UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS ERECHIM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS
LINHA DE PESQUISA: SABERES, PROCESSOS E PRÁTICAS SOCIAIS

LUÍSA FERNANDA SILVA DOS SANTOS

PARECE QUE A GENTE NÃO É HUMANA!

O RACISMO OBSTÉTRICO COMO FORMA DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS E AS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES RACIALIZADAS EM ERECHIM ENTRE 2012 E 2025 SOB A LUZ DAS EPISTEMOLOGIAS DO SUL

ERECHIM
2025

LUÍSA FERNANDA SILVA DOS SANTOS

PARECE QUE A GENTE NÃO É HUMANA!

O RACISMO OBSTÉTRICO COMO FORMA DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS E AS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES RACIALIZADAS EM ERECHIM ENTRE 2012 E 2025 SOB A LUZ DAS EPISTEMOLOGIAS DO SUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – *campus* Erechim como requisito para obtenção do título de Mestra Interdisciplinar em Ciências Humanas.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Thais Janaina Wenczenovicz

Co-orientadora: Prof.ª Dr.ª Claudia Cinara Locateli

ERECHIM

2025

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Santos, Luísa Fernanda Silva dos
PARECE QUE A GENTE NÃO É HUMANA!: O racismo obstétrico como forma de violação de direitos humanos e as experiências de mulheres racializadas em Erechim entre 2012 e 2025 sob a luz das epistemologias do sul / Luísa Fernanda Silva dos Santos. -- 2025.
211 f.:il.

Orientadora: Doutora Catedrática Thais Janaina Wenczenovicz
Co-orientadora: Doutora Claudia Cinara Locateli
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Erechim,RS, 2025.

1. Colonialidade. 2. Racismo Obstétrico. 3. Mulheres Racializadas. 4. Epistemologias do Sul. 5. Gênero. I. Wenczenovicz, Thais Janaina, orient. II. Locateli, Claudia Cinara, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

LUÍSA FERNANDA SILVA DOS SANTOS

LUÍSA FERNANDA SILVA DOS SANTOS

PARECE QUE A GENTE NÃO É HUMANA! PARECE QUE A GENTE NÃO É HUMANA! O RACISMO OBSTÉTRICO COMO FORMA DE VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS E AS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES RACIALIZADAS EM ERECHIM ENTRE 2012 E 2025 SOB A LUZ DAS EPISTEMOLOGIAS DO SUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – *campus* Erechim como requisito para obtenção do título de Mestre Interdisciplinar em Ciências Humanas.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 14/11/2025

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br
THAIS JANAINA WENCZENOVICZ
Data: 11/02/2026 20:02:16-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof.ª Dr.ª Thaís Janaina Wenczenovicz
Orientadora (UERGS/UFFS)

Documento assinado digitalmente
gov.br
JEFERSON SANTOS ARAUJO
Data: 29/09/2026 23:43:10-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Profª. Dr. Jeferson Santos Araújo
Membro Titular Interno/PPGICH (UFFS)

CRISTINA AGUIAR FERREIRA DA SILVA:00268667063
Assinado de forma digital por CRISTINA AGUIAR FERREIRA DA SILVA:00268667063
Dados: 2026.10.01 13:31:49 -03'00'

Prof.ª Dr.ª Cristina Aguiar Ferreira da Silva
Membro Externo/PPGD (UDF)

CARDENAS CORDON ALICIA - 45945790R
Firmado digitalmente por CARDENAS CORDON ALICIA - 45945790R
Fecha: 2026.01.31 11:56:02 +01'00'

Prof.ª Dr.ª Alícia Cárdenas Cordón
Membro Internacional/Universidad de Córdoba

Prof. Dr. Gerson Wasen Fraga
Membro Interno – Suplente/PPGICH (UFFS)

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para todos os fins de direito, que assumo total responsabilidade pelo aporte ideológico conferido ao presente trabalho, isentando a Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, a Coordenação do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas(PPGICH), a Banca Examinadora e a Orientadora de toda e qualquer responsabilidade acerca do mesmo.

Erechim, 31 de Outubro de 2025

gov.br Documento assinado digitalmente
LUISA FERNANDA SILVA DOS SANTOS
Data: 10/02/2026 15:03:03-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Luísa Fernanda Silva dos Santos

Mestranda

Dedico este trabalho ao meu pai, cuja presença permanece viva em mim — sua memória é farol que guia meus passos e me impulsiona a seguir, mesmo quando o caminho parece árduo. Tenho certeza que ele está feliz com nossa trajetória.

Também a minha mãe - foi ela quem me ensinou o valor dos estudos. Presença constante e força que me sustenta em cada passo, tem sido o meu abrigo e meu suporte diário.

Este trabalho é também de vocês — porque cada conquista minha carrega um pouco do amor, do exemplo e do sonho que plantaram em mim.

Também dedico esta caminhada a todas as mulheres negras que tiveram seus corpos e narrativas silenciadas, mas cujas histórias ecoam em cada linha deste trabalho.

Que possamos continuar escrevendo, resistindo e renascendo — por nós, pelas que vieram antes e pelas que ainda virão.

AGRADECIMENTOS

Por mais solitária possa parecer a trajetória, a pesquisa é um corpo coletivo: feita de vozes que orientam, de mãos que acolhem, de olhares que inspiram, de afetos que impulsionam. Por isso, é justo e necessário relembrar e agradecer àquelas e àqueles que, de diferentes formas, contribuíram para que esta dissertação ganhasse forma — oferecendo tempo, saber, paciência, companheirismo e fé no meu caminho. Cada gesto, cada palavra e cada presença deixaram marcas profundas neste processo que é, antes de tudo, humano e compartilhado.

Agradeço à minha ancestralidade, fonte de força, sabedoria e resistência, e a todas as mulheres negras que, ao longo da história, ergueram pontes sobre abismos, preservaram saberes e mantiveram vivas as tradições ancestrais mesmo diante da dor e da opressão. Foram elas que abriram caminhos com coragem e fé, transformando silêncio em voz e luta em legado. É sobre os alicerces por elas calcificados que hoje podemos reivindicar nossos direitos, ocupar espaços e escrever novas narrativas de dignidade e liberdade. A cada passo dado nesta trajetória acadêmica, reconheço que não ando só — sou continuidade de muitas que vieram antes e resistência das que ainda virão.

Agradeço, com profunda reverência e ternura, às mulheres da minha família — minhas avós e tias, minha amada mãe, que sempre será a minha maior fonte de inspiração como pessoa, mãe e mulher, minha querida irmã que está sempre torcendo por mim, independentemente das escolhas que eu faça — todas, raízes firmes de uma árvore que me sustenta e me ensina a florescer mesmo em solo árido. Cada uma delas, com sua força silenciosa ou sua voz corajosa, acendeu uma chama em meu caminho, iluminando passos que, por vezes, pareciam impossíveis. Carrego em mim suas histórias, seus risos, suas dores e suas orações. São elas que, mesmo quando o mundo tenta me desviar, me lembram quem sou e de onde vim. Esta dissertação também é um ato de devoção a essa ancestralidade viva, um canto de gratidão à sabedoria e ao amor que me atravessam e me constituem. É, sobretudo, um tributo à força ancestral que pulsa em mim — essa herança que não pesa, mas me eleva e me move.

Com igual carinho agradeço ao Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul e pelas oportunidades que tive aos longo desta trajetória. Oportunidades de fazer amizades e de ter acesso ao Ensino Superior público e de qualidade. Agradeço em meu nome e em nome de minha ancestralidade que levaram séculos para acessar o direito à educação.

Também, agradeço de forma muito especial à minha queridas amigas, orientadora e co-orientadora, Professora Doutora e Catedrática Thaís Janaína e Professora Doutora Cláudia, pela paciência e por enxergarem em minha escrita um instrumento de transformação. Suas escutas generosas e confiança foram fundamentais para que eu me sentisse capaz de traduzir em palavras um tema tão sensível, urgente e, por vezes, doloroso. Obrigada por orientar não apenas um trabalho acadêmico, mas uma travessia pessoal e política.

Agradeço à minha família, minha fortaleza em meio às tempestades, e de forma especial ao meu companheiro de vida, que me sustentou com amor, paciência e presença — inclusive quando o fardo foi pesado demais para carregar sozinha. E é com a mais profunda ternura que dirijo estas palavras aos meus filhos, Igor e Ísis. Tudo o que sou e tudo o que está dissertação representa também é sobre vocês — e por vocês.

Foi pela maternidade que despertei para este tema e para a urgência de falar de nós, mulheres negras, que gestam e pari, entre dor e amor, e ainda assim encontram força para cuidar, sonhar e resistir. Foi através do corpo que gera e do coração que ama que compreendi, de forma visceral, o que significa ser mãe e mulher negra em uma sociedade que nos quer exaustas, silenciadas e invisíveis. Uma sociedade que prega meritocracia enquanto fecha portas, e que transforma a maternidade em obstáculo — especialmente quando ela se cruza com a cor da pele e o gênero.

A maternidade me revelou as cores e as sombras da vida. Mostrou-me as alegrias que florescem no afeto e também as dores que brotam das renúncias. Aprendi que ser mãe é viver em estado de entrega — é reorganizar sonhos, é negociar o tempo, é fazer caber o mundo dentro de um dia. Antes de cada aula, de cada escrita, de cada compromisso, havia a agenda de vocês, o cuidado com vocês, o amor por vocês. E, ainda assim, foi essa mesma

maternidade que me impulsionou a seguir, que me inspirou a transformar o cansaço em verbo, a dor em denúncia, o amor em potência.

Sim, a maternidade é meu ponto mais vulnerável — mas também é meu lugar de força e de criação. É dela que brota o desejo de justiça e o sentido do que faço. Pode até soar romântico, mas depois de tantas batalhas, de tantas madrugadas acordada entre livros e tarefas de casa, lágrimas e esperança, eu me permito romantizar este momento. Porque chegar até aqui é mais do que uma conquista acadêmica — é uma celebração da vida, da luta e do amor que me trouxeram até o fim desta travessia. Vocês, meus filhos, são o meu porto e o meu farol. Tudo o que escrevi, lutei e sonhei, carrega o nome e o sorriso de vocês.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pelo apoio e fomento concedidos para a realização desta pesquisa. O incentivo do CNPq não se traduz apenas em recurso financeiro, mas em reconhecimento e valorização do conhecimento produzido nas universidades públicas brasileiras, especialmente aquele comprometido com a promoção da justiça social, da equidade e dos direitos humanos. Este trabalho só pôde ser desenvolvido com a solidez e a continuidade que o investimento público em ciência permite. Que este agradecimento se estenda, portanto, à importância de políticas que garantam a permanência e o fortalecimento da pesquisa comprometida com a transformação social e o enfrentamento das desigualdades desse país.

Agradeço, com o mais profundo respeito e admiração, às mulheres racializadas – pretas e pardas - que gentilmente aceitaram ser sujeitas desta pesquisa, compartilhando comigo suas histórias de parto, muitas vezes marcadas pela dor e pela violência. Suas vozes ecoam como testemunhos de coragem, que aliás, é substantivo feminino, e verdade, revelando as camadas mais profundas do racismo institucional e das injustiças que atravessam os corpos e as vidas das mulheres racializadas no Brasil. Sem a generosidade de cada uma dessas mulheres, este trabalho simplesmente não existiria. Agradeço por confiarem em mim, por abrirem suas memórias e por transformarem experiências de sofrimento em sementes de mudança e consciência coletiva.

Agradeço, enfim, a mim mesma — por não ter desistido, mesmo quando o cansaço sussurrava rendição e o silêncio parecia mais confortável que a palavra. Ao longo desta jornada de escrita, desconstrução e reconstrução, precisei me reinventar inúmeras vezes. Chegar até aqui, enquanto mulher negra, mãe, advogada, docente, pesquisadora e militante, é fruto de uma travessia feita de resistência e ternura, de coragem e lágrimas, de raiva transformada em verbo e amor convertido em força. Foi preciso me olhar com honestidade, me reconhecer com afeto e me afirmar com dignidade em uma sociedade que tantas vezes insiste em negar a nossa existência. Escolho me agradecer por ter acolhido minhas dores, respeitado meus limites e, ainda assim, persistido — porque seguir viva, pensante e em luta é, também, um ato profundo de amor e de justiça.

Eu não sou livre enquanto alguma mulher não o for, mesmo quando as correntes dela forem muito diferentes das minhas.

Audre Lorde

RESUMO

O estudo analisa o racismo obstétrico e seus efeitos sobre os Direitos Humanos das mulheres racializadas, com base em uma abordagem interseccional fundamentada nas Epistemologias do Sul, a fim de descortinar mulheres que vivem nas margens, enfrentando a interseção de múltiplas identidades e opressões. A abordagem do tema, que tem se apresentado bastante embaraçoso, diante da perpetuação do mito da homogeneidade racial, fruto de políticas de branqueamento histórico que desconsideram a diversidade étnico-racial local, eliminando as contribuições e os desafios enfrentados pela população negra e criando uma falsa imagem de convivência harmoniosa, encobrindo conflitos e suprimindo identidades para dizer que nossas diferenças não importam. Objetiva-se, assim, analisar as dinâmicas do racismo obstétrico no Município de Erechim, situado na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul, e seus efeitos sobre os Direitos Humanos das mulheres racializadas. Para a realização da pesquisa foram conciliadas a técnica de pesquisa bibliográfica e documental, por meio da análise de estudos acadêmicos já realizados, doutrinas, livros, artigos científicos, com a finalidade de conceituar o racismo obstétrico e demonstrar como este configura uma forma de violência de gênero e violação dos Direitos Humanos das mulheres racializadas. A pesquisa se estendeu para exploratória, descritiva, de natureza qualitativa, após busca de participantes e aceite das mesmas.

Palavras-chave: Colonialidade, desigualdade social, epistemologias do sul, gênero; interseccionalidade; Mulheres Racializadas; raça; racismo obstétrico.

ABSTRACT

The study analyzes obstetric racism and its effects on the human rights of racialized women, from an intersectional approach grounded in Southern Epistemologies, with the aim of uncovering the realities of women who live on the margins, facing the intersection of multiple identities and oppressions.

The approach to this topic, which has proven to be quite uncomfortable, stems from the perpetuation of the myth of racial homogeneity — a result of historical whitening policies that disregard local ethno-racial diversity, erase the contributions and challenges faced by the black population, and create a false image of harmonious coexistence. These policies hide conflicts and suppress identities to maintain the narrative that our differences do not matter.

The objective, therefore, is to analyze the dynamics of obstetric racism in the municipality of Erechim, located in the northern region of the state of Rio Grande do Sul, and its effects on the human rights of racialized women, with the aim of revealing the realities of women who live on the margins, experiencing the intersection of multiple identities and systems of oppression.

To carry out the research, bibliographic and documentary research techniques will be combined, through the analysis of existing academic studies, legal doctrines, books, scientific articles, among others. The objective is to conceptualize obstetric racism and demonstrate how it constitutes a form of gender violence and a violation of the human rights of racialized women. The research may be extended to an exploratory, descriptive and qualitative study after the recruitment and consent of the participants.

Keywords: Coloniality, social inequality, epistemologie of the south; gender, intersectionality, racialized, Women; Race; obstetric racism.

RESUMEN

El estudio analiza el racismo obstétrico y sus efectos en los derechos humanos de las mujeres racializadas, desde un enfoque interseccional basado en Epistemologías del Sur, con el objetivo de revelar las realidades de las mujeres que viven en los márgenes, frente a la intersección de múltiples identidades y opresiones.

El abordaje de este tema, que ha demostrado ser bastante incómodo, se deriva de la perpetuación del mito de la homogeneidad racial, resultado de políticas históricas de blanqueamiento que ignoran la diversidad étnico-racial local, borran los aportes y desafíos de la población negra y crean una falsa imagen de coexistencia armoniosa. Estas políticas ocultan conflictos y suprimen identidades para mantener la narrativa de que nuestras diferencias no importan.

El objetivo, por tanto, es analizar la dinámica del racismo obstétrico en el municipio de Erechim, situado en la región norte del Estado de Rio Grande do Sul, y sus efectos sobre los derechos humanos de las mujeres racializadas, con el fin de revelar las realidades de las mujeres que viven en los márgenes, experimentando la intersección de múltiples identidades y sistemas de opresión.

Para llevar a cabo la investigación se combinarán técnicas de investigación bibliográfica y documental, a través del análisis de estudios académicos existentes, doctrinas jurídicas, libros, artículos científicos, entre otros. El objetivo es conceptualizar el racismo obstétrico y demostrar cómo constituye una forma de violencia de género y una violación de los derechos humanos de las mujeres racializadas. La investigación podrá extenderse a un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo previo reclutamiento y consentimiento de los participantes.

Palabras clave: colonialidad; desigualdad social; epistemologías del sur; género; interseccionalidad; Mujeres Racializadas, raza, Racismo obstétrico

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
BDTD	Banco Digital de Teses e Dissertações
CEDAW	Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CF	Constituição Federal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DEE	Departamento de Economia e Estatística
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
ESFQ	Estratégia de Saúde da Família Quilombola
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAI	Lei de Acesso à Informação
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização Não-Governamental
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPM	Programa Nacional de Políticas para Mulheres
PNSPIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPGICH	Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SAE	Secretaria de Assuntos Estratégicos
SES	Secretaria Estadual de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Metáfora do diamante ético.....p. 81
Figura 2 – Ilustrando a interseccionalidade.....p. 87
Figura 3 - Mulher negra em entrecruzamentos..... p. 90
Gráfico 1 – Distribuição por renda..... p. 142
Gráfico 2 – Distribuição por escolaridade..... p. 143
Gráfico 3 – Distribuição por Idade..... p. 144
Gráfico 4 – Distribuição por local do parto..... p. 145
Gráfico 5 – Distribuição por via de parto..... p. 148
Gráfico 6 – Distribuição por existência de patologia..... p. 152
Gráfico 7 – Presença de Doula..... p. 154
Gráfico 8 – Distribuição das Entrevistadas de acordo com a percepção de negação de autonomia e do protagonismo da mulher negra.....p. 158
Gráfico 9 – Distribuição das Entrevistadas de acordo com a percepção de desumanização e violência no parto.....p. 162
Gráfico 10 – Distribuição das Entrevistadas de acordo com a percepção acerca do racimos obstétrico.....p. 166
Gráfico 11 – Distribuição das Entrevistadas de acordo com a percepção sobre os impactos emocionais e simbólicos..... 170

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Formas de violência obstétrica no Brasil.....p. 82
Quadro 2 - Panorama legal dos Direitos Humanos .....p. 100
Quadro 3 - Descrição das Entrevistadas.....p. 128
Quadro4 - Matriz de análise qualitativa.....p. 132

SUMÁRIO

TRANSFORMANDO O SILÊNCIO EM LINGUAGEM E AÇÃO.....
INTRODUÇÃO.....
1 - VOZES SILENCIADAS, SABERES INSURGENTES: A POTÊNCIA DAS EPISTEMOLOGIAS DO SUL NO ENFRENTAMENTO DO RACISMO OBSTÉTRICO.....
1.1 - Colonialidades: uma matriz de poder persistente.....
1.2 - Colonialismo: o domínio formal e a subordinação dos corpos.....
1.3 - Patriarcado: estrutura histórica de dominação e organização do poder.....
1.4 - Gênero: uma categoria relacional, histórica e situada.....
1.5 - Identidade de gênero: construções subjetivas, políticas e colonialmente situadas.....
1.6 - Interseccionalidade: um instrumento analítico para a compreensão do racismo obstétrico.....
1.7 - Racialização da humanidade: uma construção social, hierarquia histórica e mecanismo de dominação.....
1.8 - Os corpos das mulheres racializadas como um “não ser”: dispositivos de poder, racialidade e violação de direitos.....
1.9 - Racismo obstétrico: a desigualdade na prestação de cuidados de saúde reprodutiva e a desumanização das mulheres racializadas.....
2 – OS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES RACIALIZADAS: DA CONSTRUÇÃO DO TERMO RACISMO OBSTÉTRICO SOB PERSPECTIVAS INTERSECCIONAIS E DECOLONIAIS ÀS VIOLAÇÕES CONTUMAZES.....
2.1 - Da Colonialidade dos Direitos Humanos à construção do termo racismo obstétrico.....
2.2 - Saúde e justiça reprodutiva como dimensão dos Direitos Humanos.....
2.3 - Compreendendo o racismo obstétrico através da Interseccionalidade .....
2.4 - O Estado como agente violador: Racismo institucional e invisibilidade jurídica.....

