nos serviços de maternidade, visando a garantia do direito à assistência adequada para as mulheres negras nos referidos serviços.

Movimento de mulheres negras numa perspectiva de cidadania insurgente

Num contexto de permanente luta por direitos sociais, as mulheres negras brasileiras vêm se colocando como sujeitos políticos em busca da cidadania plena. É nesse contexto que as contribuições de Holston (2013) são pertinentes. Conforme o autor, os conflitos entre cidadãos avolumaram-se, principalmente, com a urbanização e a democratização do século XX. A insurgência mundial de cidadanias democráticas presentes nas últimas décadas confrontou formas estabelecidas de governos e de privilégios estabelecidos.

O resultado é um emaranhado entre a democracia e seus opositores, em que novos tipos de cidadãos surgem para expandir a cidadania democrática, ao mesmo tempo que novas formas de violência e exclusão a corroem. (Holston, 2013, p. 21)

Ao tomar o Brasil como um caso paradigmático no que se refere à cidadania, Holston (2013, p. 22) afirma que possuímos “uma cidadania que administra as diferenças sociais legalizando-as de maneira que legitimam e reproduzem as desigualdades”. Essa dinâmica caracteriza-se pela manutenção do regime de privilégios legalizados e desigualdades legitimadas que impera no país desde sua “descoberta”. Contudo, Holston (2013) discorre que os mais entricheirados dos regimes de cidadania desigual podem ser desfeitos por movimentos de uma cidadania insurgente. O autor afirma que desde a década de 1970 as classes trabalhadoras vêm formulando nas periferias das cidades brasileiras uma *cidadania insurgente* que desestabiliza o entricheirado.

Seguindo o raciocínio de Holston (2013) e o articulando com a realidade das mulheres negras no Brasil, é possível afirmar que o movimento social deste grupo em específico está absolutamente imerso no que se caracteriza como cidadania insurgente. A trajetória de luta e resistência e contra as variadas formas de exploração que atingem as mulheres negras brasileiras não é recente. Podemos considerar que desde a travessia do continente africano para as Américas, a resistência às formas violentas e inumanas dispensadas aos africanos negros e seus descendentes por parte dos colonos tiveram muitas formas de oposição. Werneck (2009), ao discorrer sobre a diáspora africana e o papel fundamental das mulheres negras nesse processo, afirma que:

Na formação e expansão desta diáspora, as articulações empreendidas tinham e têm como âncora principal a luta contra a violência do aniquilamento — racista, heterossexista e eurocêntrica — com vistas a garantir nossa participação ativa no agenciamento das condições de vida para nós mesmas e para o grupo maior a que nos vinculamos. (Werneck, 2009, p. 77).

A interpretação que pode ser dada a esse pensamento é que a resistência é parte intrínseca da identidade negra feminina, já que as experiências de desfavorecimento social, político, econômico e cultural vêm fazendo parte de seu cotidiano desde a travessia transatlântica. Sendo assim, a categoria mulher negra é histórica, e a luta contra as desigualdades que a permeiam é secular.

Num contexto de permanente luta por direitos sociais, as mulheres negras vêm se colocando como sujeitos políticos em busca da cidadania plena. Ao pensar a democracia, devemos pensar também na socialização da economia, da política e da cultura como vias para a liberdade humana. É sob a perspectiva da socialização de formas mais equânimes de vida e trabalho que o movimento de mulheres negras vem pautando suas reivindicações políticas a partir da compreensão das hierarquias de gênero, raça e classe.

Vale pontuar que a realização da I Marcha Nacional das Mulheres Negras: Contra o Racismo e a Violência pelo Bem Viver, ocorrida em Brasília

em 15 de novembro de 2015, prova a contemporaneidade e a potencialidade de tal movimento. O ato caracterizou um marco político fundamental na histórica luta das mulheres negras brasileiras por direitos sociais e humanos com o objetivo de demonstrar que esse grupo apresenta demandas sociais particulares que devem ser consideradas pelo conjunto da sociedade. Em relação à saúde, teve como destaque a denúncia da mortalidade materna de mulheres negras relacionada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à baixa qualidade do atendimento somada à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos aos quais as mulheres negras estão expostas (Geledés, 2015). É possível inferir que a violência obstétrica atinge, sobremaneira, as mulheres negras, já que os indicadores sociais apontam que esse público vive de maneira mais expressiva as desigualdades impostas pelas contradições do capital.