2.5 - Panorama legal dos Direitos Humanos das Mulheres Racializadas no Brasil.....
2.6 - Da hermenêutica jurídica interseccional como ferramenta de justiça à invisibilidade jurídica do racismo obstétrico e os desafios para sua responsabilização.....
2.7 - Possíveis caminhos para o enfrentamento jurídico e institucional do racismo obstétrico.....
3 - NOSSOS PASSOS VÃO LONGE: O PERCURSO DE LOCALIZAÇÃO DOS DADOS.....
3.1 - Local do Estudo.....
3.2 - Participantes em diálogo e protagonismos.....
3.3 - Aproximação com o local do estudo e reflexões pontuais.....
3.4 - Técnicas e instrumentos para coleta de dados.....
3.5 - Tratamentos e análise dos dados.....
3.6 - Aspectos éticos.....
4 - VOZES QUE ECOAM: INTERPRETANDO AS NARRATIVAS DE VIVÊNCIAS DE GESTAÇÃO E PARTO DE MULHERES RACIALIZADAS NO MUNICÍPIO DE ERECHIM.....
4.1 - Uma análise dos dados sociodemográficos e obstétricos.....
4.2 - Uma análise dos dados das questões temáticas.....
4.2.1 - Negação da autonomia e do protagonismo da mulher negra..158
4.2.2 - Desumanização e violência institucional no parto.....163
4.2.3 - Racismo obstétrico interseccional: cor, classe e acesso à saúde 167
4.2.4 - Impactos emocionais e simbólico.....170
4.3 Superando a invisibilidade e reconstruindo os Direitos Humanos das Mulheres Racializadas Erechinenses.....
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....
REFERÊNCIAS.....
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....
APÊNDICE B – Modelo de Questionário: Pesquisa sobre racismo obstétrico em Erechim/RS.....
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....
ANEXO 2 – Quadro do Estado do Conhecimento.....

TRANSFORMANDO O SILÊNCIO EM LINGUAGEM E AÇÃO

> Grande parte da história ocidental europeia nos condiciona a ver as diferenças humanas como oposições simplistas: dominante/subordinado, bom/mau, em cima/embaixo, superior/inferior. Em uma sociedade em que o bom é definido em relação ao lucro, e não a necessidades humanas, deve sempre existir um grupo de pessoas que, mediante opressão sistemática, pode ser levado a sentir dispensável, ocupando o lugar do inferior desumanizado. Nessa sociedade, esse grupo é formado por pessoas negras e do Terceiro Mundo, pela classe trabalhadora, pelos idosos e pelas mulheres. (Lorde, 2023, p. 141)

Reconhecer-me como uma mulher negra em uma sociedade estruturada pelo racismo não foi — e nunca será — um processo simples. Entender-me como um corpo historicamente marcado, social e politicamente racializado, exige maturidade, conhecimento, coragem e um mergulho profundo em reflexões que atravessam o social, o cultural e o existencial.

Desenvolver consciência racial é, ao mesmo tempo, um ato de libertação e um desafio profundo à saúde mental. Porque, a partir dela, passamos a enxergar com clareza as engrenagens do racismo que operam cotidianamente, em cada gesto, silêncio, olhar e ausência. Passamos a nomear violências que antes nos feriam em silêncio. Contudo, ao dar nome a essas violências, somos frequentemente invalidadas com frases de silenciamento, como: “Para você tudo é racismo!”.

E se eu te disser, que de fato é! Essa reação, por si só, revela o quão enraizado está o racismo estrutural — um sistema que molda comportamentos, discursos e instituições, e que se manifesta em práticas naturalizadas que ferem, oprimem e nos desumanizam. São violências que não deixam marcas no corpo, mas machucam profundamente a alma.

É nesse cenário que identificar o racismo obstétrico se torna um exercício árduo e urgente. Ainda que a violência obstétrica já tenha sido amplamente denunciada por pesquisas, movimentos sociais e organismos internacionais, nomear o racismo que estrutura essa violência é romper com o pacto do silêncio e da omissão institucional. Exigir que se reconheça o racismo

obstétrico é exigir que se revele a intersecção cruel entre racismo, sexismo e a desumanização de corpos negros gestantes.

Se a violência obstétrica é banalizada, o racismo obstétrico é ainda mais invisibilizado. Identificá-lo exige um olhar atento, crítico e interseccional — um olhar que compreenda que os corpos negros, sobretudo os corpos negros das mulheres, são historicamente tratados com menos empatia, cuidado e dignidade nos serviços de saúde. Reconhecer isso não é vitimismo. É resistência. É afirmação de existência. É uma exigência ética por justiça reprodutiva e dignidade humana.

Este trabalho converge a diversas emoções entre elas a raiva, não como uma emoção destrutiva, mas como uma ferramenta política poderosa na luta contra as opressões. A raiva das mulheres negras diante do racismo e do sexismo é legítima, transformadora e profundamente informativa, pois, nasce do acúmulo de experiências de injustiça e silenciamento, e deve ser reconhecida como uma fonte de lucidez crítica, capaz de iluminar desigualdades estruturais. (Lorde, 2023). Assim, ao invés de ser temida ou reprimida, a raiva deve ser acolhida e convertida em ação e linguagem, pois é na articulação dessa emoção que as mulheres negras encontram poder, resistência e criação.

A escrita, nesse contexto, torna-se um meio de canalizar e transformar a raiva em discurso político, como se fosse uma extensão do corpo e da voz — uma prática que denuncia, reivindica e imagina novas possibilidades de existência. A raiva, ao atravessar a escrita, rompe silêncios impostos e desafia o sistema que pretende manter as mulheres negras caladas, submissas ou isoladas. A solidão acadêmica não nasce apenas da falta de companhia, mas da falta de espelho. É o silêncio das bibliografias que não pronunciam nossos nomes, das bancas que duvidam de nossas vozes, das teorias que descrevem o mundo sem nos incluir nele. Estar na academia, para muitas de nós, é sentir a constante fricção entre o corpo que pensa e o corpo que resiste — e, ainda assim, insistir em permanecer, em escrever, em transformar o espaço que tantas vezes tentou nos expulsar.

A solidão acadêmica das mulheres negras é também uma solidão epistêmica. Ela revela o quanto as estruturas de produção de conhecimento seguem ancoradas em um modelo eurocêntrico, branco e masculino, que

naturaliza nossas ausências como se fossem inevitáveis. Nesse contexto, cada linha escrita por uma mulher negra é um ato político de (re)existência. É o gesto de inscrever-se onde antes se era apenas objeto de estudo. É o rompimento com a lógica colonial que nos reduzia à condição de sujeitas pesquisadas — corpos analisados, categorias a serem explicadas, experiências a serem interpretadas por outros olhares.

Assumir o lugar de pesquisadora é um movimento de inversão epistemológica: deixamos de ser o “objeto” para sermos a voz que narra, a autora que interpreta, a intelectual que produz. Esse deslocamento é radical e profundamente transformador, pois significa retomar o direito de nomear o mundo a partir de nossas próprias vivências, nossas dores e nossos saberes ancestrais.

Como afirma Patricia Hill Collins (2016), quando as mulheres negras produzem conhecimento sobre si mesmas, elas desafiam o próprio cânone e constroem uma epistemologia que rompe com as fronteiras impostas pela hegemonia branca. É o que Conceição Evaristo chama de escrevivência: escrever a vida como quem restitui a humanidade roubada.

Nessa travessia, a escrita se torna abrigo e trincheira. Ela acolhe a solidão e a transforma em comunhão; faz da experiência individual uma expressão coletiva de luta e memória. Cada parágrafo nasce entre o cansaço e a esperança, entre lágrimas e teimosia, entre o silêncio e a palavra que se impõe.

Assim, ao assumir o lugar de pesquisadora, deixo de ser apenas uma mulher observada pela lente acadêmica e torno-me a lente que observa, a voz que interpreta, a presença que ocupa. Escrever, aqui, é também um modo de existir — e existir, para mulheres negras, é sempre um gesto revolucionário

INTRODUÇÃO

A encruzilhada é lugar de dor e de potência, a partir dela uma legião de vozes se insurge contra as violências e as injustiças. (Vaz, 2021, p. 55). A partir disso, importante dizer que o presente estudo tem como objetivo analisar as dinâmicas do racismo obstétrico no Município de Erechim, situado na região Norte do Estado do Rio Grande do Sul, e seus efeitos sobre os Direitos Humanos das mulheres racializadas, a fim de observar suas vivências e como elas vêm enfrentando a interseção de múltiplas identidades e opressões, utilizando como ferramenta analítica a interseccionalidade e como base teórica as Epistemologias do Sul, para compreender o racismo obstétrico como também para elevar uma dimensão epistemológica e ética de transformação social; identificar práticas discriminatórias a partir das narrativas de mulheres racializadas; analisar as consequências sociais dessas práticas; verificar como os Direitos Humanos estão sendo violados; e propor recomendações para o enfrentamento do racismo obstétrico em nível local.

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), vinculada à Linha de Pesquisa 1: Saberes, Processos e Práticas Sociais. Essa linha tem como objetivo examinar e compreender os saberes e práticas sociais, culturais, políticas e econômicas mobilizados por diferentes atores e agentes sociais, em sua interação com processos que estruturam, moldam e transformam as sociedades.

As pesquisas desenvolvidas neste âmbito baseiam-se em diversas perspectivas teóricas e metodológicas, abordando temáticas como os processos de subjetivação e construção da memória coletiva; as relações de poder e os níveis variados de agência social; os arranjos de sociabilidade e a emergência de novos paradigmas de ação coletiva; os fenômenos socioeconômicos nas esferas produtiva, pública e privada; além das dinâmicas culturais, políticas e identitárias em sua interação com os agentes sociais.

O estudo do racismo obstétrico, sob uma perspectiva interdisciplinar, revela-se crucial para compreender a complexidade intrínseca do fenômeno. Essa abordagem exige a articulação de múltiplas áreas do conhecimento, possibilitando uma investigação aprofundada e um esclarecimento mais abrangente da questão, pois, requer a articulação de saberes provenientes de

múltiplas áreas do conhecimento para compreender a complexidade dessas características que envolvem dimensões históricas, sociais, culturais e jurídicas.

A investigação empírica produzida buscou explorar essas vivências no contexto local, entre os anos de 2012 e 2025, a partir das vozes, experiências e saberes de mulheres racializadas que vivenciaram situações de violência obstétrica. A escolha do tema foi motivada pela relevância social e acadêmica da problemática, além de experiências pessoais da autora. Essa vivência, aliada à escassez de estudos sobre a temática no contexto de cidades menores como Erechim, reflete a urgência de abordar as interseccionalidades de gênero e raça no campo da saúde reprodutiva. Ao mesmo tempo, busca-se dar voz às mulheres que enfrentam essas violações, promovendo o reconhecimento de suas experiências e ações concretas para transformar as práticas institucionais discriminatórias.

As experiências de mulheres racializadas atendidas no sistema obstétrico local, foram analisadas à luz dos marcos teóricos da colonialidade, do patriarcado, do racismo estrutural e da interseccionalidade. O problema de pesquisa que orienta esta investigação é: de que forma o racismo obstétrico se manifesta como violação dos Direitos Humanos das mulheres racializadas no Município de Erechim/RS e quais são os impactos dessa prática na dignidade e na autonomia dessas mulheres?

A hipótese central que orienta a pesquisa é a de que as mulheres racializadas de Erechim vivenciam práticas obstétricas marcadas por negligência, violência simbólica e desumanização, mas muitas vezes não identificam tais experiências como racismo obstétrico, em razão da naturalização da violência institucional e da ausência de debate público sobre o tema. Essa invisibilização contribui para a persistência do fenômeno e reforça a desigualdade no acesso à saúde de qualidade e humanizada.

As variáveis envolvidas nesta análise incluem: identidade racial e étnica das mulheres, classe social, experiências obstétricas vivenciadas, percepção sobre os direitos reprodutivos, existência ou não de práticas de acolhimento, e o grau de acesso a atendimentos humanizados. A produção empírica baseou-se em entrevistas narrativas com mulheres racializadas que pariram em Erechim no período delimitado, permitindo uma análise qualitativa situada.

Para a realização da pesquisa foram conciliadas a técnica de pesquisa bibliográfica e documental disponíveis em plataformas de domínio público, como por exemplo a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, por meio da análise de estudos acadêmicos já realizados, doutrinas, livros e artigos científicos, com a finalidade de conceituar o racismo obstétrico e demonstrar como este configura uma forma de violência de gênero e violação dos direitos humanos das mulheres racializadas. Visando obter uma visão inicial acerca do campo investigado, realizou-se um breve levantamento exploratório junto a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), coordenada pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), que reúne a produção acadêmica de mais de uma centena de instituições de ensino superior[1]. Até o momento da busca[2], a plataforma contava com 153 instituições cadastradas e 574.767 documentos entre teses (285.638) e dissertações (721.744). A ferramenta de busca avançada da plataforma possibilita a seleção de registros conforme palavras-chave, autoras, instituições, tipo de documento e período de publicação, otimizando a localização de trabalhos vinculados à temática de interesse.

Neste levantamento, foram utilizados descritores como racismo obstétrico, Direitos Humanos, mulheres negras e maternidade negra, com recorte temporal concentrado nas produções defendidas entre 2018 e 2024. Foram localizados 31 (trinta e um) estudos, sendo destes, 6 (seis) teses e 25 (vinte e cinco) dissertações, com o objetivo de identificar tendências e contribuições relevantes para o campo dos Direitos Humanos, da saúde reprodutiva e da justiça social.

A escolha pela Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) como principal fonte de levantamento justifica-se por sua abrangência nacional e caráter institucional, onde estão reunidas produções de programas de pós-graduação stricto sensu de instituições de ensino superior de todas as regiões do país. Isso garante uma amostragem diversificada, representativa da

[1] A plataforma BDTD, acessível pelo site http://bdtd.ibict.br/vufind/, foi criada em 2002 sob a coordenação do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), com a finalidade de reunir, em um só ambiente virtual, os sistemas de informação sobre teses e dissertações produzidas por instituições de ensino e pesquisa no Brasil. Seu propósito é incentivar a disseminação desses trabalhos acadêmicos e ampliar o acesso público a esse acervo científico.

[2] O levantamento foi realizado no dia 05 de Abril de 2025. Assim, podem ser encontradas variações nas informações aqui apresentadas se a pesquisa for realizada em outro momento.

produção acadêmica brasileira, além de facilitar o acesso a dados completos, como resumos, textos integrais e metadados essenciais para a sistematização da pesquisa.

A análise centrou-se nos resumos dos trabalhos localizados, a partir dos quais foram extraídas informações como ano de defesa, autora, título, nível acadêmico, palavras-chave, objetivos, metodologia, resultados e conclusões, identificando a predominância de estudos sobre racismo obstétrico nas áreas da enfermagem e da saúde pública, mas uma lacuna na abordagem interdisciplinar no campo das ciências humanas, especialmente em contextos urbanos interioranos como Erechim.

Na fase empírica foi realizada uma pesquisa qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com mulheres racializadas (pretas e pardas) que vivenciaram atendimentos obstétricos em Erechim, entre 2012 e 2025. Os dados coletados na pesquisa foram analisados a partir de uma abordagem qualitativa, utilizando a técnica de análise de conteúdo segundo o método proposto por Laurence Bardin (1977). A análise foi desenvolvida em três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Nessa etapa, foi realizada a codificação dos dados, agrupando-os em categorias temáticas construídas a partir dos núcleos de sentido presentes nas falas das participantes. Esse processo foi orientado pelo referencial teórico da pesquisa, especialmente pelos conceitos de colonialidade, racismo obstétrico, interseccionalidade e Epistemologias do Sul.

Após a categorização, realizou-se a análise interpretativa dos dados, buscando compreender como o racismo obstétrico se manifesta nas experiências relatadas, de que forma impacta os Direitos Humanos das mulheres racializadas e como essas experiências se articulam às estruturas sociais, culturais e institucionais locais.

Investigar o racismo obstétrico em município interiorano do Sul do país é bastante embaraçoso, visto que nesta região se perpetua o mito da homogeneidade racial, que é fruto de políticas de branqueamento histórico que desconsideram a diversidade étnico-racial local, eliminando as contribuições e os desafios enfrentados pela população racializada e criando uma falsa imagem de convivência harmoniosa, encobrindo conflitos e suprimindo identidades para dizer que nossas diferenças não importam.

Assim, bastante comum que vítimas de racismo obstétrico naturalizem condutas e tratamentos desumanizantes por não reconhecer tal violência como forma de violação e seus Direitos Humanos. No Rio Grande do Sul, essa invisibilidade se torna especialmente preocupante quando analisamos esses contextos devido reiterada e corriqueira desconsideração da presença de pessoas negras, onde a falta de reconhecimento da sua existência leva à perpetuação de desigualdades e redução de direitos fundamentais. Sendo assim, a investigação do racismo obstétrico em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul é crucial para evidenciar como essas desigualdades se manifestam e perpetuam em diversos espaços e territórios especificamente quando relativas aos Direitos Humanos das mulheres racializadas.

O racismo obstétrico, ao negligenciar a dignidade das mulheres racializadas durante a gestação, parto e pós parto, configura uma grave violação dos Direitos Humanos. Esta prática desumana não apenas reforça desigualdades estruturais, mas também mantém uma cultura de exclusão que limita o pleno acesso dessas mulheres a condições adequadas de saúde e bem-estar. Portanto, o racismo obstétrico desafia diretamente a ética dos Direitos Humanos, que preconiza o respeito e a consideração igualitária entre os indivíduos.

Para sustentar a base teórica foram mobilizados autores e autoras que discutem a colonialidade do poder, do saber e do ser (Quijano, Mignolo, Walsh, Maldonado-Torres), o patriarcado e as construções de gênero (Lerner, Connell, Oyěwùmí), a interseccionalidade (Crenshaw, Collins, Akotirene) e o racismo estrutural (Carneiro, Gonzalez, Cardoso). Destacam-se ainda contribuições de autoras como Dána-Ain Davis, Jurema Werneck, Thula Pires, Silvia Federici e Frantz Fanon, que evidenciam a o controle dos corpos de mulheres racializadas.

Com tal base teórica, pretende-se demonstrar a existência de um grupo social de pessoas considerada plenamente humanos — brancos, autônomos e detentores de direitos — enquanto outro abarca os corpos racializados, historicamente desumanizados. A normalização dessa divisão faz com que o que é entendido como “violência” dependa do lugar social do sujeito que a vivencia: aquilo que seria considerado intolerável para o grupo hegemônico é naturalizado e minimizado para os que estão às margens. Assim, a própria

noção de violência é moldada por estruturas coloniais e racistas, que disfarçam sob a aparência de proteção jurídica uma desigualdade profunda — o chamado “colonialismo jurídico”. Este opera ao oferecer uma proteção ilusória às pessoas não brancas, ao mesmo tempo em que normaliza a violência contra elas, reduzindo-a a meras violações administrativas ou inefetividade do Estado, em vez de reconhecê-la como expressão de um sistema de desumanização estrutural.

As relações de poder na sociedade contemporânea, marcadas por desigualdades históricas de gênero e raça, são heranças persistentes do colonialismo[3] e do patriarcalismo[4] que atingem de maneira descomunal as mulheres racializadas[5]. Essas dinâmicas estruturantes manifestam-se em diversas áreas da vida social, sendo o campo dos Direitos Humanos bastante impactado. No Brasil, um país cuja população é majoritariamente composta por pessoas negras[6] (IBGE, 2023), o racismo estrutural[7] e as desigualdades de gênero perpetuam práticas discriminatórias que violam direitos fundamentais, sobretudo das mulheres racializadas.

---

[3] O colonialismo é um sistema político, econômico e social que impõe a dominação e exploração de povos e territórios pelo imperialismo europeu. Configura-se como uma prática violenta e desumanizante, que reduz os povos colonizados à condição de objetos e destrói culturas, identidades e modos de vida (Césarie, 2020).

[4] O patriarcalismo é um sistema histórico e estrutural de dominação masculina sobre as mulheres, que se manifesta em diversas esferas da vida social, política, econômica e cultural. Verifica-se que o patriarcado não é um fenômeno natural ou biológico, mas uma construção histórica que se consolidou ao longo de milênios. Essa estrutura de poder estabeleceu hierarquias de gênero que subordinam as mulheres, controlando seus corpos, sua sexualidade e sua capacidade reprodutiva, enquanto limita suas possibilidades de participação nos processos políticos e econômicos. (Lerner, 2019)

[5] O termo "mulheres racializadas" refere-se a mulheres que enfrentam experiências de discriminação e desigualdade baseadas na interseção de gênero e raça. Esse conceito destaca como as mulheres negras, indígenas e de outras etnias não brancas são posicionadas em sistemas sociais e econômicos que reproduzem opressões específicas, resultantes da interação entre racismo, sexismo e outras formas de exclusão. (Lorde, 2023; hooks, 2024)

[6] Segundo o IBGE, o grupo populacional "negros" é composto pela soma das categorias de cor ou raça "pretos" e "pardos", conforme a autodeclaração dos indivíduos no Brasil. Essa classificação reflete a composição étnico-racial da população brasileira e é utilizada para mensurar desigualdades sociais e raciais. A definição é parte das políticas de reconhecimento e promoção da equidade racial no país. (IBGE, 2023)

[7] Sistema que organiza e reproduz desigualdades raciais de forma sistemática e integrada às instituições, práticas sociais e culturais da sociedade. O racismo não é apenas um comportamento individual ou um preconceito isolado, mas sim um componente estrutural que permeia as relações sociais, econômicas e políticas, moldando as oportunidades e limitando o acesso de pessoas negras a direitos e recursos. Ele destaca que o racismo está enraizado na história e no desenvolvimento das sociedades modernas, sendo perpetuado pela normalização da exclusão e discriminação racial nas instituições e no imaginário coletivo. Essa perspectiva revela que o enfrentamento do racismo exige mudanças profundas nas estruturas que sustentam as desigualdades. (Almeida, 2019)

Os Direitos Humanos são apresentados como processos institucionais e sociais que abrem espaços para a luta pela dignidade humana, considerando as condições concretas e materiais que moldam a existência dos indivíduos (Herrera Flores, 2009). Esses direitos não são meramente ideais abstratos, mas resultados provisórios de lutas sociais por acesso igualitário a bens necessários para uma vida digna.

Segundo Thula Pires (2018), a crença nas ideias de universalidade e neutralidade dos direitos humanos produziram uma apropriação dessa agenda de forma hierarquizada e violenta para grupos sociais minorizados e alijados dos bens materiais e simbólicos para o bem viver. Essa hierarquização sobre os Direitos Humanos está intimamente relacionada com o racismo – pessoal internalizado, interpessoal e institucional. O racismo, segundo Werneck (2016) possui organização ampla e complexa, se desenvolvimento através de estruturas, políticas, práticas e normas que definem oportunidades e valores para pessoas e populações, cujas dimensões atuam concomitantemente, com intensidade e profundidade capazes de naturalizar desigualdades.

> Apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos deletérios, o racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível. (Werneck, 2016)

Assim, o racismo obstétrico, definido por Carneiro (2023) como a violência institucional sofrida por mulheres racializadas durante o período gestacional, parto, puerpério e abortamento, encontra-se profundamente enraizado nas práticas médicas e nas dinâmicas de poder que desumanizam essas mulheres, configurando violações de Direitos Humanos, perpetuadas como reflexos do colonialismo e patriarcalismo.

Nas cidades do interior, onde a pesquisa sobre o tema é ainda mais escassa, as barreiras para o acesso a um atendimento humanizado são agravadas pela negligência histórica em relação às questões raciais. Nesse sentido, uma investigação acadêmica nessa área pode trazer contribuições significativas para dar visibilidade às vivências de tais mulheres, apontando para a necessidade de políticas públicas que combatam os racismos nas suas diversas formas de expressividade.

Ao negligenciar a dignidade das mulheres racializadas no acesso à saúde, o racismo obstétrico configura uma grave violação dos Direitos Humanos. Tal desumanização não apenas reforça desigualdades estruturais, mas também mantém uma cultura de exclusão que limita o pleno acesso dessas mulheres a condições adequadas de saúde e bem-estar.

O enfrentamento do racismo obstétrico é, portanto, uma extensão das práticas sociais emancipatórias, essenciais para a construção de uma sociedade mais justa (Herrera Flores, 2009). Ao permitir que essas violações persistam, a sociedade negligencia o "diamante ético" dos Direitos Humanos, que se fundamenta na pluralidade e na luta contra exclusões históricas. Encarar essa realidade exige um compromisso ativo com a igualdade e a dignidade, elementos centrais para desmantelar as estruturas de discriminação racial e de gênero que justificam violações tão cruéis.

Por fim, o estudo se ancora também no respaldo jurídico-internacional dos Direitos Humanos, previsto em documentos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), os Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos e Econômicos, Sociais e Culturais (1966), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979) e a Constituição Federal de 1988, que garante o direito à saúde, à dignidade da pessoa humana, à igualdade e ao acesso universal aos serviços públicos, com especial proteção às mulheres e à população negra.

No Capítulo 1, são apresentados conceitos fundamentais para a compreensão do legado da colonização e seus desdobramentos nas dimensões econômica, política, epistêmica e subjetiva das sociedades contemporâneas, com o objetivo de analisar o racismo obstétrico como uma das expressões da dominação cultural forjada pelas lógicas da modernidade/colonialidade, cujos fundamentos foram difundidos e consolidados durante o período colonial e que seguem operando, de maneira persistente, no presente. Ao tratar do corpo da mulher racializada como território simbólico e material de disputa, este trabalho propõe uma leitura que articula saber, poder e existência como eixos centrais para desvelar as marcas da colonialidade no campo da saúde reprodutiva e maternidade.

No capítulo 2 utiliza-se conceitos e fundamentos dos Direitos Humanos para demonstrar como as mulheres racializadas ocupam um campo de disputa ética, política e epistêmica, demonstrando a necessidade de reafirmar que o direito à saúde integral, à dignidade, à não discriminação e à autonomia corporal são garantias constitucionais e princípios consagrados em tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, mas que no entanto, tais direitos, permanecem inacessíveis para uma parcela significativa das mulheres, cujas existências são marcadas por múltiplas vulnerabilidades sociais e institucionais.

No capítulo 3 o caminho metodológico utilizado para o levantamento de dados e no capítulo 4 apresenta-se os resultados encontrados, a fim de demonstrar de que forma o racismo obstétrico se manifesta como uma violação dos Direitos Humanos das mulheres racializadas no Município de Erechim/RS e quais são os impactos dessa prática na dignidade e na autonomia dessas mulheres. Para isso, foram entrevistadas 8 mulheres racializadas, que se autodeclararam pretas ou pardas e que vivenciaram a gestação e parto no período de 2012 à 2025.

Dessa forma, esta pesquisa constitui uma contribuição teórico-metodológica e política que visa não apenas compreender o fenômeno do racismo obstétrico, mas também denunciá-lo como uma grave violação aos Direitos Humanos das mulheres racializadas, propondo caminhos para a construção de práticas mais justas, equânimes e respeitosas no campo da saúde reprodutiva.

1 - VOZES SILENCIADAS, SABERES INSURGENTES: A POTÊNCIA DAS EPISTEMOLOGIAS DO SUL[8] NO ENFRENTAMENTO DO RACISMO OBSTÉTRICO

> A encruzilhada é lugar de dor e de potência, a partir dela uma legião de vozes se insurge contra as violências e as injustiças. (Vaz, 2021, p. 55)

A base teórica apresentada neste capítulo introduzirá conceitos pontuais para a compreensão do processo de ocupação, colonização e povoamento dos territórios, ideário do colonialismo, colonialidades e seus desdobramentos nas dimensões econômica, política, epistêmica e subjetiva das sociedades contemporâneas. Esta pesquisa, contudo, concentra-se especialmente nessa última dimensão — a transpessoal ou subjetiva —, buscando compreender como os impactos da colonialidade se expressam na forma como certos corpos, saberes e vivências são historicamente inferiorizados, silenciados ou violentados. O objetivo é analisar o racismo obstétrico como uma das expressões da dominação cultural forjada pelas lógicas da modernidade/colonialidade, cujos fundamentos foram difundidos e consolidados durante o período colonial e que seguem operando, de maneira persistente, no presente. Ao tratar do corpo da mulher racializada como território simbólico e material de disputa, este trabalho propõe uma leitura que articula saber, poder e existência como eixos centrais para desvelar as marcas da colonialidade no campo da saúde reprodutiva e maternidade.

A sociedade ocidental contemporânea é atravessada por profundas desigualdades estruturais, que operam de forma interseccional a partir de marcadores como raça, gênero, classe, regionalidade, deficiência e sexualidade. Essas desigualdades não são acidentais, mas fruto de processos históricos de dominação, como o colonialismo, o patriarcalismo e o capitalismo, que produziram sistemas de exclusão e silenciamento profundamente enraizados nas instituições e nos modos de pensar o mundo. Diante desse cenário, esta pesquisa opta por se ancorar nas Epistemologias do Sul[9],

[8] As epistemologias do Sul tratam de conhecimentos que estão presentes na resistência e na luta contra a opressão ou que delas surgem. (Santos, 2020)

[9] O conceito de epistemologia refere-se ao campo da filosofia que se dedica ao estudo do conhecimento, investigando seus fundamentos, origens, métodos, validade e limites. Trata-se

formuladas por Boaventura de Sousa Santos (2010), como um posicionamento teórico e político que busca romper com a lógica eurocentrada e monocultural do conhecimento, reconhecendo e valorizando os saberes produzidos a partir das experiências históricas de resistência dos povos e sujeitos oprimidos.

Ao adotar essa perspectiva, pretende-se denunciar o epistemicídio[10] que historicamente marginalizou os saberes das mulheres negras, indígenas, parteiras tradicionais e comunidades periféricas, especialmente no campo da saúde. As Epistemologias do Sul permitem, assim, reconstruir o entendimento do racismo obstétrico não apenas como uma falha técnica ou moral do sistema de saúde, mas como uma forma específica de violência institucional sustentada pela colonialidade do saber, do poder, do ser e do gênero. Essa abordagem amplia o olhar analítico, ao considerar a centralidade das narrativas silenciadas, dos corpos subalternizados e dos saberes outros como ferramentas de resistência e (re)existência. Nas palavras de Santos (2010, p.40), “não há justiça social global sem justiça cognitiva”, e é justamente por meio dessa justiça cognitiva que se torna possível visibilizar as marcas do

---

de uma reflexão crítica sobre os modos de produção do saber, os critérios de verdade e as formas pelas quais determinados conhecimentos se legitimam em detrimento de outros. Quando articulado à noção de “Sul”, não apenas em seu sentido geográfico, mas sobretudo como marcador histórico de colonialidade, o termo assume um caráter profundamente político. O Sul global é entendido como o território simbólico e material onde se concentram as experiências históricas de colonização, exploração, epistemicídio e resistência dos povos subalternizados. Assim, o conceito de Epistemologias do Sul propõe uma ruptura com a hegemonia do pensamento eurocentrado e moderno-colonial, reivindicando formas de conhecimento ancoradas nas experiências, cosmovisões e práticas ancestrais dos povos historicamente oprimidos. Como afirmam Santos, Araújo e Baumgarten (2016), trata-se de uma epistemologia que “nasce da subalternidade como alternativa ao projeto colonizador, capitalista, patriarcal e racista”. A proposta é valorizar saberes que foram silenciados pelo colonialismo, reconhecendo nos processos de resistência — especialmente das mulheres, dos povos negros, indígenas e camponeses — uma fonte legítima e potente de conhecimento. Entre os principais pensadores e pensadoras das Epistemologias do Sul destacam-se Ramón Grosfoguel, Aníbal Quijano, Walter Mignolo, Santiago Castro-Gómez, Enrique Dussel, Catherine Walsh e Boaventura de Sousa Santos, cujas obras têm contribuído para desestabilizar os paradigmas do pensamento único e promover uma ecologia de saberes como caminho para a justiça cognitiva.

[10] O termo epistemicídio refere-se à destruição ou invisibilização sistemática dos saberes de grupos sociais subalternizados, especialmente os produzidos por povos indígenas, africanos e afrodescendentes, como parte do projeto colonial e racista de dominação. Segundo Boaventura de Sousa Santos (2010), trata-se do “assassinato de conhecimentos e saberes que não se enquadram nos critérios eurocêntricos de ciência” (p. 37), sendo um dos pilares da colonialidade do saber. No contexto brasileiro, Sueli Carneiro (2005) já denunciava esse processo como um mecanismo de exclusão epistêmica que sustenta o racismo estrutural, ao deslegitimar intelectualmente as populações negras e negar a validade de suas formas de conhecer, narrar e interpretar o mundo. O epistemicídio, portanto, não é apenas uma perda cultural, mas uma forma de violência simbólica que impede o reconhecimento de sujeitos racializados como produtores legítimos de conhecimento.

racismo obstétrico e reivindicar políticas públicas e práticas de cuidado que sejam verdadeiramente antirracistas, feministas e decoloniais.

> As epistemologias do Sul referem-se à produção e à validação de conhecimentos ancorados nas experiências de resistência de todos os grupos sociais que têm sido sistematicamente vítimas da injustiça, da opressão e da destruição causadas pelo capitalismo, pelo colonialismo e pelo patriarcado. (Santos, 2020, p.17)

O referido autor afirma também que, a colonialidade é, em verdade, a continuação do colonialismo por outros meios, um outro tipo de colonialismo, de modo que, para este, resgatar os saberes dos oprimidos, silenciados e marginalizados requer práticas de resistências (Santos, 2020, p. 27). A identificação da existência de uma linha abissal[11], se manifesta claramente na forma como o racismo obstétrico opera no Brasil e em outras partes do mundo. Enquanto os modelos biomédicos eurocêntricos são considerados os únicos válidos na medicina obstétrica, os saberes ancestrais das parteiras negras, indígenas e quilombolas são desvalorizados e excluídos dos sistemas de saúde. Além disso, a desumanização do corpo negro no parto reflete a linha abissal em sua dimensão mais brutal: mulheres negras têm suas dores ignoradas e seus direitos aniquilados.

Deste modo, essa perspectiva é essencial para compreender e combater as desigualdades enfrentadas por mulheres racializadas nos serviços de saúde reprodutiva. As Epistemologias do Sul desafiam a supremacia do conhecimento científico ocidental, apoiando a validade de saberes tradicionais e experiências locais. Ao incorporar uma ecologia de saberes[12] é possível desenvolver abordagens de saúde reprodutiva mais inclusivas e culturalmente sensíveis. Isso não apenas melhora a qualidade dos atendimentos, mas também fortalece a autonomia das mulheres sobre seus corpos e processos reprodutivos, registrando-as como detentoras de saberes legítimos.

---

[11] O conceito de linha abissal foi desenvolvido pelo sociólogo e epistemólogo português Boaventura de Sousa Santos para descrever as divisões profundas que estruturam o mundo moderno, resultantes do colonialismo e do eurocentrismo. Segundo Santos (2007), a linha abissal é uma fronteira epistemológica invisível, mas extremamente eficaz, que separa o que é considerado conhecimento válido e legítimo daquilo que é sistematicamente desqualificado, invisibilizado ou mesmo excluído. A linha abissal opera criando dois lados opostos da realidade: de um lado, negação ativa de outros modos de existência, saberes e direitos. (Santos, 2007)

[12] Reconhecimento da presença de diferentes saberes e a necessidade de estudar as afinidades, as divergências, as complementaridades e as contradições que existem entre as diversidades. (Santos, 2020, p. 29)

Portanto, as Epistemologias do Sul oferecem uma lente crítica para analisar e transformar práticas obstétricas, promovendo justiça social, nos instigando a questionar hierarquias de conhecimento e a construir ambientes que respeitem e integrem a diversidade de saberes, contribuindo para a erradicação do racismo obstétrico. Essas epistemologias reivindicam outras formas de compreender a saúde e o parto, valorizando os conhecimentos tradicionais das parteiras, a medicina ancestral africana e as práticas comunitárias de cuidado.

1.1 - Colonialidades: uma matriz de poder persistente

A compreensão do racismo obstétrico como fenômeno social e histórico requer uma abordagem que ultrapasse as explicações biomédicas ou pontuais da desigualdade racial no campo da saúde. Para isso, é necessário recorrer a um instrumental teórico que permita analisar como as hierarquias raciais, de gênero e classe foram constituídas e continuam a operar estruturalmente nas instituições sociais, inclusive no sistema de saúde.

Conforme argumenta Quijano (2005), a colonialidade do poder consiste na constituição de um sistema mundial capitalista, moderno e eurocentrado, estruturado a partir da invenção da ideia de raça. Tal conceito, construído com base em justificativas biológicas, foi utilizado para naturalizar a inferioridade dos povos colonizados frente aos colonizadores, instaurando uma lógica de dominação que se perpetua mesmo após o fim formal das estruturas coloniais.

Ainda que a noção de raça tenha sido inicialmente associada a diferenças fenotípicas visíveis, sua principal função foi a de operar como um mecanismo classificatório que hierarquiza os grupos humanos, atribuindo superioridade aos colonizadores europeus e subalternidade aos povos colonizados. Para sustentar essa classificação, foi construída uma base teórica que conferisse legitimidade à subordinação dos considerados racialmente inferiores.

O colonialismo é concebido como um sistema global de dominação política, social e cultural europeia sobre os povos colonizados e foi formalmente derrotado. Em contrapartida, a colonialidade, - elemento constitutivo e não mero derivativo da modernidade - persiste, mantendo-se como matriz da

racialização das relações de poder entre conquistadores e conquistados. (Vaz, 2021)

Nesse sentido, a ideia de raça, longe de ser uma constatação objetiva, foi uma invenção ideológica forjada no contexto da colonização, com o objetivo de justificar e manter a exploração e o controle dos corpos e saberes dos povos colonizados. Como destaca Quijano, trata-se de uma construção que está no cerne da colonialidade e que segue estruturando as relações sociais, políticas e epistêmicas no mundo contemporâneo:

> A ideia de raça, em seu sentido moderno, não tem história conhecida antes da América. Talvez se tenha originado como referência às diferenças fenotípicas entre conquistadores e conquistados, mas o que importa é que desde muito cedo foi construída como referência a supostas estruturas biológicas diferenciais entre esses grupos. A formação de relações sociais fundadas nessa ideia, produziu na América identidades sociais historicamente novas: índios, negros e mestiços, e redefiniu outras. Assim, termos com espanhol e português, e mais tarde europeu, que até então indicavam apenas procedência geográfica ou país de origem, desde então adquiriram também, em relação às novas identidades, uma conotação racial. (Quijano, 2005, p. 117)

Percebe-se que essa matriz de poder é composta por quatro eixos principais: o controle da economia, da autoridade, da sexualidade e do conhecimento, todos atravessados por hierarquias raciais e de gênero. Nesse sentido, a colonialidade é um padrão de poder global que se originou com a colonização das Américas e que permanece vigente mesmo após o fim formal do colonialismo.

Tal estrutura impôs uma lógica de dominação que desumaniza corpos racializados, sobretudo os corpos negros e indígenas, conferindo-lhes um estatuto de subalternidade e inferioridade. Essa lógica é sustentada por um sistema epistêmico eurocentrado, que marginaliza saberes outros e legitima o monopólio ocidental da produção do conhecimento (QUIJANO, 2000; MIGNOLO, 2003).

Ao desenvolver o conceito de “colonialidade do saber”, Walter Mignolo -(2003, 2005), enfatiza que a dominação colonial não se deu apenas pela força física, mas também pela imposição de uma epistemologia que naturalizou as desigualdades e hierarquias. Para o estudioso, o projeto da modernidade está intrinsecamente ligado à colonialidade, sendo inseparáveis. A modernidade,

longe de representar apenas progresso e civilização, produziu também exclusão e violência, especialmente contra os povos colonizados. A colonialidade do saber opera, portanto, como um mecanismo que silencia vozes e experiências de grupos racializados, tornando-os invisíveis ou reduzindo-os à condição de objeto de estudo.

> A modernidade é uma máquina geradora de alteridades que, em nome da razão e do humanismo, exclui de seu imaginário a hibridez, a multiplicidade, a ambiguidade e a contingência das formas de vida concretas. (Castro-Gómez, 2005, p. 80)

Essa crítica de Santiago Castro-Gómez (2005), discute a colonialidade do ser e do saber, propondo um olhar descolonial que resgate as vozes subalternizadas. Para ele, o racismo não é um desvio da modernidade, mas uma condição de possibilidade de sua constituição. A subjetivação do corpo negro, especialmente da mulher negra, pode ser compreendida como parte desse processo de desumanização e objetificação, fundado na colonialidade.

Nesse marco teórico, o racismo obstétrico pode ser compreendido como uma manifestação contemporânea da colonialidade. A mulher negra, historicamente associada a estereótipos desumanizantes, como o da "mãe forte", "hiperfértil" ou "insensível à dor", é frequentemente alvo de violências institucionais no contexto obstétrico, que reproduzem a lógica colonial de controle e subalternização dos corpos racializados. Essa violência não é involuntária ou meramente individual, mas estruturada e reproduzida sistematicamente por instituições formadas sob a égide da colonialidade.

Dessa forma, ao adotar o referencial da colonialidade como categoria analítica, esta pesquisa pretende evidenciar os nexos entre o passado colonial e as práticas de violência obstétrica racializada no Brasil contemporâneo. Trata-se de compreender que o racismo obstétrico não é um fenômeno isolado, mas um sintoma de uma ordem social e epistêmica que precisa ser descolonizada.

1.2 - Colonialismo: o domínio formal e a subordinação dos corpos

Seguindo a linha de raciocínio, para evidenciar a presença do racismo obstétrico imprescindível uma abordagem histórico-estrutural que permita

compreender os processos que produziram a desigualdade racial e a subalternização dos corpos negros no contexto das instituições sociais, inclusive no campo da saúde. Nesse sentido, torna-se necessária a recuperação do conceito de colonialismo, não apenas como uma fase histórica superada, mas como um fenômeno que deixou marcas profundas e duradouras nas sociedades contemporâneas, especialmente naquelas que foram alvos de exploração e dominação imperial.