No caso das maternidades do município do Rio de Janeiro, estudos apontam para a necessidade de atenção à qualidade dos serviços prestados. Índices de óbitos maternos no Rio de Janeiro apresentam uma das mais altas taxas, superando a taxa média do país, que gira em torno de sessenta mortes por 100 mil nascidos vivos.¹ De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ, 2016) do Rio de Janeiro a razão de mortalidade materna chegou a 71,4% em 2014, ou seja, foram em média 71 mortes por 100 mil nascidos vivos. Estudos apontam que a violência obstétrica vem sendo considerada uma prática que contribui para aumentar os índices de mortalidade materno-infantil (Ministério Público de Pernambuco, 2015).

Dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) referentes aos óbitos maternos, no período de 2000 a 2013, indicam que o município do Rio de Janeiro registrou 273 mortes de mulheres brancas, enquanto o mesmo indicador para mulheres negras somou um total de 485 mortes. Ou seja, as mulheres negras morreram em média 56% a mais que as brancas durante o período gravídico puerperal (DATASUS — SIM, 2015).

1. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que o coeficiente de dez mortes por 100 mil nascidos vivos está dentro da normalidade, sendo aceitável até vinte mortes por 100 mil nascidos vivos (OMS, 2014).

A luta por condições dignas de vida é impulsionada enormemente pela investida política do movimento de mulheres negras representado por instituições ligadas à Articulação de Organizações de Mulheres Negras no Brasil. Conquistas importantes no campo das políticas sociais têm crédito nesse movimento, sobretudo no atual contexto de desmonte sucessivo das políticas sociais e aumento da violência contra a população negra. Nesse cenário, a assistência à saúde das mulheres negras em período gravídico puerperal sofre grande impacto. Sendo assim, a cidadania insurgente oriunda do movimento de mulheres negras se coloca urgente e fundamental para a manutenção e o desenvolvimento de direitos das mulheres negras brasileiras.

Considerações finais

Este artigo procurou trazer à tona a problemática vivenciada por mulheres negras e pobres em período gravídico puerperal nos serviços públicos de saúde. A gestação é um momento cercado de expectativas por grande parte das mulheres e suas famílias. No entanto, o momento que poderia ser festivo e de alegria, muitas vezes transforma-se em momento de dor e perda.

O viés racial implícito sugestivo de racismo institucional e o sexismo tecem uma rede de complexidades que tem no espaço das unidades de saúde uma dinâmica cheia de conflitos. Geralmente, o saber biomédico que contamina a maioria dos profissionais de saúde tende a desconsiderar as opiniões das mulheres, não as tendo como sujeitos de direitos. Neste sentido, a valorização de princípios éticos, o investimento em educação em saúde, quer para profissionais, quer para usuários (as), devem ser colocados em pauta para que haja o reconhecimento do valor de cidadania no que se refere aos direitos reprodutivos das mulheres negras.

Não se pode deixar de considerar que as políticas de saúde existentes, que contemplam o enfretamento da mortalidade materna de mulheres negras, são importantes instrumentos de superação da problemática. Sem dúvida, a implementação dessas políticas não passam sem críticas, já que as

dificuldades e a falta de interesse em colocá-las em prática são visivelmente atravessadas pelo racismo e pelo sexismo. Contudo, acredita-se que esse aparato legal, esse ganho político é o que garante às mulheres negras vislumbrarem o alcance da garantia de seus direitos. Nesse processo, as mulheres negras organizadas possuem tal aparato legal (construído a partir de sua participação) na contínua luta pelos direitos das mulheres negras brasileiras.