Conforme Quijano (2005), o colonialismo diz respeito ao processo sócio histórico de imposição de um regime de dominação baseado no controle formal, político e militar de territórios e populações. No caso da América Latina, esse processo teve início no século XVI, com a expansão imperial europeia, e perdurou por séculos, como exemplifica a colonização do Brasil por Portugal, que se estendeu até o início do século XX, mesmo após a independência formal em 1822. O colonialismo implicou não apenas o controle territorial, mas a imposição de instituições, línguas, religiões e formas de organização social e econômica que reconfiguraram profundamente os modos de vida dos povos originários e dos africanos escravizados.

> É com o colonialismo moderno – cujo início é marcado pela expansão europeia nas Américas – que se estabelece um padrão de poder assentado na hierarquização racial dicotômica da humanidade, dividida em europeus – brancos superiores, racionais, civilizados – e não europeus – não brancos, inferiores, sub-humanos, selvagens. Desse modo, a supremacia branca sobre as demais raças foi elemento essencial para a expansão do sistema colonial europeu, que se intensificou a partir do século XVI, sob as vestes de propalada missão civilizatória dos povos inferiores que, incapazes de se autogovernarem, precisavam ser dominados e, então civilizados. A supremacia branca configura-se, portanto, como o sistema político que deu origem ao mundo moderno tal qual ele se apresenta atualmente. (Vaz, 2021)

Para além do domínio material, o colonialismo instituiu uma lógica de desumanização dos povos colonizados, frequentemente justificada por discursos religiosos e científicos que os representavam como inferiores, bárbaros ou selvagens, culminando na construção da raça como um critério de hierarquização dos sujeitos e de legitimação da violência e da exploração. Nas palavras de Quijano (2005), foi por meio do colonialismo que se consolidou uma “classificação social universal da população do planeta em torno da ideia

de raça, uma construção mental da diferença entre conquistadores e conquistados".

O colonialismo moderno, portanto, não foi apenas um episódio de conquista, mas a gênese de um sistema de poder que estruturou as relações sociais e institucionais com base em hierarquias raciais, de gênero e de classe. Essa estrutura histórica de dominação se estendeu para além do período colonial formal e continua a operar de modo insidioso nas práticas sociais, culturais e institucionais contemporâneas, inclusive nos sistemas de saúde e nos modos de atenção à saúde da mulher negra.

No caso específico do racismo obstétrico, é possível identificar a permanência de práticas que desconsideram a humanidade plena das mulheres negras, tratando seus corpos de forma despersonalizada, como maior tolerância à dor, menor escuta ativa e recorrente negligência. Tais práticas são ecos das racionalidades coloniais que desumanizavam os corpos negros e os submetiam a experimentações, coerção e violência física e simbólica (DAVIS, 1981; VARGAS, 2021).

A farsa do projeto civilizatório europeu, também revelada por Aimé Césaire, (2022 [1955]), o qual denuncia que a colonização jamais teve como objetivo a elevação moral ou cultural dos povos colonizados, mas sim, foi um processo de coisificação do ser humano, em que o colonizado é reduzido à condição de objeto, de coisa a ser dominada, explorada e descartada. O autor afirma que, ao desumanizar o outro, o colonizador também se desumaniza, pois legitima a barbárie em nome de uma suposta racionalidade. Segundo suas palavras: "uma civilização que se mostra incapaz de resolver os problemas que suscita é uma civilização decadente" (CÉSAIRE, 2022, p. 44).

Sua crítica atravessa a ideia de que o colonialismo representa uma ruptura ética profunda, na qual a violência se torna um instrumento legitimado de dominação. Ao trazer essa perspectiva para a análise do racismo obstétrico, compreende-se que a desumanização dos corpos negros no campo da saúde, especialmente das mulheres, é herdeira direta dessa lógica colonial que coisificou e instrumentalizou vidas racializadas, legitimando sua dor, sofrimento e morte como efeitos colaterais de um sistema dito civilizatório.

Assim, ao conceituar o colonialismo como regime fundacional da modernidade ocidental, é possível compreender que o racismo obstétrico não é

desvios do sistema, mas manifestações persistentes de um modelo de dominação que se iniciou com a colonização e que ainda estrutura as relações sociais, epistêmicas e institucionais no presente. A crítica ao colonialismo, portanto, é um passo necessário para desvelar os mecanismos que sustentam o racismo institucional e estrutural na saúde, sobretudo quando se trata da atenção obstétrica prestada às mulheres racializadas, sobretudo negras e indígenas.

1.3 - Patriarcado: estrutura histórica de dominação e organização do poder

A compreensão das violências que incidem sobre os corpos das mulheres, especialmente nos espaços institucionais como o sistema de saúde, requer a análise da estrutura de poder conhecida como patriarcado. Longe de se tratar de uma mera configuração cultural ou moral, o patriarcado é um sistema histórico de dominação masculina que organiza as relações sociais, políticas, econômicas e simbólicas em torno da subordinação das mulheres e da supremacia masculina.

Segundo a historiadora Gerda Lerner, (2019 [1986]), o patriarcado não é um dado natural ou inevitável, mas uma construção histórica que se consolidou ao longo de milênios. Assim, o processo de institucionalização da dominação masculina começa quando as mulheres passam a ser tratadas como propriedade, sendo seus corpos, sua sexualidade e sua capacidade reprodutiva colocados a serviço da linhagem masculina e do controle social. Lerner demonstra, a partir da análise das civilizações mesopotâmicas e das tradições judaico-cristãs, que o patriarcado se enraizou nas bases das estruturas religiosas, jurídicas e econômicas do Ocidente, produzindo uma narrativa de inferioridade feminina que atravessou os séculos.

A dominação patriarcal não atua apenas nas esferas privadas ou afetivas, mas estrutura o funcionamento das instituições, moldando seus discursos, práticas e normas. Como explica Lerner (2019), o patriarcado é sustentado por uma cultura da hierarquia, da autoridade masculina e da exclusão das mulheres dos espaços de poder e produção do conhecimento. Tal cultura também está presente nas ciências médicas, cujas epistemologias historicamente ignoraram ou medicalizam os corpos femininos (Vieira, 2002),

tratando-os como objetos passivos, reprodutivos e subordinados à autoridade médica, frequentemente masculina e branca.

Autoras feministas contemporâneas, como Silvia Federici (2019) e Rita Segato (2014), ampliam essa leitura ao associar o patriarcado à expansão do capitalismo e da colonialidade. Para Federici, o corpo da mulher, e em especial sua capacidade reprodutiva, tornou-se campo central de disputa e controle no processo de acumulação capitalista. A autora mostra que a violência contra as mulheres não é um resquício de uma cultura arcaica, mas um mecanismo funcional à manutenção do sistema capitalista patriarcal. Já Segato (2014) destaca o papel das instituições estatais e jurídicas na reprodução da lógica patriarcal, que, ao invés de proteger as mulheres, frequentemente revitimiza e naturaliza a violência que sobre elas incide.

No contexto brasileiro, essa lógica patriarcal se entrelaça com o racismo estrutural e a desigualdade social, criando condições específicas de vulnerabilização para as mulheres negras. O patriarcado, nesse sentido, não pode ser compreendido isoladamente: ele se articula com outras formas de opressão, como o racismo e o classismo, conformando o que Sueli Carneiro (2003) denomina como uma “estrutura interseccional de dominação”.

No campo da saúde, e mais especificamente na atenção obstétrica, a presença do patriarcado é notória: decisões médicas são tomadas sem o consentimento da parturiente; a dor da mulher é desconsiderada ou naturalizada; procedimentos invasivos são realizados sem explicação ou justificativa; e o corpo feminino é tratado como território de controle técnico. Essa lógica é intensificada quando se trata de mulheres racializadas, cujos corpos foram historicamente animalizados e explorados, tanto no contexto da escravização quanto na ciência médica moderna. O patriarcado, portanto, opera como um dos pilares da violência obstétrica, naturalizando o autoritarismo institucional e a negação da autonomia das mulheres sobre seus corpos.

Assim, incorporar a análise do patriarcado como categoria teórica nesta pesquisa é fundamental para compreender como se estrutura e se perpetua a desigualdade de gênero nos serviços de saúde. Trata-se de desvelar uma racionalidade histórica que legitima a violência, o silenciamento e o

apagamento das mulheres, especialmente aquelas situadas nas margens do sistema.

1.4 - Gênero: uma categoria relacional, histórica e situada

A categoria gênero constitui um eixo fundamental para a análise das desigualdades sociais, em especial quando se busca compreender a vivência das mulheres racializadas no campo da saúde e as formas específicas de violência a que estão submetidas, como o racismo obstétrico. Para tanto, é necessário adotar uma abordagem que compreenda o gênero não como uma característica natural ou fixa dos indivíduos, mas como uma construção histórica, relacional e atravessada por marcadores de raça, classe e sexualidade.

Segundo Raewyn Connell e Rebecca Pearse (2015), gênero é uma estrutura social que organiza as relações humanas em praticamente todos os aspectos da vida, desde o trabalho até a intimidade, produzindo desigualdades e hierarquias entre os sexos. As autoras propõem uma análise do gênero em escala global, evidenciando que as relações de gênero se constituíram de forma articulada com os processos coloniais, capitalistas e patriarcais. Desse modo, a dominação masculina não é homogênea, mas assume diferentes formas conforme os contextos sociais, sendo particularmente intensa nos países marcados pela herança colonial, como o Brasil. Assim, as citadas autoras destacam que as estruturas de gênero foram moldadas pela expansão imperial europeia, que impôs um modelo binário e hierárquico de masculinidade e feminilidade, associado à racialização e à subalternização dos povos colonizados.

A afirmação de Simone de Beauvoir, “não se nasce mulher, torna-se mulher”, presente na obra O segundo sexo (1949), constitui um marco fundamental na compreensão da construção social do gênero. Com essa frase, a filósofa francesa rompe com a noção essencialista de que a condição feminina é determinada biologicamente, propondo que o “ser mulher” é resultado de um processo histórico, social e cultural de formação de identidades e papéis de gênero. Assim, a feminilidade é construída a partir de práticas discursivas, institucionais e simbólicas que definem comportamentos,

expectativas e funções sociais atribuídas ao sexo feminino. Beauvoir evidencia que, nas sociedades patriarcais, a mulher é posicionada como o “Outro” em relação ao homem, o qual ocupa o lugar de sujeito universal e neutro, configurando uma hierarquia de poder que naturaliza a subordinação feminina (BEAUVOIR, 1980).

> Muitas estudiosas têm criticado o gênero como um conceito universal e têm demonstrado o quanto esse é uma categoria particular da política das mulheres brancas anglófonas, especialmente nos Estados Unidos. Talvez a crítica mais importante das articulações feministas de gênero seja aquela feita por uma série de pesquisadoras afro-americanas, as quais insistem que nos Estados Unidos não é possível de maneira alguma que gênero seja considerado como algo independente das noções de raça e de classe. (Oyéwúmi, 2024, p. 171)

Nesse contexto, o patriarcado opera como um sistema estruturante que regula as formas de ser, agir e existir das mulheres, condicionando sua autonomia e restringindo sua participação social, política e econômica. As normas patriarcais produzem e reproduzem desigualdades por meio da socialização de gênero, que desde a infância impõe padrões de docilidade, cuidado e submissão às mulheres, enquanto reforça a racionalidade, a força e a liderança como atributos masculinos. Essa construção simbólica do feminino se articula à manutenção de estruturas de poder que sustentam a divisão sexual do trabalho, a violência de gênero e a exclusão das mulheres dos espaços de decisão. Portanto, compreender que “tornar-se mulher” é um processo social é reconhecer que a desigualdade entre os gêneros não é natural, mas sim uma construção histórica passível de transformação.

No entanto, segundo a socióloga nigeriana Oyèrónkẹ́ Oyěwùmí a noção de gênero, tal como consolidada pelas epistemologias ocidentais, não é universal, mas sim uma construção histórica e culturalmente situada, enraizada em paradigmas eurocêntricos que privilegiam experiências e categorias de análise derivadas das sociedades europeias e norte-americanas. Ao propor uma reflexão a partir das epistemologias africanas, a autora questiona a hierarquização do gênero como eixo analítico central e denuncia a imposição de uma lógica binária — homem/mulher — que desconsidera outras formas de organização social, nas quais o corpo biológico não define necessariamente o status social ou as relações de poder. Nesse sentido, a hierarquização do

gênero reflete não apenas um projeto de dominação patriarcal, mas também colonial, que universaliza categorias ocidentais de sujeito, corpo e identidade, invisibilizando saberes e experiências plurais. As epistemologias africanas, ao recusarem essa centralidade imposta, propõem uma descolonização do pensamento feminista, reivindicando a legitimidade de outros modos de existir e de conhecer, nos quais o gênero é compreendido de forma relacional, contextual e interconectada com outras dimensões da vida social (OYĚWÙMÍ, 2021).

Por isso, compreender o gênero em sua complexidade exige também a escuta e valorização das epistemologias do Sul e das experiências encarnadas pelas mulheres negras. Autoras brasileiras como Lélia Gonzalez, Beatriz Nascimento, Sueli Carneiro e Carla Akotirene têm sido fundamentais para demonstrar que o gênero, quando pensado a partir de uma perspectiva hegemônica e branca, torna-se insuficiente para abarcar as vivências das mulheres negras latino-americanas. Lélia Gonzalez (1984), ao propor o conceito de amefricanidade, denunciava a universalização da experiência da mulher branca como parâmetro de análise feminista, e reivindicava uma leitura situada da opressão que considera a interseção entre racismo, sexismo e colonialismo.

Nessa mesma direção, Sueli Carneiro (2003) aponta que o gênero, para as mulheres negras, não pode ser dissociado da raça, uma vez que o racismo organiza de forma estrutural a experiência dessas mulheres na sociedade brasileira. Trata-se, portanto, de uma dupla, por vezes tripla, vulnerabilização: por serem mulheres, por serem negras e, frequentemente, por pertencerem às classes populares. A violência obstétrica, quando atravessada pelo racismo, revela a insuficiência de uma análise que se limite ao gênero sem considerar os marcadores raciais e sociais. Como afirma Carneiro, “o racismo é um sistema de poder que naturaliza a inferiorização e legitima a exclusão”, inclusive nos serviços de saúde.

A contribuição de Carla Akotirene (2019), ao sistematizar a interseccionalidade como uma ferramenta analítica crítica, permite visibilizar as opressões entrelaçadas que afetam as mulheres negras em contextos institucionais. Akotirene enfatiza que é preciso romper com epistemologias brancas e masculinas para compreender os modos específicos de

subordinação vividos por mulheres negras. Essa proposta dialoga diretamente com o campo da saúde, onde o corpo da mulher negra, historicamente objetificado, permanece sendo alvo de práticas desumanizantes. Nesse sentido, o conceito de gênero, se descolado das questões raciais, pode produzir apagamentos e reproduzir uma falsa universalidade da experiência feminina.

> Como as mulheres negras têm acesso a experiências que acumulam o ser negra e ser mulher, uma epistemologia alternativa utilizada para rearticular o ponto de vista delas deve refletir a convergência desses dois conjuntos de experiências. Raça e gênero podem até ser analiticamente distintos, mas na vida cotidiana das mulheres negras eles operam conjuntamente. (Collins, 2024, p. 165

Assim, esta pesquisa busca construir um referencial analítico comprometido com a complexidade das relações sociais e com a produção de conhecimento situado, decolonial e comprometido com a justiça social. Tal abordagem é imprescindível para compreender e enfrentar o racismo obstétrico, enquanto expressão interseccional de opressões que atingem de forma brutal os corpos das mulheres negras.

1.5 - Identidade de gênero: construções subjetivas, políticas e colonialmente situadas

A noção de identidade de gênero é central para compreender as múltiplas formas de vivência dos sujeitos e como esses corpos são reconhecidos, controlados ou marginalizados socialmente. Em uma sociedade estruturada por normas cisheteropatriarcais, a identidade de gênero torna-se um marcador político que define quem pode ou não acessar direitos, cuidados e dignidade, especialmente no campo da saúde.

A identidade de gênero diz respeito à forma como cada pessoa se percebe e se posiciona em relação aos papéis de gênero, podendo ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento. Tal identidade, longe de ser um dado natural, é fruto de processos históricos, sociais e culturais que envolvem normas, discursos e relações de poder.

Para Raewyn Connell e Rebecca Pearse (2015), a identidade de gênero é uma construção relacional, desenvolvida no interior das estruturas sociais e

das experiências vividas. Essas estruturas, por sua vez, estão enraizadas em contextos históricos amplos, como o colonialismo e o patriarcado, que impuseram modelos binários e hierárquicos de gênero, centrados na dominação masculina e na cisheteronormatividade. As mencionadas autoras destacam que a colonialidade teve papel central na imposição global de uma matriz de gênero que associa feminilidade à submissão e masculinidade à autoridade, marginalizando identidades dissidentes e deslegitimando experiências não conformes à norma cisgênera.

O pensamento descolonial nos ajuda a questionar os pressupostos universais sobre gênero e identidade, revelando como tais categorias foram moldadas a partir da perspectiva ocidental, branca e europeia. Segundo Oyèrónkẹ́ Oyěwùmí (2000), a ideia de gênero, como uma estrutura binária e hierarquizante, foi um produto da modernidade ocidental, e não uma categoria presente em todas as culturas. Estudando a sociedade iorubá pré-colonial, Oyěwùmí observou que lá a organização social não se dava com base no sexo ou em papéis de gênero fixos, mas sim em categorias como idade e senioridade. Para ela, o gênero foi “inventado” e imposto durante a colonização como parte de um projeto de dominação, transformando corpos e relações sociais em conformidade com a lógica patriarcal e eurocentrada.

Essa crítica é essencial para compreender que a identidade de gênero, tal como a concebemos hoje, não é universal, mas profundamente situada. A imposição da norma binária e cisgênera foi um dos instrumentos centrais do colonialismo, que não apenas ocupou territórios, mas também disciplinou corpos e subjetividades, apagando sistemas de organização social mais diversos e fluidos. Essa imposição ainda opera nas instituições contemporâneas, especialmente naquelas ligadas ao cuidado e à saúde, onde corpos que fogem de normas, como pessoas trans, não binárias e intersexo, são frequentemente alvo de violências institucionais e exclusão.

A articulação entre identidade de gênero, raça e colonialidade revela que os processos de exclusão não operam de forma isolada, mas interseccionada. As pessoas trans negras, por exemplo, enfrentam camadas de opressão que tornam o acesso à saúde digna e respeitosa ainda mais restrito. No campo obstétrico, a ausência de protocolos inclusivos e o desconhecimento sobre as especificidades de identidades não cisgêneras reforçam práticas excludentes e

desumanizantes, que ecoam a lógica colonial da negação da autonomia dos corpos subalternizados.

Dessa forma, reconhecer que a identidade de gênero é uma construção situada, plural e política é passo fundamental para a construção de práticas de saúde que sejam verdadeiramente inclusivas, promotoras de justiça e respeitosas aos Direitos Humanos de todas as pessoas. Um pensamento crítico que desfaça os pressupostos naturalizados sobre gênero e que denuncie a colonialidade que ainda estrutura nossas instituições e relações sociais é emergente em todas as áreas, especialmente na saúde, políticas públicas e ciências jurídicas e sociais.

1.6 - Interseccionalidade[13]: um instrumento analítico para a compreensão do racismo obstétrico

A interseccionalidade é um conceito fundamental para compreender como diferentes formas de opressão — como o racismo, o sexismo, o classismo, a homofobia e outras — se entrelaçam e produzem desigualdades específicas nas vidas das pessoas. Assim, a compreensão do racismo obstétrico como fenômeno social e institucional exige um referencial teórico que permita analisar a forma como diferentes sistemas de opressão se articulam e se manifestam nos corpos das mulheres negras.

Nesse sentido, a interseccionalidade emerge como um instrumento analítico fundamental esse entroncamenteo entre raça, gênero, classe, sexualidade e outras categorias sociais, que não operam de forma isolada, mas de maneira interdependente e simultânea.

O termo interseccionalidade tem o objetivo de evidenciar as limitações das análises jurídicas e políticas que tratam a discriminação racial e de gênero como esferas separadas. Segundo Crenshaw (1989) mulheres negras são invisibilizadas nas políticas antirracistas — que privilegiavam a experiência dos

[13] O termo foi cunhado pela jurista e ativista norte-americana **Kimberlé Crenshaw**, no final da década de 1980, para explicar como as mulheres negras eram invisibilizadas tanto pelo movimento feminista — que tratava as mulheres como um grupo homogêneo, centrado na experiência das mulheres brancas — quanto pelas políticas antirracistas, que tomavam o homem negro como sujeito universal. Assim, Crenshaw (1989) mostrou que as opressões não atuam de maneira isolada, mas se sobrepõem, formando sistemas complexos de dominação que moldam as oportunidades e experiências sociais de cada grupo.

homens negros — e nas políticas feministas — que se baseiam em uma experiência branca e de classe média. Para a autora, a interseccionalidade é uma ferramenta para analisar como o entrelaçamento de múltiplas formas de opressão cria experiências sociais únicas que não podem ser compreendidas por meio de uma lógica aditiva ou segmentada.

Por sua vez, Patricia Hill Collins (1990), ampliou e aprofundou o conceito ao propor uma matriz de dominação em que os sistemas de opressão se articulam em nível estrutural, institucional e interpessoal, evidenciando como as experiências das mulheres negras são moldadas pela confluência entre racismo, sexismo, classismo e heteronormatividade, ressaltando que o conhecimento produzido a partir dessas vivências é essencial para a transformação das estruturas sociais. Sua abordagem valoriza o saber situado, isto é, aquele que parte das experiências concretas de sujeitos historicamente marginalizados.

No contexto brasileiro, a filósofa e intelectual negra Carla Akotirene (2019) oferece uma contribuição decisiva ao sistematizar a interseccionalidade a partir de uma perspectiva crítica e anticolonial. A autora denuncia a apropriação superficial e despolitizada do conceito por setores acadêmicos e institucionais, e reafirma sua origem no pensamento feminista negro. Para a autora, a interseccionalidade deve ser compreendida como um método de análise comprometido com a justiça social, que possibilita desvelar as violências que incidem sobre os corpos negros, especialmente os das mulheres, no cotidiano das instituições. Ela sustenta que “o racismo é o princípio organizador das desigualdades brasileiras, e o sexismo o seu sustentáculo.”

Aplicar a interseccionalidade à análise do racismo obstétrico permite compreender que a violência vivenciada por mulheres racializadas nos serviços de saúde não pode ser reduzida a uma questão de gênero, tampouco de raça, de modo isolado. O que está em jogo é a sobreposição de desigualdades que historicamente desumanizam os corpos negros femininos, naturalizando sua dor, deslegitimando suas narrativas e precarizando seu acesso à atenção obstétrica de qualidade. O apagamento da experiência interseccional das mulheres negras contribui para a perpetuação de práticas institucionais violentas, baseadas em estereótipos e desinformação.

Portanto, incorporar a interseccionalidade como eixo teórico e metodológico neste trabalho é uma escolha política e epistemológica que visa romper com as leituras hegemônicas e monocromáticas sobre a saúde reprodutiva. Trata-se de adotar uma lente que revela os múltiplos atravessamentos que constituem o racismo obstétrico, reconhecendo que apenas a partir de uma análise interseccional é possível propor caminhos eficazes para o enfrentamento dessa forma específica de violência institucional.

1.7 - Racialização da humanidade: uma construção social, hierarquia histórica e mecanismo de dominação

> O racismo é um complexo sistema de opressão que impõe a superioridade de uma raça em detrimento de outras. Opera a partir da atribuição de significado social a determinadas características fenotípicas, imputando-se qualidades negativas e inferiores àqueles grupos tidos como desviantes do padrão considerado superior/hegemônico. (Vaz, 2021)

A racialização de seres humanos constitui um dos pilares centrais do projeto colonial moderno e representa um dos mecanismos mais eficazes de dominação e controle social produzidos pela modernidade europeia. A partir do século XV, com as grandes navegações e a expansão colonial, as potências europeias passaram a classificar e hierarquizar os povos encontrados — africanos, ameríndios e asiáticos — segundo critérios pseudo-científicos, religiosos e morais, que definiam o que seria o “humano pleno”. Essa classificação, ancorada na ideia de raça, permitiu transformar diferenças culturais e geográficas em desigualdades naturais, legitimando a escravização, a expropriação de territórios e o genocídio de povos não europeus. Como apontam autores como Aníbal Quijano (2000) e Frantz Fanon (2008), o racismo se tornou uma tecnologia de poder que organizou o mundo moderno, instituindo uma “linha abissal” entre aqueles reconhecidos como sujeitos de direitos e aqueles reduzidos à condição de objeto, de força de trabalho ou de corpo explorável.

Nesse sentido, a racialização opera não apenas como um processo de classificação, mas como uma forma de naturalizar a violência e a desigualdade. Corpos racializados foram convertidos em alvos preferenciais da dominação,

tendo sua humanidade constantemente negada ou condicionada à assimilação cultural imposta pelo colonizador.

> [...] Daí a compreensão de que não são as raças humanas que dão origem ao racismo e, sim o racismo que provoca a divisão da humanidade em raças definidas. Com efeito, é a partir da consolidação do racismo que surgem as primeiras classificações raciais humanas na ciência, normatizando construções simbólicas extraíveis das relações sociais, difundindo-as para as mais variadas vertentes da vida em sociedade, inclusive para esfera jurídica. (Vaz, 2021, p.44)

Essa desumanização se perpetua nas estruturas contemporâneas, manifestando-se nas políticas públicas, nas instituições e nos discursos que ainda reproduzem hierarquias raciais. No caso das mulheres racializadas, essa lógica assume contornos interseccionais, combinando racismo e sexismo para produzir experiências específicas de exclusão e violência simbólica e física. Assim, compreender o processo de racialização é reconhecer a continuidade histórica das violências coloniais e a urgência de desmantelar as bases epistemológicas e institucionais que sustentam a desigualdade racial no presente.

No campo dos estudos decoloniais, autoras como Maria Lugones (2014) e Oyèrónkẹ́ Oyěwùmí (2000) contribuem para a crítica à ideia de que as categorias de raça e gênero seriam universais e neutras. Lugones destaca que a colonialidade do poder impôs simultaneamente a colonialidade do gênero e da raça, produzindo uma lógica de dominação que racializa e sexualiza corpos a partir de uma epistemologia ocidental, que foi internalizada nas instituições e práticas sociais. Oyěwùmí, evidencia que as categorias de raça e gênero são imposições da modernidade colonial que reorganizaram profundamente os sistemas sociais africanos, apagando formas diversas de identidade e hierarquia.

No contexto brasileiro, o conceito de raça é inseparável da experiência histórica do racismo estrutural, que permeia as relações sociais, as políticas públicas e as instituições. Autoras como Sueli Carneiro (2003) e Lélia Gonzalez (1988) alertam para o fato de que a raça é o princípio organizador das desigualdades no Brasil, atuando na constituição de uma sociedade que nega humanidade aos corpos negros, especialmente aos corpos femininos negros. Para Sueli Carneiro, a racialização é uma tecnologia de poder que legitima a

exclusão, o silenciamento e a violência simbólica e física contra a população negra. Lélia Gonzalez, ao propor o conceito de racismo por denegação, denuncia como o mito da democracia racial oculta os efeitos perversos da racialização no cotidiano das pessoas negras.

Nesse mesmo horizonte teórico, o sociólogo brasileiro Lourenço Cardoso (2010) traz importantes reflexões sobre os modos como a raça estrutura e define as posições sociais no Brasil contemporâneo. Em seus escritos, o autor problematiza o uso da categoria raça não apenas como marcador de identidade, mas como uma tecnologia política que opera sobre os corpos, organizando a exclusão, a marginalização e a produção da morte simbólica e física da população negra. Para ele, o racismo é um sistema racional, planejado, que serve à manutenção da branquitude como lugar de privilégio e de humanidade plena. Ao afirmar que a branquitude define os padrões de universalidade e legitimidade nos discursos institucionais e acadêmicos. Desta maneira, evidencia-se como a racialização afeta o próprio campo do conhecimento e das práticas institucionais, historicamente marcadas por epistemologias eurocentradas e excludentes. Tais reflexões reforçam a necessidade de produzir análises que desestabilizem a normatividade racial branca e coloquem no centro os saberes e experiências das populações negras.

> Busca-se racializar a discussão sobre direitos humanos para politizá-la, oferecendo uma proposta amefricana que permita recentrar a discussão de maneira afrocentrada, radicada na experiência brasileira e comprometida com os atravessamentos entre raça, classe, gênero, sexualidade e capacidade como estruturais e estruturantes de relações intersubjetivas e institucionais (e não como atributos identitários. (Pires, 2018, p. 66)

Compreender a raça como uma categoria histórica e relacional permite evidenciar que suas consequências são concretas, embora sua existência seja simbólica e ideológica. A racialização opera não apenas na forma como os sujeitos são percebidos, mas também na forma como são tratados pelo Estado, pelas instituições e pelos serviços públicos.

No campo da saúde reprodutiva, essa lógica se manifesta no racismo Institucional, que se materializa na negligência, na desumanização e na negação do direito ao cuidado digno para pessoas racializadas, especialmente

mulheres negras, que ocupam o lugar mais vulnerabilizado na interseção entre racismo e sexismo, sendo o primeiro, um fator estruturante das relações sociais, tanto como ideologia quanto como prática cotidiana, num processo de reprodução cotidiana (Rosa, 2024).

Assim, reconhecer que o racismo não é apenas uma questão moral ou individual, mas um sistema de poder estruturante que organiza as oportunidades, os acessos e os modos de existência é um passo necessário para desnaturalizar práticas institucionais que produzem e reproduzem violências racializadas, como é o caso do racismo obstétrico, tema central deste trabalho.

1.8 - Os corpos das mulheres racializadas como um “não ser”: dispositivos de poder, racialidade e violação de direitos

Durante o período de escravização de pessoas o corpo da mulher negra foi juridicamente reduzido à condição de propriedade, e sua capacidade reprodutiva, transformada em instrumento econômico. Deste modo, a reprodução das mulheres escravizadas era incentivada pelos senhores como forma de ampliar o patrimônio, já que os filhos nascidos sob o regime escravista pertenciam aos proprietários, e não às mães. Assim, a maternidade negra foi historicamente negada enquanto experiência humana e afetiva, tornando-se uma função produtiva a serviço da ordem colonial.

O estratégico controle dos corpos racializados foi um dos mecanismos centrais da supremacia branca. Mesmo após a abolição, o Estado continuou a intervir sobre a reprodução das mulheres negras por meio de políticas de esterilização compulsória, de criminalização da pobreza e de institucionalização de práticas médicas racistas. Alguns discursos atravessam os tempos, adaptando suas formas, atualizando vocabulários ou revestindo-se de novas roupagens, mas preservando em essência os sentidos de controle e normatização que sempre carregaram. Ainda que aparentem transformações, continuam a impactar profundamente a vida das pessoas, seus valores, comportamentos e modos de existir no mundo.

A dominação masculina é uma estrutura de poder que perpetua a desigualdade de gênero. Assim, o que Pierre Bourdieu (2014) denomina violência simbólica está profundamente enraizada nas práticas sociais. Essa dominação não se sustenta apenas pela força física ou imposição legal, mas sobretudo pela naturalização de diferenças que são, na realidade, construções sociais. O masculino é elevado à condição de universal e neutro, enquanto o feminino é subordinado, restrito à esfera do "outro", do que é particular e secundário. Essa hierarquia simbólica é reproduzida nos hábitos cotidianos, nas instituições e nas disposições subjetivas — os habitus[14] — moldando tanto os comportamentos quanto as percepções que homens e mulheres têm de si mesmos e dos papéis que devem desempenhar na sociedade.

A teoria da dominação simbólica de Pierre Bourdieu (2014) dialoga profundamente com o pensamento de Frantz Fanon (2008), sobretudo na compreensão de que as estruturas de poder se mantêm não apenas pela coerção material, mas pela internalização de hierarquias e significados impostos socialmente. Para ambos, a dominação se consolida quando os dominados incorporam como naturais as representações e valores produzidos pelos dominadores, reproduzindo inconscientemente a lógica da opressão. Fanon (2008), ao analisar a experiência colonial, evidencia que o racismo não atua apenas no plano econômico ou político, mas principalmente no simbólico, ao produzir subjetividades colonizadas que buscam o reconhecimento no olhar do colonizador. De modo análogo, Bourdieu (2014) demonstra que o patriarcado se perpetua pela naturalização da desigualdade entre os sexos, inscrita nos habitus e nas práticas sociais cotidianas. Assim, tanto o racismo colonial descrito por Fanon quanto o sexismo estrutural analisado por Bourdieu revelam sistemas simbólicos que disciplinam corpos e mentes, instaurando um poder que se faz eficaz precisamente por ser invisível, internalizado e legitimado como ordem natural do mundo.

Assim, a força da dominação, seja a colonial, seja a patriarcal, residem justamente no fato de que operam de maneira invisível, sem necessidade de coerção explícita. Ao internalizarem essas normas como "naturais", tanto

[14] O termo *habitus* refere-se a um conjunto de disposições duráveis e transponíveis, incorporadas pelos indivíduos ao longo de sua socialização, que orientam suas práticas, percepções e modos de estar no mundo. Trata-se de estruturas internalizadas que reproduzem, de forma inconsciente, as hierarquias e desigualdades sociais, funcionando como esquemas de percepção e ação. (BOURDIEU, 2009).

homens quanto mulheres contribuem para sua reprodução. Isso explica, por exemplo, por que práticas misóginas e desiguais podem ser mantidas mesmo em contextos formais de igualdade jurídica. A violência simbólica, nesse contexto, é uma ferramenta potente de manutenção da ordem social, pois atua sobre os corpos e as mentes, legitimando o domínio (masculino/colonial) como legítimo e inquestionável. Essa análise é fundamental para compreender como a desigualdade de gênero é sustentada por lógicas culturais profundas, sendo particularmente útil para interpretar as práticas de violência institucional — como o racismo obstétrico — que incidem sobre os corpos das mulheres, sobretudo negras, marcadas por uma dupla subalternização: de gênero e de raça.

Esse controle fala muito sobre as dinâmicas raciais e de gênero em jogo, onde a autonomia reprodutiva das mulheres negras estava constantemente sob cerco por políticas e práticas destinadas a reforçar a supremacia branca e o controle patriarcal. Quando analisamos o corpo feminino, é possível perceber que nunca foi apenas um corpo biológico: ele é, antes de tudo, um território simbólico de disputa, controle e significação social. Historicamente, o corpo das mulheres tem sido moldado por discursos religiosos, científicos, jurídicos e midiáticos que o classificam, disciplinam e hierarquizam. A mulher foi, por séculos, representada como o “outro do homem”, e seu corpo reduzido à função reprodutiva, à obediência moral e à servidão afetiva.

Dessa forma, a sexualidade, a maternidade e o comportamento feminino foram enquadrados em normas patriarcais que, ao mesmo tempo em que exaltavam uma feminilidade idealizada — branca, passiva, pura —, marginalizavam e animalizavam os corpos das mulheres racializadas, especialmente as negras, indígenas.

De acordo com Ana Maria Colling (2014), é possível identificar como o corpo da mulher foi historicamente produzido discursivamente, sendo regulado, controlado e silenciado por diversas formas de saber — filosófico, religioso, médico, jurídico e psicanalítico. Com base em Ramón Grosfoguel (2016), é possível aprofundar a análise do corpo das mulheres como território político, epistemológico e espiritual de disputa, especialmente no contexto de consolidação da modernidade ocidental, do patriarcado cristão e do capitalismo colonial.

> Milhões de mulheres foram queimadas vivas, acusadas de bruxaria, ainda nos primórdios da Modernidade. Dadas as suas qualidades de autoridade e liderança, os ataques constituíram uma estratégia de consolidação do patriarcado centrado na cristandade, que também destruía formas autônomas e comunais de relação com a terra. A Inquisição foi a vanguarda dos ataques. A acusação era um ataque a milhares de mulheres, cuja autonomia, liderança e conhecimento ameaçavam o poder da aristocracia, que se tornava a classe capitalista transnacional tanto nas colônias quanto na agricultura europeia. (Grosfoguel, 2016, p. 42)

A perseguição e o extermínio sistemático de mulheres durante os períodos das “caças às bruxas” — particularmente entre os séculos XV e XVII — não podem ser compreendidos apenas como episódios isolados de intolerância religiosa. Trata-se, como aponta Grosfóguel, de uma estratégia histórica de reorganização do poder, que teve como um de seus pilares a subjugação dos corpos e saberes femininos.

Silvia Federici (2004), ao investigar a transição do feudalismo para o capitalismo, demonstra como a caça às bruxas na Europa e nas colônias foi um mecanismo para subjugar as mulheres e controlar sua capacidade reprodutiva. O corpo feminino foi colocado sob a tutela do Estado e da Igreja, e práticas ancestrais de conhecimento sobre parto, ervas medicinais e sexualidade foram criminalizadas. Esse controle foi intensificado no período colonial, onde mulheres indígenas e africanas foram submetidas a políticas de esterilização, trabalho compulsório e exploração sexual.

Essas mulheres, muitas delas curandeiras, parteiras, líderes comunitárias, guardiãs de saberes ancestrais e espirituais ligados à terra, representavam formas de existência e conhecimento incompatíveis com o projeto moderno/colonial de dominação. O que estava em jogo era a erradicação de uma cosmologia relacional, coletiva e feminina, substituída por uma racionalidade patriarcal, cristã e capitalista, que transformava a terra em propriedade privada e o corpo das mulheres em instrumento reprodutivo. O corpo feminino passou a ser enquadrado como um corpo a ser domado, regulado e purificado, sob vigilância médica, religiosa e estatal. Nesse sentido, o ataque às “bruxas” foi também o início de um processo sistemático de

“despossessão” corporal, sexual e epistemológica das mulheres — um verdadeiro epistemicídio de gênero[15].

Esse processo reverbera até os dias atuais. A imposição de uma medicina tecnocrática e masculina — que deslegitima saberes ancestrais, como os das parteiras tradicionais —, a patologização dos corpos femininos e a institucionalização do controle reprodutivo são heranças diretas dessa ofensiva histórica. Esses discursos, ao longo dos séculos, naturalizaram desigualdades e hierarquizaram os sexos, atribuindo ao corpo feminino papéis fixos de subordinação, fragilidade e domesticidade.

> Neste sentido o corpo feminino é um texto histórico, escrito diversamente ao longo do tempo. Por este motivo, não existe “um” corpo feminino, não existe uma natureza feminina, mas uma cultura em que durante séculos as mulheres foram encaradas como seres naturais. A mulher, como o homem, é algo produzido e não pode indagar ao fundo de si para resgatar uma essência. Não existe a verdadeira mulher, pois “verdadeira” e “mulher” são conceitos criados, portanto, aparências, superfícies, produções. Sob os conceitos, não há nada que possa ser chamado mulher, mas somente relações de poder e de hierarquia socialmente construídas (Colling, 2014, p.27).

E por falar em corpos, importante observar que o controle sobre os corpos das mulheres negras é uma continuidade histórica da opressão racial e patriarcal que teve início com a modernidade eurocêntrica e persiste até os dias atuais, especialmente nos espaços de cuidado e saúde. A invisibilidade da mulher negra é uma das expressões mais perversas do racismo estrutural e da colonialidade do ser. Sua ausência nos espaços de poder, nos referenciais de beleza, nos discursos científicos e nas políticas públicas não é fruto do acaso,

[15] O termo epistemicídio de gênero refere-se à destruição sistemática dos saberes, práticas e formas de existência produzidas por mulheres, especialmente por aquelas que se situam fora da normatividade eurocêntrica, branca, cisgênera e heterossexual. Essa forma específica de epistemicídio, além de racializada e colonial, está ligada à imposição de uma racionalidade patriarcal que, historicamente, deslegitimou o conhecimento produzido por mulheres — parteiras, curandeiras, rezadeiras, lideranças espirituais e intelectuais populares —, sobretudo durante o processo de consolidação da modernidade ocidental. Como apontam autoras como Maria Lugones (2014) e Sueli Carneiro (2005), essa destruição de saberes femininos está profundamente articulada à dominação colonial, que subordinou simultaneamente raça e gênero como categorias de controle e hierarquização. O epistemicídio de gênero, portanto, é uma expressão da colonialidade do saber e do gênero, e seus efeitos ainda se manifestam nas estruturas institucionais contemporâneas, inclusive na negação da legitimidade dos saberes das mulheres racializadas.

mas resultado de um processo histórico e sistemático de desumanização e silenciamento.

Sueli Carneiro (2005), aponta que a mulher negra foi construída socialmente como o “outro do outro”, ocupando a posição mais profunda da subalternidade — nem plenamente reconhecida enquanto mulher, nem enquanto sujeito político. Essa invisibilidade, longe de representar neutralidade ou ausência de conflito, torna seus corpos ainda mais suscetíveis à violação, pois os retira da esfera da proteção simbólica, jurídica e institucional.

> O panorama contemporâneo da saúde reprodutiva para mulheres negras continua a refletir uma história enraizada de desigualdade sistêmica e negligência. Apesar dos avanços na tecnologia médica e nas políticas de saúde, as mulheres negras ainda enfrentam disparidades significativas no acesso, tratamento e resultados em saúde reprodutiva. Essas disparidades são multifacetadas, influenciadas por uma combinação de fatores médicos, sociais e econômicos. (Roberts, 1997, p. 40)

Trata-se de uma corporeidade marcada pela colonialidade: um corpo historicamente animalizado, explorado e instrumentalizado, cuja humanidade é constantemente posta em dúvida. Como afirmam autoras como Patricia Hill Collins (2016) e Djamila Ribeiro (2017), os estigmas raciais e sexuais atribuídos a essas mulheres — de hipersexualização, força excessiva, resistência à dor — sustentam práticas institucionais que violam seus direitos mais elementares. Assim, o corpo da mulher negra torna-se um espaço onde a violência é autorizada, e o cuidado é negado, sob o pretexto da técnica, da pressa, da norma ou da desconfiança.