Embora os avanços adquiridos a partir das políticas públicas e iniciativas governamentais em prol da saúde da população negra e a luta das mulheres negras diante da mortalidade materna sejam factíveis, muitos desafios ainda precisam ser superados. Os baixos recursos destinados às políticas públicas, a falta de integralidade entre o setor de saúde e os demais setores, as hierarquias de gênero, a discriminação racial, dentre tantos outros, devem ser enfrentados a partir da participação social e a valorização dos profissionais de saúde. O investimento em educação continuada e o redesenho da formação profissional, visando maior conhecimento e visibilidade das condições de vida e saúde da população negra, são urgentes para a modificação do quadro preocupante em que se insere a saúde pública brasileira. A *cidadania insurgente* proposta por Holston (2013) e representada aqui pelo movimento de mulheres negras tem a possibilidade e a potencialidade de enfrentar o racismo institucional e pontuar a necessidade de compreensão integral dos direitos humanos para as mulheres negras brasileiras em período gravídico puerperal.

Recebido em 19/1/18 ■ Aprovado em 19/6/18

Referências bibliográficas

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. 2. reimp. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/pnpm/livro-ii-pnpm-completo09.09.2009.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna/Ministério da Saúde*. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. — Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_13.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, ano 10, 1º sem. 2002, p. 171-188. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. Entendendo o viés racial implícito — tópicos sobre viés implícito e seu efeito: racismo institucional. 2016. Disponível em: <<https://prezi.com/ubii0d5bkgfa/entendendo-o-vies-racial-implicito/?webgl=0>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

_____. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 448-457, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2017.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da; FARIA, Izaide Ribeiro de. Mortalidade de mulheres negras residentes no Estado do Rio de Janeiro — 2015: evidências para a PNSIPN e a PNAISM. In: *Journal of Specialized Nursing Care*. [S.l.], v. 9, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2954/744>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade — SIM. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. Brasil, 2015.

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. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300019&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2015.

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. Disponível em: <<http://>

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2017.

GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA. *Carta das Mulheres Negras 2015: Marcha das Mulheres Negras 2015 contra o Racismo e a Violência e pelo bem viver como uma nova utopia*. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/carta-das-mulheres-negras-2015/>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

GOMEZ, José Maria. Direitos humanos, desenvolvimento e democracia na América Latina. *Revista Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social/Universidade Federal do Rio de Janeiro*. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2004. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B0--tS_Kbeq-Ym1TY2laUmxqXzQ/edit>. Acesso em: 2 abr. 2015.

HOLSTON, James. *Cidadania insurgente: disjunções da democracia e da modernidade no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

JAMES, Sherman A. The strangest of all encounters: racial and ethnic discrimination in US health care. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001302001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2018.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 16, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2010.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000500034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2010.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.16, n. 40, p. 121-134, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO — MPPE. *Violência obstétrica: MPPE promove debate sobre atenção à saúde e mortalidade materna*. Disponível em:

<<http://www.mppe.mp.br/mppe/index.php/comunicacao/noticias/ultimas-noticias-noticias/4295-violencia-obstetrica-mppe-promove-debate-sobre-atencao-a-saude-e-mortalidade-materna>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE — OMS. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2015.

PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL — PCRI. *Articulação para o Combate ao Racismo Institucional*. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: PCRI, 2006.

RAMOS, Celine. *Mulher negra e saúde: entrevista com Talita Rocha*. In: Blogueiras negras. Disponível em: <<http://blogueirasnegras.org/2016/03/24/mulher-negra-e-saude-entrevista-com-talita-rocha/>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

SILVA, Eliana Gesteira da; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da. A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda (Orgs.). *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et al., Brasília: ABPN, 2012. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

WERNECK, Jurema. Nossos passos vêm de longe! Movimento de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. In: WERNECK, Jurema (org.): *Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: CRIOLA, 2009. Disponível em: <http://www.criola.org.br/pdfs/publicacoes/livro_mulheresnegras.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2010.

Nota da autora

Jussara Francisca de Assis — Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). *E-mail*: lfjussara2015@gmail.com