1.9 - Racismo obstétrico: a desigualdade na prestação de cuidados de saúde reprodutiva e a desumanização das mulheres racializadas.

O racismo obstétrico é uma expressão de desigualdades de gênero, classe e raça que estruturam o cuidado à saúde reprodutiva das mulheres racializadas, especialmente no contexto hospitalar. Trata-se de um conceito que emerge a partir das denúncias de mulheres, ativistas e profissionais de saúde diante de práticas desumanizantes e autoritárias no pré-natal, no parto e

no pós-parto, que desconsideram a autonomia da mulher, objetificam seu corpo e reproduzem lógicas de controle e violência institucionalizadas.

> As raízes históricas da opressão reprodutiva das mulheres negras estão profundamente entrelaçadas com o sombrio período da escravidão nos Estados Unidos, um tempo que impactou de forma indelével os direitos reprodutivos e as liberdades das mulheres negras. Durante a era da escravidão, os corpos das mulheres negras e suas capacidades reprodutivas não eram apenas um aspecto privado de suas vidas, mas eram submetidos a formas extremas de controle e exploração pelos escravizadores. Essas mulheres eram consideradas propriedade e sua reprodução era vista como um meio de aumentar a força de trabalho escravizada, aumentando assim a riqueza dos proprietários de escravos brancos. (Roberts, 1997, p. 32)

A exploração reprodutiva das mulheres racializadas no contexto brasileiro foi um dos mecanismos mais perversos da lógica escravista e patriarcal que estruturou a sociedade colonial. Diferentemente de outras experiências escravistas, como a norte-americana, em que a reprodução das mulheres racializadas era rigidamente controlada para fins de ampliação da mão de obra, no Brasil, esse controle coexistiu com uma prática sistemática de violência sexual. O estupro das mulheres escravizadas não apenas constituía uma forma extrema de dominação, mas também funcionava como instrumento de reprodução do sistema escravocrata, uma vez que os filhos nascidos dessas relações forçadas pertenciam legalmente ao senhor e eram incorporados à força de trabalho. A sexualização e a coisificação dos corpos negros femininos foram, portanto, centrais para o projeto colonial, que via nas mulheres racializadas não sujeitos de direitos, mas corpos disponíveis, marcados pela desumanização e pelo utilitarismo econômico.

Após a abolição, os efeitos dessa herança violenta não foram superados, mas reconfigurados por meio de novas formas de controle e exclusão institucional. A medicalização do corpo feminino e o surgimento das políticas públicas de saúde no século XX reproduziram a lógica de vigilância e tutela sobre a reprodução das mulheres negras. Programas de esterilização em massa, campanhas de controle de natalidade e o atendimento desigual nos serviços de saúde revelam a persistência de uma política de Estado orientada por ideais eugênicos e racistas, que vinculavam pobreza, negritude e reprodução a uma ameaça à ordem social. A colonialidade do poder, como define Aníbal Quijano (2000), continuou operando nas práticas médicas e

institucionais, reafirmando hierarquias raciais e sexuais travestidas de neutralidade científica. Assim, o controle reprodutivo permanece como uma tecnologia moderna de contenção dos corpos negros, agora legitimada pelo discurso biomédico.

No cenário contemporâneo, o racismo obstétrico surge como continuidade desse legado colonial e patriarcal, manifestando-se na negligência, na violência verbal e física e na negação do direito à dor e à escuta das mulheres racializadas nos espaços hospitalares. Estudos e relatos demonstram que essas mulheres enfrentam maior probabilidade de sofrer intervenções não consentidas, de ter suas queixas minimizadas e de morrer por causas evitáveis durante o parto. Essa desumanização institucional, ao naturalizar o sofrimento das mulheres racializadas, revela o quanto o imaginário social ainda as associa à resistência e à insensibilidade à dor — estereótipos forjados desde a escravização para justificar a exploração de seus corpos. Assim, a compreensão do racismo obstétrico exige recuperar essas raízes históricas de violência e dominação, reconhecendo que o que hoje se manifesta no sistema de saúde é a atualização de um projeto secular de controle racial e de negação da humanidade das mulheres negras.

Historicamente, a institucionalização do parto nos hospitais — intensificada ao longo do século XX, esteve associada à crescente medicalização dos processos reprodutivos, transformando o parto em um evento técnico e subordinado à autoridade médica, majoritariamente masculina. Esse modelo biomédico foi fortemente impulsionado pelo paradigma da obstetrícia tecnocrática, em que procedimentos invasivos como episiotomia[16], cesariana desnecessária, uso rotineiro de ocitocina[17] e restrição

[16] A episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo com a finalidade de ampliar o canal de parto durante o nascimento vaginal. Apesar de ter sido amplamente utilizada como prática rotineira nas maternidades, evidências científicas demonstram que a episiotomia não deve ser realizada sistematicamente, pois não reduz os riscos de lacerações graves e pode causar dor, infecções, hemorragias e impactos negativos sobre a sexualidade da mulher. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam que esse procedimento seja adotado apenas quando estritamente necessário e com o consentimento livre e informado da gestante, sob pena de configurar violência obstétrica. (BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014).

[17] A ocitocina é um hormônio naturalmente produzido pelo organismo, responsável por promover as contrações uterinas durante o trabalho de parto e por estimular a ejeção do leite na amamentação. No contexto obstétrico, utiliza-se frequentemente a ocitocina sintética (também chamada de ocitocina exógena) para induzir ou acelerar o parto. No entanto, o uso indiscriminado dessa substância está associado a um aumento da dor, da frequência e

de movimentos durante o trabalho de parto foram naturalizados como parte do atendimento à gestante.

> Embora date do início do século XVI a aproximação dos médicos ao parto, será durante os séculos XVIII E XIX que a prática dos cuidados com o corpo feminino, considerada como competência exclusiva dos médicos, irá desenvolver-se, organizar-se, enfim, legitimar-se. 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 com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza com o nome de obstetrícia. (Vieira, 2002, p. 23)

A reação ao modelo tecnocrático deu origem a uma série de movimentos de mulheres pelo parto humanizado, com marcos importantes a partir da década de 1970, quando feministas latino-americanas e europeias começaram a denunciar as violências vivenciadas por mulheres nos hospitais.

> Desde as décadas de 80 e 90, grupos de profissionais da saúde e defensores dos Direitos Humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promover a discussão sobre a violência no parto e combatê-la. (Sena, 2016, p. 41)

No Brasil, o movimento se fortaleceu nos anos 1990, com destaque para a atuação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa)[18], criada em 1993, e da Campanha pela Humanização do Parto promovida pelo Ministério da Saúde no início dos anos 2000. Esse processo culminou na criação do programa Rede Cegonha (2011)[19], que, embora limitado em sua

intensidade das contrações e, em alguns casos, a complicações maternas e fetais. De acordo com diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso de ocitocina deve ser criterioso, individualizado e realizado com o consentimento da gestante, evitando intervenções desnecessárias e potencialmente danosas que possam configurar violência obstétrica. (BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014).

[18] A ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – é uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 em forma de rede de associadas(os) em todo o Brasil, com o objetivo principal de divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado “humanização do parto/nascimento”. Esse movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico. (https://rehuna.org.br, visitado em 02 de Abril de 2025)

[19] De acordo com a portaria nº 1459 de 2011, art. 1° A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizadaà gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

execução, representou um avanço na política pública ao reconhecer o protagonismo da mulher no parto e a importância do cuidado humanizado. Atualmente, essa rede foi sucedida pela Rede Alyne (portaria 5350/2024 do Ministério da Saúde), que é uma reestruturação focada na redução da mortalidade de mães e bebês, especialmente mulheres negras, que são mais afetadas por desigualdades e racismo.

A positivação jurídica da violência obstétrica, no plano internacional, encontra abrigo na Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, da Venezuela, promulgada em 2007 conceituou em seu 15º artigo, o que é a violência obstétrica:

> A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizado, em abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (VENEZUELA, 2007)

Essa definição é fundamental por reconhecer que a violência obstétrica não se limita a agressões físicas ou verbais isoladas, mas compõe um sistema de violências estruturais que atinge o corpo feminino no momento de maior vulnerabilidade: a gestação e o parto. Ao desconsiderar a mulher como sujeito ativo de seu próprio processo reprodutivo, as práticas obstétricas violentas reiteram a lógica patriarcal, medicalizante e, muitas vezes, racista.

No Brasil, embora o termo "violência obstétrica" não esteja previsto formalmente na legislação federal, seu reconhecimento tem sido objeto de mobilização por parte de movimentos sociais e do feminismo negro. Instituições como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Ministério Público Federal e organismos internacionais já adotam o conceito em relatórios e recomendações, reconhecendo que a violação de direitos sexuais e reprodutivos deve ser compreendida como uma forma específica de violência institucional e de gênero. A atuação de organizações como a Associação

Artemis[20], o Coletivo Nascer Direito[21] e ReHuna[22] também tem sido crucial para a produção de conhecimento e denúncia sobre o tema.

No entanto, a necessidade de pesquisar o racismo obstétrico decorre da urgência em compreender como as desigualdades raciais estruturam o acesso, o tratamento e os resultados em saúde das mulheres racializadas, especialmente no ciclo gravídico-puerperal. A persistência de índices desproporcionalmente elevados de mortalidade materna entre mulheres pretas e pardas evidencia que a cor da pele continua a determinar quem tem direito a um parto seguro e humanizado. Esses números, longe de refletirem meras desigualdades socioeconômicas, revelam o funcionamento de um racismo institucional que se manifesta nas práticas médicas, nas decisões clínicas e nas dinâmicas de poder presentes nos serviços de saúde.

De acordo com Leal et. al.(2017, p.10):

> A princípio, menor exposição a intervenções tais como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana entre pretas e pardas em relação às brancas poderia significar um cuidado mais em acordo com as evidências científicas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Porém, na prática, o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista e os profissionais de saúde em larga medida não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um “bom cuidado”. Em consequência, há um excesso de nascimentos nas idades gestacionais de 37 e 38 semanas, especialmente em decorrência das cesarianas agendadas. As mulheres pretas e pardas se diferenciam das brancas por apresentarem prevalências mais altas de parto pós-termo, provavelmente como reflexo de um “menor cuidado” devido a menos intervenções que as necessárias, que no caso de crianças pós-termo poderia ser requerida. [...] é plausível argumentar que tal padrão de cuidado diferenciado possa se relacionar à ocorrência de discriminação pelo recorte de raça/cor.

Assim, pesquisar o racismo obstétrico significa, portanto, desnudar as formas sutis e explícitas pelas quais o sistema de saúde reproduz hierarquias coloniais e patriarcais, perpetuando a desumanização histórica do corpo da

[20] A Artemis é uma associação, sem fins lucrativos, que atua como aceleradora social com vistas à igualdade de gênero, realizando projetos que promovam a autonomia feminina e a erradicação de todas as formas de violência contra a mulher. (https://www.linkedin.com/company/associa%C3%A7%C3%A3o-artemis/?originalSubdomain=br, visitado em 02 de Abril de 2025)

[21] O Coletivo Nacional de Enfrentamento à Violência Obstétrica - Nascer Direito é uma organização que luta por partos humanizados e pela dignidade das mulheres. O coletivo promove ações coletivas para denunciar violações e pressionar por melhorias no atendimento obstétrico. (Https://www.instagram.com/nascerdireito/, visitado em 02 de Abril de 2025)

[22] Vide nota 18

mulher negra — vista, muitas vezes, como mais resistente à dor, menos digna de cuidado e menos merecedora de escuta (DINIZ et al., 2015).

Além disso, investigar o racismo obstétrico é fundamental para que políticas públicas e práticas institucionais sejam reformuladas sob uma perspectiva interseccional e antirracista, que considere as especificidades das experiências das mulheres negras. A produção científica sobre o tema não apenas contribui para dar visibilidade a uma violência historicamente silenciada, como também oferece subsídios para o aprimoramento de protocolos de atendimento, formação de profissionais da saúde e implementação de mecanismos de responsabilização institucional. Nesse sentido, pesquisar o racismo obstétrico é um ato político e ético, voltado à efetivação dos direitos humanos e à garantia da equidade em saúde, constituindo um passo essencial para o reconhecimento da maternidade negra como experiência legítima, digna e plenamente humana.

Mulheres racializadas, desde o período colonial, foram violentadas e instrumentalizadas em práticas médicas desumanas, como as realizadas pelo "pai da ginecologia moderna", J. Marion Sims[23], que realizou cirurgias experimentais em mulheres escravizadas sem anestesia. A biopolítica colonial criou um regime de controle sobre o corpo negro feminino, especialmente no contexto da reprodução. Esse regime, marcado pelo racismo e pela violência obstétrica, trata a experiência da maternidade negra não como um direito, mas como um fenômeno regulado pelo Estado e pela medicina hegemônica. Este é um dos reflexos da escravização nas Américas, um dos sistemas mais brutais de dominação, sendo o corpo das mulheres negras um dos territórios mais explorados dentro dessa estrutura.

Rita Segato (2016) aponta que a violência colonial não foi apenas física, mas também epistêmica, uma vez que a medicina ocidental e as leis coloniais justificaram a expropriação dos corpos femininos racializados. Essa expropriação se manifestava na imposição da maternidade compulsória, na negação de autonomia sobre a própria sexualidade e na experimentação médica forçada. A contundente afirmação de Jurema Werneck (2010) - “as

[23] Registros acerca das práticas do médico James Marion Sims, considerado o pai da ginecologia norte-americana, ilustram como eram tratadas as mulheres negras pelo paradigma médico. Repetidos experimentos invasivos, sem mesmo o uso dos anestésicos já disponíveis na época, revelam como essas condutas se encontravam alinhadas aos ideais de supremacia branca enraizados na formação sócio histórica estadunidense. (Meinerz, Santos, 2023)

mulheres negras não existem” — não deve ser interpretada de maneira literal, mas sim como uma crítica contundente ao processo histórico e estrutural de apagamento ao qual estão submetidas as mulheres negras na sociedade brasileira e ocidental.

Ao declarar a inexistência das mulheres negras, Werneck (2010) denuncia o apagamento simbólico, político e epistêmico que perpassa suas vidas, suas experiências e seus saberes, sustentado por um sistema de dominação que se estrutura pela interseção entre racismo, sexismo e classismo. Trata-se de um não reconhecimento da mulher negra como sujeito de direitos, de saber e de poder. Essa denúncia vem avalizada pelas reivindicações da população negra e de movimentos sociais:

> As reivindicações da população negra e de movimentos sociais − especialmente o Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro − por mais e melhor acesso ao sistema de saúde participaram da esfera pública ao longo dos vários períodos da história das mobilizações negras, principalmente no período pós-abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. No entanto, é possível verificar que essa presença, apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo. (Werneck, 2016, p. 536)

No campo simbólico, as mulheres racializadas, especialmente as mulheres negras são historicamente desumanizadas, sendo construídas ora como “força bruta” e “hipersexualizadas”, ora como “mães de criação” ou “domésticas”. Essas representações hegemônicas, derivadas de um imaginário colonial e patriarcal, funcionam como tecnologias de controle, que limitam o reconhecimento da mulher negra enquanto sujeito autônomo, sensível e complexo. No plano político, essa negação se manifesta na exclusão sistemática das mulheres negras dos espaços de decisão, formulação de políticas públicas e produção institucional de conhecimento. Como aponta Lélia Gonzalez (2020), o mito da democracia racial e a negação do racismo estruturam um pacto social que subalterniza e silencia as demandas das mulheres negras, mantendo-as à margem dos projetos de cidadania plena.

No campo epistêmico, o apagamento é ainda mais profundo. A mulher negra foi historicamente excluída dos lugares de fala e de produção científica, sendo tratada como objeto de estudo, e não como produtora de conhecimento. Tal como alerta Sueli Carneiro (2023), a modernidade eurocêntrica impôs um “dispositivo da racialidade” que legitima a inferiorização da população negra, inclusive no campo do saber. Assim, o que se observa é um contínuo epistemicídio, conforme conceituado por Boaventura de Sousa Santos (2009), que deslegitima os saberes oriundos das experiências negras, especialmente das mulheres, em favor de um universalismo branco, masculino e ocidental.

O controle sobre o corpo negro feminino, antes justificado pelo discurso colonial de propriedade, hoje se manifesta em uma medicina que desconsidera sua dor e ignora sua voz. Antônio Bispo dos Santos (2023) reforça essa perspectiva ao discutir o processo de "adestramento" do corpo negro, comparando-o ao processo de domesticação dos animais. Para ele, o colonialismo foi um processo de desterritorialização e expropriação dos corpos e mentes, impondo um sistema de obediência e servidão.

> [...] Tanto o adestrador quanto o colonizador começam por desterritorializar o ente atacado, quebrando-lhe a identidade, tirando-o de sua cosmologia, distanciando-o de seus sagrados, impondo-lhe novos modos de vida e colocando-lhe outro nome. (SANTOS, 2023, p.2)

Essa denúncia, ilustra como o sistema colonial não apenas forçava a reprodução das mulheres negras, mas também transformava seus corpos em instrumentos de controle social e econômico. A transição da escravidão para a modernidade não significou o fim da exploração dos corpos negros, mas sua ressignificação dentro da biopolítica estatal. Se antes as mulheres negras eram forçadas a reproduzir para aumentar a população escravizada, após a abolição surgiram políticas de esterilização compulsória, negligência médica e violência obstétrica.

Quando Silvia Federici (2004) discute como a caça às bruxas na Europa e a escravidão nas Américas foram processos interligados que visavam o controle reprodutivo e sexual das mulheres, ela demonstra como a transição para o capitalismo exigiu a domesticação dos corpos femininos e a expropriação de seus saberes ancestrais sobre saúde e parto. No Brasil, isso

se manifestou na substituição das parteiras negras e indígenas por médicos (homens brancos), que passaram a monopolizar os procedimentos de parto e saúde reprodutiva.

É nesse contexto que se insere a persistência do racismo obstétrico, como uma prática que atinge todas as mulheres, mas que se manifesta de forma mais aguda, reiterada e legitimada sobre aquelas que carregam em seus corpos as marcas da racialização e da historicidade colonial. Enfrentar essa realidade exige não apenas denunciar a violência, mas também romper com as estruturas que a produzem — epistemicamente, institucionalmente e simbolicamente.

Para melhor compreensão, importante analisar, também, o conceito de "dispositivo", conforme formulado por Michel Foucault (1995), e que refere-se a um conjunto heterogêneo de elementos — discursos, instituições, leis, decisões regulamentares, enunciados científicos, práticas sociais e arquiteturas — que se articulam em torno de uma função estratégica, geralmente ligada ao exercício do poder. Para Foucault, um dispositivo é sempre uma ferramenta de poder-saber, isto é, um arranjo que produz verdades, regula condutas e fabrica subjetividades. O corpo, nesse sentido, é o ponto de inscrição privilegiado dos dispositivos, sendo moldado, controlado e governado pelas normativas sociais, políticas e morais que emergem de tais engrenagens.

No caso da mulher racializada, seu corpo foi e continua sendo um território de atuação dos dispositivos disciplinares e biopolíticos. Os corpos das mulheres racializadas sempre foram territórios de disputa, marcados pela expropriação, pela violência e pela tentativa sistemática de apagamento de sua autonomia. O controle sobre esses corpos é um reflexo direto das estruturas coloniais que, desde a escravização e o colonialismo, impuseram normas de gênero e raça para sustentar a dominação masculina e branca.

Na sexualidade, o corpo da mulher negra foi transformado em objeto de desejo exótico e de controle moral. As imagens da "mulata sensual", da "mãe preta" e da "negra fogosa" são construções que não apenas erotizam, mas também desumanizam, justificando abusos e apagando sua subjetividade. Na medicina, dispositivos biomédicos reforçam a lógica do corpo negro como "resistente à dor", "biologicamente diferente", como mostram estudos sobre a

persistência do mito da tolerância à dor de mulheres negras em contextos obstétricos (Leal et al., 2017).

Já na religião cristã, especialmente nas vertentes coloniais, o corpo negro feminino foi associado ao pecado, à impureza e à luxúria, sendo alvo de práticas de contenção e castigo, muitas vezes legitimadas como salvíficas. No direito, os dispositivos atuam por meio da seletividade penal, da ausência de garantias reais e da omissão diante das violências institucionais, como o racismo obstétrico, que permanece invisibilizado nas estruturas jurídicas e normativas. Esses dispositivos, como nos ensina Foucault (1995), não apenas proíbem, mas produzem: verdades, normas, identidades. A mulher racializada, portanto, é produto de um jogo de forças que a posiciona como “o outro da norma”, como o corpo que escapa ao ideal branco, burguês e masculino, sendo constantemente vigiado, regulado e punido. Lembrando que a racialização de seres humanos é um processo complexo que tem suas raízes em fatores históricos, sociais, políticos e econômicos. Embora a raça seja uma construção social e não uma categoria biológica, as sociedades desenvolveram sistemas de classificação baseados em características fenotípicas, como cor da pele e tipo de cabelo, para justificar a exploração e a subjugação desses povos (Fanon, 2008). A colonização europeia consolidou esse processo ao categorizar as populações colonizadas como inferiores, legitimando a escravização e a exploração.

Ainda hoje, em pleno século XXI, o parto de mulheres racializadas continua sendo um espaço de disputa, um campo de batalha onde a colonialidade da saúde insiste em definir quem merece sentir dor, quem deve ser silenciada, quem pode decidir sobre o próprio corpo. O racismo obstétrico não é um acaso, não é um evento isolado, mas uma estrutura profundamente enraizada nas instituições e práticas médicas. O racismo patriarcal nega às mulheres negras uma subjetividade plena, rotulando-as através de estereótipos que facilitam sua exploração e silenciamento, forçando mulheres negras a ocupar posições de subserviência, o que resulta na perpetuação das desigualdades em diversos âmbitos, incluindo saúde, educação e trabalho (Carneiro, 2003).

Assim, reconhecer que o racismo obstétrico não é uma exceção, mas uma expressão das relações assimétricas de poder entre profissionais de

saúde e pacientes, atravessadas por marcadores sociais como gênero, raça e classe, nos permite compreender porque os corpos femininos racializados seguem sendo controlados, silenciados e violentados por instituições que deveriam assegurar cuidado e dignidade.

2 – OS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES RACIALIZADAS: DA CONSTRUÇÃO DO TERMO RACISMO OBSTÉTRICO SOB PERSPECTIVAS INTERSECCIONAIS E DECOLONIAIS ÀS VIOLAÇÕES CONTUMAZES

> Imagine uma mulher com quarenta semanas de gestação em trabalho de parto. A gestação foi tranquila, sem riscos. Ao ser atendida na unidade de saúde, já com as dores de parto, as enfermeiras se irritam com ela reclamando de dor e a encaminham para a sala de parto sozinha. Quando chega lá, médico e enfermeiras não falam com ela, nem informam dos procedimentos. Tampouco utilizam medicamentos anestésicos, e, quando falam, ofendem-na verbalmente, dizendo coisas como “na hora de fazer não doeu, né?”, “sem reclamação, você aguenta”. Quando tudo termina, separam a criança da mãe e ainda batem no ombro da mulher dizendo: “ano que vem te vejo aqui de novo”. Agora me diga: quantos relatos assim você já ouviu vindo de mulheres brancas? E de mulheres negras? (Bueno, 2023, p. 50)

O termo racismo obstétrico tem ganhado relevância nos últimos anos como categoria analítica e política para nomear uma realidade histórica e estrutural que afeta desproporcionalmente as mulheres negras no Brasil e em outros contextos marcados por profundas desigualdades raciais. Ainda que não consolidado como categoria nos manuais médicos e jurídicos, o termo - racismo obstétrico - expressa as experiências reiteradas de violências físicas, simbólicas e institucionais sofridas por mulheres racializadas nos serviços de saúde durante a gestação, parto e puerpério. Trata-se de uma noção construída a partir da vivência e da denúncia de mulheres negras e ativistas, que articulam o racismo estrutural às práticas biomédicas de controle e desumanização de corpos racializados.

Nesse contexto, os Direitos Humanos das mulheres racializadas configuram-se como um campo de disputa ética, política e epistêmica. É necessário reafirmar que o direito à saúde integral, à dignidade, à não discriminação e à autonomia corporal são garantias constitucionais e princípios consagrados em tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994). No entanto, tais direitos, embora formalmente reconhecidos, permanecem inacessíveis para uma parcela significativa das mulheres, cujas existências são marcadas por múltiplas vulnerabilidades sociais e institucionais.

Reconhecer e garantir os Direitos Humanos das mulheres racializadas exige, portanto, uma abordagem interseccional e decolonial, que leve em consideração os atravessamentos simultâneos de raça, gênero, classe, território e identidade. Significa também desestabilizar as estruturas normativas do sistema de saúde, historicamente centrado na racionalidade biomédica, masculina e branca, e promover práticas de cuidado que sejam verdadeiramente inclusivas, acolhedoras e baseadas no respeito à diversidade das experiências corporais e culturais. Não se trata apenas de ampliar o acesso formal a serviços de saúde, mas de transformar radicalmente as formas de relação, escuta e reconhecimento que estruturam esses espaços.

Assim, este capítulo se propõe a analisar como os Direitos Humanos das mulheres racializadas são frequentemente violados nas instituições de saúde e como a centralidade das mulheres racializadas na luta por justiça reprodutiva é, portanto, inegociável. Seus saberes, suas denúncias e suas estratégias de resistência constituem não apenas objeto de estudo, mas base epistemológica e política para a reconstrução de uma agenda de Direitos Humanos que seja, de fato, universal, plural e comprometida com a vida.

A análise crítica do racismo obstétrico, nesse sentido, permite denunciar as práticas de exclusão e violência institucionalizadas, ao mesmo tempo em que ilumina caminhos para a efetivação dos Direitos Humanos como prática concreta de justiça social, equidade e reparação histórica.

2.1 - Da Colonialidade dos Direitos Humanos à construção do termo racismo obstétrico

A célebre frase de Hannah Arendt, “a essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos”[24], (1989) sintetiza uma profunda reflexão sobre a condição humana e o papel da cidadania na garantia da dignidade.

Para Arendt, os Direitos Humanos não existem de forma abstrata ou metafísica, mas requerem um pertencimento a uma comunidade política que os reconheça e os garanta. Assim, o “direito a ter direitos” é o direito fundamental de pertencer a uma ordem política na qual se possa ser ouvido, reivindicar e

[24] Essa afirmação aparece na obra "Origens do Totalitarismo" (1989), no contexto da análise dos horrores do século XX, especialmente em relação aos apátridas e refugiados que, ao serem privados de sua nacionalidade, encontravam-se também excluídos da proteção jurídica e política dos Estados.

existir como sujeito de direitos. Trata-se do direito de ser parte de um mundo onde o indivíduo tenha uma identidade jurídica, política e social reconhecida — algo que não se confunde com a mera existência biológica.

A filósofa denuncia a fragilidade da concepção tradicional de Direitos Humanos, que se dizia “universal”, mas que, na prática, falhava diante das realidades concretas de exclusão. Sua frase carrega, portanto, um chamado à efetividade: não basta proclamar direitos universais se não há estruturas sociais e políticas capazes de garantir esse “direito de ter direitos” a todos os seres humanos, especialmente aos mais vulneráveis.

Na perspectiva contemporânea, como reforça Joaquín Herrera Flores (2009), a frase de Arendt inspira uma abordagem crítica dos Direitos Humanos, centrada na ideia de que os direitos não são apenas declarações, mas processos concretos de luta por reconhecimento, pertencimento e dignidade. Thula Pires (2020) afirma que “há aqueles que denunciam a falência dos Direitos Humanos”, com teorias críticas acerca dos direitos humanos de matriz eurocêntrica.

> Uma característica central na noção de direitos humanos que se tornou hegemônica na segunda metade do século XX é a defesa de sua universalidade. Enquanto universais, tais direitos representariam as faculdades e instituições capazes de promover para qualquer ser humano as condições necessárias para uma vida livre, igual e digna. Entendidos como direitos naturais, seriam, além de universais, a-históricos e, com isso, capazes de responder aos anseios de dignidade e pleno desenvolvimento da autonomia em qualquer tempo e para qualquer pessoa. Enquanto produtos históricos, os contornos da proteção universal da esfera de dignidade estariam passíveis de serem discutidos contextualmente, a partir das especificidades e dos desafios de cada tempo. (Pires, 2020)

A concepção moderna dos Direitos Humanos é fruto de um processo histórico complexo, marcado por lutas sociais e transformações culturais profundas. Tradicionalmente, os Direitos Humanos foram compreendidos sob a ótica liberal-individualista, cuja gênese remonta às revoluções burguesas do século XVIII, especialmente à Revolução Francesa (1789) e à Independência dos Estados Unidos (1776). Nessas experiências, consolidou-se a ideia de que o ser humano, por sua condição natural, é titular de direitos inalienáveis à vida, à liberdade e à propriedade. A consagração jurídica desses direitos se deu em documentos como a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão (1789),

que estabeleceu o fundamento do que viria a ser reconhecido como a primeira geração dos Direitos Humanos, centrada nas liberdades civis e políticas.

Contudo, essa perspectiva inicial baseava-se em uma visão abstrata do sujeito de direitos, desvinculada das condições materiais de existência. Críticas marxistas e pós-coloniais demonstraram que os direitos liberais, ao se restringirem à esfera formal da igualdade perante a lei, não alcançavam efetivamente a universalidade prometida.

> O padrão de normalização da condição humana eleito pela modernidade relaciona-se ao modelo de sujeito de origem europeia, masculino, branco, cristão, heteronormativo, detentor dos meios de produção e sem deficiência. A narrativa histórica dos colonizadores determinou a matriz de humanidade que serviu de parâmetro para a definição das proteções necessárias ao desenvolvimento de sua forma de vida e considerada como a representação da demanda legítima por respeito.
> Para além de reforçar a necessidade de proteção de determinados sujeitos e sua forma de vida, tal concepção, porque incapaz de absorver outros perfis, gera hierarquização entre seres humanos, saberes e cosmovisões que terão de ser sufocados e invisibilizados para que não ponham em risco o desenvolvimento do projeto de dominação colonial que os sustenta. (Pires, 2020)

Ao propor uma teoria crítica dos Direitos Humanos Joaquín Herrera Flores (2009), observa que "os direitos não são categorias prévias à ação política ou às práticas econômicas", mas sim o resultado provisório das lutas sociais pela dignidade, situadas em contextos históricos concretos. Com o avanço das lutas sociais ao longo do século XIX, sobretudo com o movimento operário e as reivindicações por justiça social, emergiram os direitos sociais, econômicos e culturais, marcando a chamada segunda geração dos Direitos Humanos.

Estes passaram a incluir o direito ao trabalho, à saúde, à educação, à moradia e à seguridade social. A Constituição do México de 1917 e a Constituição de Weimar de 1919 foram pioneiras em reconhecer tais direitos. A consagração internacional desses direitos ocorreu com o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), adotado pela ONU em 1966, cujo conteúdo reforça a indivisibilidade entre liberdade e igualdade material.

Já na segunda metade do século XX, sob a influência de novos movimentos sociais, feminista, antirracista, ambientalista, de pessoas com

deficiência, entre outros, consolidou-se a noção de uma terceira geração ou dimensão dos Direitos Humanos, relacionada aos chamados direitos difusos e coletivos. Tais direitos, como o direito ao desenvolvimento, à paz, ao meio ambiente equilibrado e à autodeterminação dos povos, expressam uma ampliação da concepção de dignidade, incorporando valores de solidariedade e sustentabilidade.

> Mais do que questionar os pressupostos dos direitos humanos tal como definidos pela perspectiva tradicional, pretende-se ressaltar a imposição de uma cosmovisão específica, ancorada na experiência europeia, como modelo de racionalidade universal que opera de maneira seletiva e excludente, negando tudo o que não lhe reflita.
> Mais do que discutir a eleição do campo de proteção que essa experiência propiciou, interessa agora iluminar os mecanismos que atribuem centralidade a essa expressão e marginalizam outras formas de vida, acabando por caricaturar as próprias proteções eleitas.
> Dito de outra forma, mais do que questionar a eleição de direitos como liberdade, igualdade, segurança, felicidade e dignidade, o que precisa ser explicitado é a convivência entre a defesa desse ideário pelo projeto moderno europeu e o desenvolvimento, a manutenção e o aprimoramento de uma estrutura de dominação de matriz colonial escravista imposta pelo mesmo projeto moderno europeu às Américas, à África e à Ásia. (Pires, 2020)

A classificação em gerações, embora didática, tem limitações. Como destaca Norberto Bobbio (2004), “o problema fundamental em relação aos Direitos Humanos não é justificá-los, mas protegê-los”, o que requer compreendê-los como interdependentes e indivisíveis. A indivisibilidade implica que os direitos civis e políticos não podem ser dissociados dos direitos sociais, econômicos e culturais. A interdependência, por sua vez, evidencia que a efetivação de um direito depende da garantia de outros: não há liberdade de expressão para quem não tem acesso à educação; não há igualdade jurídica sem combate às desigualdades estruturais de gênero e raça.

Avançando nesse debate, Herrera Flores (2009) afirma que os Direitos Humanos não são dados naturais, mas construções históricas e culturais em permanente reinvenção. Para ele, os direitos não se limitam às normas positivadas, mas são processos sociais que buscam garantir acesso igualitário aos bens materiais e imateriais necessários à dignidade humana. Essa perspectiva crítica propõe uma ruptura com o modelo abstrato-universalista, reconhecendo a pluralidade e a interseccionalidade das lutas sociais —

especialmente aquelas protagonizadas por mulheres, populações negras, povos indígenas e comunidades marginalizadas.

> Tratadas como desvios e não como demandas por respeito, as possibilidades de fissurar o padrão de sujeito moderno passam a representar a subversão da ordem, da harmonia social e dos valores que sustentam o projeto de poder colonial. E é isso mesmo. Afirmar a humanidade do não europeu, das mulheres, dos negros e indígenas, dos não cristãos, dos que desafiam a sexualidade heteronormativa e das pessoas com deficiência é subverter a naturalização das estruturas de poder e dominação que foram violentamente construídas pelo exercício de poder colonial escravista que se impôs nas Américas. (Pires, 2020)

Na visão de Pires, (2020) a evolução dos Direitos Humanos pode ser compreendida não como uma linha reta de progresso, mas como uma espiral dialética, atravessada por tensões entre dominação e emancipação. A luta pela universalização dos direitos continua a exigir enfrentamento às estruturas de poder que perpetuam exclusões e desigualdades. A teoria crítica dos Direitos Humanos, nesse sentido, não apenas denuncia as contradições do sistema vigente, mas afirma a possibilidade de construção de novas formas de vida mais justas, livres e solidárias.

> A normalização da zona do ser como representativa do pleno, autônomo e centrado gera processos de violência que estruturam e condicionam a própria percepção sobre o que pode ser entendido como violência. A violência como modelo normalizado de resolução de conflitos na zona do não ser é subdimensionada em categorias como inefetividade ou violação de direitos, que reproduzem a proteção ilusória que o colonialismo jurídico oferece a corpos e experiências não brancas. (Pires, 2018, p. 66)

Como já explorado ao longo deste trabalho, o termo “racismo obstétrico” surge da necessidade de nomear experiências específicas de opressão que ocorrem no contexto da atenção obstétrica, envolvendo práticas desumanizantes, negligência, abuso de poder e ausência de escuta qualificada nos serviços de saúde. Segundo Tempesta e Eneile (2021), o racismo obstétrico se localiza na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo estrutural, constituindo-se como uma expressão particular das desigualdades raciais no campo da saúde reprodutiva.

A antropóloga Dána-Ain Davis (2019), aprofunda a discussão sobre o racismo obstétrico nos Estados Unidos, revelando como a desconfiança em

relação às mulheres negras, o racismo estrutural e os estereótipos raciais moldam as decisões clínicas e os desfechos obstétricos. Davis argumenta que a violência obstétrica racializada é resultado de uma lógica biomédica que associa a mulher negra à patologia, ao risco e à hipersexualidade. Para a autora, o racismo obstétrico é também epistêmico, pois nega a legitimidade das experiências e saberes das mulheres negras. A escuta clínica seletiva, a exclusão dos desejos da gestante e o tratamento estandardizado e insensível são formas de silenciamento e de apagamento.

Embora o conceito de violência obstétrica seja um instrumento analítico relevante para compreender as diversas formas de abusos sofridos por mulheres nos diferentes momentos do cuidado materno-gestacional, ele não contempla de forma satisfatória as especificidades das experiências vividas por mulheres negras, cujos corpos são atravessados por estigmas e preconceitos racializados. O racismo obstétrico, portanto, deve ser compreendido como uma manifestação da estratificação racial, inscrita não apenas nas práticas institucionais, mas também nas representações sociais construídas historicamente sobre as mulheres racializadas e nas memórias de suas interações com os profissionais de saúde antes, durante e após o parto. Diferentemente da violência obstétrica em geral, o racismo obstétrico não pode ser compreendido fora do contexto da hierarquia racial brasileira. Ele se ancora em estereótipos historicamente construídos, como a ideia da mulher negra como mais forte, menos sensível à dor, menos instruída e, portanto, menos digna de escuta e cuidado. Como explica Jurema Werneck (2006):

> A mulher negra, no Brasil, é vítima de um sistema que associa sua cor e sua classe social à inferioridade. Essa associação se reflete no tratamento que ela recebe nos serviços de saúde, onde é constantemente silenciada, invisibilizada e violentada. (WERNECK, 2006, p. 18).

Essas práticas se materializam em diversos momentos do atendimento. São comuns os relatos de mulheres negras que não recebem anestesia durante o parto normal, mesmo quando solicitado; que são impedidas de ter acompanhante; que não têm suas dores reconhecidas; e que são submetidas a episiotomias ou cesarianas sem consentimento informado, em episódios que

evidenciam o caráter desumanizador do racismo obstétrico, que transforma o momento do parto, que deveria ser de acolhimento e dignidade, em uma experiência de sofrimento, medo e humilhação. A literatura feminista negra há muito tempo denuncia esse processo de desumanização. Ângela Davis (2016), ao tratar da escravidão e da exploração reprodutiva das mulheres negras nos Estados Unidos, afirma que:

> Os corpos das mulheres negras foram historicamente tratados como propriedade pública, como objetos de exploração sexual e reprodutiva. Essa lógica ainda ecoa nas formas contemporâneas de controle e violência obstétrica (DAVIS, 2016, p. 47).

Da mesma forma, Dorothy Roberts (1997), afirma que:

> O panorama contemporâneo da saúde reprodutiva para mulheres negras continua a refletir uma história enraizada de desigualdade sistêmica e negligência. Apesar dos avanços na tecnologia médica e nas políticas de saúde, as mulheres negras ainda enfrentam disparidades significativas no acesso, tratamento e resultados em saúde reprodutiva. Essas disparidades são multifacetadas, influenciadas por uma combinação de fatores médicos, sociais e econômicos. Estudos de caso e testemunhos pessoais destacam a questão pervasiva de negligência médica e discriminação dentro do sistema de saúde. Por exemplo, as mulheres negras são mais propensas a receber cuidados médicos de qualidade inferior, serem submetidas a tempos de espera mais longos e terem suas dores e sintomas ignorados ou subestimados pelos profissionais de saúde. Casos de diagnósticos errôneos, cuidados pré e pós-natais inadequados e apoio insuficiente durante o parto são alarmantemente comuns. Tal negligência frequentemente resulta em complicações graves e taxas de mortalidade materna mais elevadas entre as mulheres negras.

No Brasil, os dados da pesquisa “Nascer no Brasil” (FIOCRUZ, 2017) apontam que as mulheres negras têm menor acesso a práticas humanizadas de parto, como a possibilidade de caminhar, alimentar-se ou utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor. Também estão mais sujeitas a intervenções sem consentimento, e suas taxas de mortalidade materna são superiores às das mulheres brancas, mesmo em condições socioeconômicas similares. Isso demonstra que a cor da pele, por si só, continua sendo um marcador de risco e de exclusão nos serviços de saúde.

Segundo Werneck (2016), a ausência de dados desagregados por raça e a invisibilidade da morte materna entre mulheres negras refletem a negligência institucional em reconhecer o racismo como determinante social de saúde. Essa negligência se manifesta de modo contundente no atendimento

obstétrico, onde a naturalização da dor da mulher negra, o silenciamento e o desprezo por sua autonomia reprodutiva são práticas reiteradas.

O impacto do racismo obstétrico vai muito além do momento do parto. Ele produz traumas psicológicos, sentimento de desvalorização e, muitas vezes, desencadeia síndrome de estresse pós-traumático, dificultando o vínculo com o bebê e afetando o exercício da maternagem. Além disso, leva muitas mulheres a evitarem novos atendimentos médicos, o que compromete a continuidade do cuidado. Como alerta Sueli Carneiro (2021):

> A desumanização da mulher negra é a face mais cruel do racismo. Quando essa desumanização ocorre no exato momento em que ela está mais vulnerável — parindo uma nova vida —, ela se transforma em um grito ético por reparação e justiça (CARNEIRO, 2021, p. 220).

A morte de Alyne Pimentel[25], mulher negra que faleceu em decorrência de negligência obstétrica em 2002 no Rio de Janeiro, tornou-se símbolo emblemático da luta contra o racismo obstétrico, sendo inclusive objeto de condenação internacional pelo Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)[26] em 2011. O caso expõe a interseção entre racismo, sexismo e desigualdade socioeconômica na violação do direito à saúde reprodutiva.

Apesar da gravidade, poucos casos de racismo obstétrico chegam ao sistema de justiça, e a maioria sequer é nomeada como tal nos prontuários ou nos discursos institucionais. A ausência de nomenclatura legal específica, a falta de dados desagregados por raça e a baixa formação antirracista dos profissionais de saúde e operadores do direito contribuem para a naturalização da violência e a impunidade das instituições.

Para além da violência institucional, o racismo obstétrico pode ser compreendido, à luz da teoria crítica contemporânea, como uma forma de

---

[25] Alyne Pimentel foi uma mulher negra brasileira, moradora da Baixada Fluminense (RJ), que faleceu em 2002 em decorrência de negligência médica durante a gestação e o parto. Sua morte tornou-se um caso emblemático de racismo obstétrico e resultou na primeira condenação do Estado brasileiro pelo Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/ONU), em 2011. O caso de Alyne impulsionou a criação de políticas públicas voltadas à equidade racial e à humanização da atenção obstétrica no país.

[26] É um tratado internacional da ONU que visa promover a igualdade de gênero e os Direitos Humanos das mulheres.

necropolítica, conceito formulado por Achille Mbembe (2018) para descrever os modos pelos quais o poder soberano moderno decide quais vidas merecem ser vividas e quais podem ser descartadas, expostas à morte física, simbólica ou social. A necropolítica é uma racionalidade de governo que atua sobre corpos considerados indesejáveis, perigosos ou descartáveis, em especial corpos racializados, femininos, empobrecidos e dissidentes. Nesse regime, o Estado e suas instituições não apenas deixam de proteger certas populações, mas deliberadamente produzem a sua morte ou permitem que ela ocorra por negligência, omissão ou violência.

No campo da saúde, essa lógica se expressa de forma concreta na forma como mulheres racializadas são tratadas durante o ciclo gravídico-puerperal. Como denuncia Jurema Werneck (2016), as mulheres negras morrem mais durante a gestação, o parto e o puerpério não por fatores biológicos, mas por condições sociais e estruturais que limitam o acesso à informação, ao diagnóstico precoce, ao atendimento humanizado e à escuta profissional. Essas mortes evitáveis, silenciosas e frequentemente naturalizadas são expressão da necropolítica, que define o cuidado como um privilégio e não como um direito universal. Nesse contexto, o racismo obstétrico configura-se como uma prática de gerenciamento racializado da morte, sustentada por discursos técnicos que disfarçam o abandono e a exclusão com a linguagem da neutralidade institucional.

Essa necropolítica reprodutiva se entrelaça com a colonialidade do poder e a colonialidade do ser, pois atua sobre sujeitos cuja humanidade já foi historicamente negada. Assim, mulheres racializadas – rotineiramente negras - lidas como corpo resistente, forte e insensível à dor, uma construção colonial e escravocrata, frequentemente são privadas de analgesia, submetidas a procedimentos violentos sem consentimento ou ignoradas em suas queixas e decisões. A morte, nesse caso, pode não ser sempre biológica, mas pode assumir formas simbólicas, emocionais e sociais, como o apagamento da autonomia, a patologização da maternidade negra, a culpabilização da paciente e o luto decorrente de mortes obstétricas evitáveis. São formas de morrer enquanto se vive, cotidianamente, nos corredores hospitalares, nas salas de parto e nos silêncios institucionais.

Além disso, como destaca Mbembe (2018), a necropolítica não é apenas um dispositivo de extermínio, mas uma produção ativa de vidas marcadas pela precariedade, pela dor, pela invisibilidade e na ausência de responsabilização do Estado. Assim, o racismo obstétrico se revela como uma tecnologia de poder que não apenas controla a reprodução das mulheres racializadas, mas também regula o valor de suas vidas, e das vidas que geram. Compreender o racismo obstétrico como necropolítica é, portanto, uma forma de romper com leituras moralistas, individualizadas ou tecnocráticas do fenômeno, e de inseri-lo em uma crítica mais ampla das estruturas que produzem a morte como horizonte para populações historicamente marcadas pela subalternidade.

Essa perspectiva permite afirmar que enfrentar o racismo obstétrico é um ato de defesa da vida, de denúncia da colonialidade e de afirmação radical da dignidade das mulheres racializadas como sujeitos políticos e epistêmicos. Diante do exposto é possível observar que o racismo obstétrico configura prática institucional enraizada em estruturas históricas de dominação de modo que o racismo obstétrico não pode ser compreendido como uma falha pontual do sistema de saúde, tampouco como expressão isolada de preconceitos individuais. Trata-se, ao contrário, de uma manifestação contemporânea da colonialidade, que opera nas dimensões do poder, do saber, do ser e do gênero, e que estrutura a forma como corpos femininos racializados são vistos, tratados e violentados.

Resta evidente que o racismo obstétrico não é um fenômeno isolado, mas expressão de um sistema de poder que hierarquiza vidas, corpos e saberes. Nomear essa violência é o primeiro passo para enfrentá-la, exigindo mudanças nas práticas de formação em saúde, nas políticas públicas e no próprio imaginário social sobre maternidade e negritude. Tal prática, não é apenas uma falha individual de determinados profissionais, mas um fenômeno sistêmico, que reflete as hierarquias raciais e sexistas da sociedade brasileira. Seu enfrentamento exige não apenas políticas públicas interseccionais e ações afirmativas na saúde, mas também o reconhecimento de que se trata de uma grave violação de Direitos Humanos, cuja reparação demanda compromisso institucional, responsabilização jurídica e transformação das práticas de cuidado.

A compreensão do racismo obstétrico como um fenômeno racializado e colonial nos permite ampliar a luta por justiça reprodutiva e saúde digna para todas as mulheres. Resgatar os saberes tradicionais, valorizar as epistemologias do sul e garantir autonomia sobre o próprio corpo são passos fundamentais para desmontar as estruturas de dominação que ainda persistem. A formulação dos Direitos Humanos como conjunto de garantias universais voltadas à proteção da dignidade humana constitui uma das grandes promessas do constitucionalismo moderno.

2.2 - Saúde e justiça reprodutiva como dimensão dos Direitos Humanos

A compreensão da saúde como um direito humano fundamental implica reconhecê-la em sua dimensão integral, abarcando não apenas a ausência de doenças, mas também o bem-estar físico, mental, emocional, social e simbólico das pessoas. No caso das mulheres, essa concepção se entrelaça à luta histórica por justiça reprodutiva, uma perspectiva que amplia o conceito de direitos reprodutivos e o insere no contexto das desigualdades sociais, raciais e econômicas que moldam o acesso à saúde.

A noção de justiça reprodutiva surge na década de 1990, nos Estados Unidos, como resposta crítica aos limites do discurso liberal dos “direitos reprodutivos”, que se concentrava no acesso individual a métodos contraceptivos e ao aborto, sem considerar as desigualdades estruturais que condicionam as escolhas das mulheres. O conceito foi formulado por um grupo de mulheres afro-americanas, organizadas no movimento Women of African Descent for Reproductive Justice (WADRJ), após a conferência nacional sobre reforma da saúde realizada em Chicago, em 1994. Essas ativistas denunciaram que as mulheres negras, pobres e racializadas sofriam de forma desproporcional com a morbimortalidade materna e infantil, a violência doméstica e a falta de acesso a serviços de saúde adequados. Assim, propuseram uma abordagem interseccional que vinculasse o direito à reprodução ao direito a viver com dignidade, em contextos de justiça social, econômica e racial. (Bourguignon, 2024).

A participação desse movimento na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no mesmo ano no Cairo (Egito),

consolidou o termo – justiça reprodutiva - como uma categoria política e analítica que integra direitos humanos, feminismo negro e crítica ao colonialismo global. A justiça reprodutiva passou a articular três dimensões fundamentais: o direito de ter filhos, o direito de não tê-los e o direito de criar os filhos em condições seguras e saudáveis, deslocando o debate da esfera individual para o campo coletivo e estrutural, reconhecendo que as decisões reprodutivas das mulheres racializadas são moldadas por relações históricas de poder, pobreza e racismo institucional que atravessam as políticas públicas e os sistemas de saúde.

Essa perspectiva encontra forte ressonância nas realidades do Sul Global[27], especialmente no Brasil, onde as desigualdades raciais e econômicas afetam diretamente o acesso das mulheres negras aos serviços de saúde de qualidade. Como demonstra Jurema Werneck (2006), os indicadores de saúde no Brasil revelam um quadro de iniquidades[28]: as mulheres racializadas têm menor acesso ao pré-natal adequado, maior risco de morte materna, maior incidência de cesáreas forçadas e menor probabilidade de receber cuidados humanizados no parto.

A justiça reprodutiva, nesse contexto, não se restringe ao acesso a serviços. Ela exige a garantia de autonomia, dignidade, escolha informada e respeito aos direitos culturais e territoriais das mulheres. Como aponta Herrera Flores (2009), os Direitos Humanos não podem ser vistos como “declarações formais de boas intenções”, mas devem se transformar em práticas concretas de emancipação e resistência. A justiça reprodutiva é, assim, uma expressão prática da dignidade em contextos de opressão.

---

[27] O termo **Sul Global** é utilizado para designar um conjunto de países e povos historicamente submetidos à dominação colonial, exploração econômica e marginalização política no sistema internacional. Mais do que uma categoria geográfica, trata-se de uma **construção político-epistêmica**, que busca evidenciar as desigualdades estruturais entre o Norte e o Sul, revelando as assimetrias de poder herdadas do colonialismo e do capitalismo global. O conceito é frequentemente empregado em abordagens decoloniais e críticas, como as de Sueli Carneiro, Boaventura de Sousa Santos e Aníbal Quijano, para destacar a necessidade de reconhecer e valorizar os saberes, experiências e práticas de resistência produzidos nos contextos periféricos, contrapondo-se à hegemonia do pensamento eurocêntrico na produção de conhecimento.

[28] O termo iniquidades refere-se às desigualdades sociais que são evitáveis, injustas e sistematicamente produzidas por estruturas de poder e por determinantes sociais, econômicos, raciais e de gênero. Diferentemente das meras diferenças ou desigualdades naturais, as iniquidades implicam um julgamento ético e político, pois resultam de processos históricos de exclusão e discriminação que limitam o acesso equitativo a direitos, recursos e oportunidades, especialmente nos campos da saúde, educação e justiça social.

A metáfora do “diamante ético” (figura 1), proposta por Joaquín Herrera Flores (2009), oferece uma compreensão dinâmica e relacional dos direitos humanos, contrapondo-se à visão estática e formal que frequentemente os reduz a normas jurídicas abstratas. Para o autor, o diamante representa a complexidade e interdependência dos diversos eixos que compõem a realização dos direitos humanos — o ético, o jurídico, o político e o social —, todos convergindo em direção ao núcleo central da dignidade humana. Essa imagem tridimensional sugere que os direitos humanos não devem ser compreendidos de modo linear, mas como uma rede de relações interconectadas, nas quais a transformação de um eixo repercute nos demais. Assim, a metáfora do diamante propõe uma epistemologia plural e crítica, capaz de apreender a realidade em sua multiplicidade e historicidade.

Figura 1 – Metáfora do diamante ético



Fonte: Herrera Flores, 2009

Nessa perspectiva, Herrera Flores (2009) entende que os direitos humanos são processos históricos em permanente construção, lapidados pelas lutas sociais que emergem diante das injustiças e exclusões. Assim como o diamante se forma sob a pressão do tempo e das forças geológicas, os direitos

humanos são forjados nas tensões políticas, nas resistências e nas mobilizações coletivas por reconhecimento e justiça. A centralidade da dignidade humana, portanto, não é um ponto fixo, mas um horizonte ético que orienta a ação transformadora e o compromisso social com a ampliação das liberdades e das igualdades substantivas. Essa visão desloca o debate dos direitos humanos de uma concepção normativa e universalista para uma abordagem emancipatória e contextualizada, enraizada nas práticas concretas de luta e nos saberes produzidos por sujeitos historicamente oprimidos.

Adotar o “diamante ético” como instrumento analítico implica reconhecer a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e intercultural dos direitos humanos, que integre dimensões morais, políticas e materiais da existência. Ao articular os diferentes eixos que compõem esse diamante, torna-se possível compreender que os direitos humanos não se limitam a garantias legais, mas abrangem também condições concretas de vida, acesso a recursos, reconhecimento simbólico e participação democrática. O diamante, nesse sentido, convida à reflexão sobre a interdependência entre justiça social, igualdade e dignidade, estimulando uma leitura crítica e plural das lutas por direitos, sobretudo nas realidades marcadas por desigualdades estruturais, como as sociedades latino-americanas e pós-coloniais.

> A concepção de justiça reprodutiva dialoga com a proposta crítica de Herrera Flores sobre os direitos humanos. Pois ambas as abordagens permitem conectar organização política e trabalho teórico em uma concepção que integra as necessidades individuais e a oferta de serviços básicos de saúde (saúde reprodutiva); as lutas por garantias jurídicas e a implementação de ações que viabilizem o exercício da sexualidade e da reprodução com autonomia e segurança (direitos reprodutivos); e o reconhecimento de que os sistemas de valores dominantes baseados no sexo, raça/cor, classe social, entre outros, interagem e geram opressões reprodutivas intersecionais (justiça reprodutiva). (Bourguignon, 2024)

Contudo, como afirma Sueli Carneiro (2021), há uma distância significativa entre o reconhecimento formal de direitos e a sua efetivação real para mulheres racializadas, cuja posição social as torna especialmente vulneráveis a práticas institucionais de controle e violência. A lógica biomédica, racista e patriarcal que rege muitos espaços de saúde reprodutiva ainda entende o corpo da mulher negra como “resistente”, “hipersexualizado” ou “imprestável” — resquícios de uma memória colonial ainda não superada.

Além disso, a medicalização excessiva do parto, a negligência com a dor das mulheres negras, a imposição de condutas sem consentimento e a exclusão de suas decisões no processo reprodutivo são expressões diretas da negação de sua soberania corporal. A autonomia, neste caso, não pode ser vista como um atributo individual apenas, mas como condição de possibilidade social, atravessada por desigualdades históricas e estruturais.

Angela Davis (2016) já alertava que a luta pelo controle reprodutivo das mulheres negras não se resume ao direito de interromper uma gravidez, mas abrange o direito de ter filhos com dignidade, acesso a serviços públicos de qualidade e liberdade frente ao racismo institucional. Para a autora, o direito reprodutivo das mulheres negras está profundamente vinculado ao direito de viver e criar seus filhos sem que o Estado lhes negue proteção e dignidade.

Nesse sentido, a justiça reprodutiva é um princípio norteador para políticas públicas interseccionais que reconheçam a diversidade das experiências femininas e combatam o racismo, o sexismo e a desigualdade social como barreiras concretas ao exercício dos Direitos Humanos. No campo da saúde, isso exige a formação permanente de profissionais, a escuta qualificada das mulheres, a descolonização das práticas médicas e a responsabilização do Estado por omissões e violências.

> As políticas de saúde e as práticas assistenciais podem contribuir para reduzir as desigualdades que afetam o acesso aos cuidados de saúde, especialmente ao alcançar aquelas pessoas que estão à margem e que mais sofrem com as opressões interseccionais. Desse modo, compreendemos que a avaliação em saúde, como espaço político e acadêmico, tem potencial para identificar as lacunas que podem gerar iniquidades nos programas e serviços, bem como recomendar ações eticamente comprometidas com a promoção da justiça reprodutiva. (Bourguignon, 2024)

Assim, compreender a saúde reprodutiva como dimensão dos Direitos Humanos impõe o reconhecimento do cuidado como um direito político e da autonomia corporal como um exercício coletivo de cidadania. Para as mulheres racializadas, esse reconhecimento é condição para enfrentar o racismo obstétrico e construir horizontes de justiça verdadeiramente plurais e emancipatórios.

2.3 - Compreendendo o racismo obstétrico através da Interseccionalidade

Conforme já abordado no primeiro capítulo, a interseccionalidade é uma ferramenta analítica essencial para compreender o racismo obstétrico, pois permite visualizar como múltiplas formas de opressão — especialmente o racismo, o sexismo e o classismo — se entrelaçam e produzem desigualdades específicas na atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras. Esse conceito, formulado por Kimberlé Crenshaw (1989), parte da constatação de que as experiências sociais não podem ser entendidas de maneira fragmentada, uma vez que os marcadores sociais de diferença não atuam isoladamente, mas em interação constante. No campo da saúde reprodutiva, essa abordagem revela como o corpo das mulheres negras é simultaneamente racializado e sexualizado, sendo alvo de estigmas históricos que o associam à resistência à dor, à hipersexualidade e à inferioridade moral — estereótipos que, desde o período escravocrata, continuam a influenciar práticas médicas e institucionais. A interseccionalidade, portanto, fornece um instrumental teórico capaz de identificar as formas sutis e estruturais de discriminação que resultam em desigualdades nos indicadores de mortalidade materna, acesso ao pré-natal e qualidade da atenção obstétrica.

Antes de avançarmos neste debate, importante dizer que o documento "Violência Obstétrica – Parirás com dor"[29] revelou que uma em cada quatro mulheres brasileiras sofreu algum tipo de violência durante o parto, mas menos da metade reconhece o ocorrido como violência.

Esse não reconhecimento decorre da naturalização da dor feminina e da autoridade médica, historicamente legitimadas por uma cultura patriarcal e racista que desumaniza o corpo das mulheres — sobretudo o corpo negro, visto como mais “resistente” e menos merecedor de cuidado.

Assim, como forma de facilitar a compreensão sobre o racismo obstétrica na prática, elaborou-se uma tabela com as principais informações sobre os tipos de violações sofridas pelas mulheres, especialmente, quando observa-se as mulheres racializadas.

[29] “Parirás com dor” é um dossiê elaborado em 2012 pela Rede Parto do Princípio e entregue à CPMI da Violência Contra a Mulher no Senado Federal. Ele denuncia a violência institucional e as práticas abusivas na assistência à gestação, ao parto e ao nascimento no Brasil.

Quadro 1 - Formas de violência obstétrica no Brasil segundo o Dossiê “Parirás com Dor” (2017)

Categoria de Violência Obstétrica	Descrição / Exemplos de Práticas	Percentual médio de ocorrência	Percepção das Mulheres (Reconhecimento como Violência)	Disparidades Raciais Observadas
Violência Verbal e Psicológica	Gritos, ironias, humilhações e frases como “na hora de fazer não gritou”; deslegitimação da dor da parturiente.	23% das mulheres relataram ofensas verbais.	Muitas não reconhecem como violência, entendendo como “normal” do parto.	Mulheres negras são mais frequentemente alvo de agressões verbais e associadas à “força” e “resistência à dor”.
Negligência no Atendimento	Demora no atendimento, recusa de analgesia, ausência de acompanhante, desatenção às queixas de dor.	25% relataram demora ou negligência.	Grande parte interpreta como “falta de recursos” ou “rotina do hospital”.	Mulheres negras têm maior probabilidade de não receber analgesia e de ficarem sozinhas no parto.
Intervenções sem Consentimento	Realização de procedimentos (toques vaginais, episiotomia, cesariana) sem explicação ou autorização da mulher.	27% sofreram algum procedimento sem consentimento.	Muitas acreditam ser “necessário” ou “conduta médica obrigatória”.	Mulheres negras relatam menos informação e menos explicações médicas sobre o que é feito com seus corpos.
Restrição de Acompanhante	Impedimento da presença de companheiro(a) ou familiar durante o parto e pós-parto, contrariando a Lei do Acompanhante (Lei 11.108/2005).	18% foram impedidas de ter acompanhante.	Frequentemente interpretado como “regra do hospital”.	Mulheres negras e de baixa renda são as mais afetadas, especialmente em hospitais públicos.

Intervenções Inadequadas e Dolorosas	Manobra de Kristeller (pressão abdominal), episiotomia rotineira, tração forçada do cordão umbilical, cesariana sem indicação clínica.	30% relataram alguma forma de intervenção abusiva.	Poucas reconhecem como violência — naturalizam a dor como parte do parto.	Mulheres negras sofrem mais manobras manuais e menos partos assistidos com técnicas humanizadas.
Negação de Contato com o Recém-Nascido	Separação imediata após o parto, impedimento da amamentação precoce e do contato pele a pele.	21% das mulheres passaram por separação não justificada.	Muitas acreditam que “é o protocolo do hospital”.	Mulheres negras e pobres relatam maior frequência de separação e menor estímulo à amamentação.
Assédio e Violência Sexual	Comentários inapropriados, exposição indevida do corpo, toques invasivos sem necessidade clínica.	3% relataram explicitamente; subnotificação é alta.	Em geral, o medo e o constrangimento impedem a denúncia.	Mulheres negras relatam experiências de hipersexualização e humilhação corporal mais intensa.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2025

Sob essa ótica, compreender o racismo obstétrico a partir da interseccionalidade significa reconhecer que ele não se reduz a episódios isolados de violência, mas constitui uma expressão de sistemas interdependentes de dominação que atravessam as políticas públicas, as práticas profissionais e as relações interpessoais. As mulheres racializadas, situadas no cruzamento entre raça, gênero e classe, enfrentam obstáculos estruturais no acesso à saúde e na garantia de um parto digno e seguro. A análise interseccional permite, assim, deslocar o foco da responsabilização individual para a crítica das estruturas sociais e institucionais que produzem essas violências, ampliando a compreensão do racismo obstétrico como um fenômeno complexo, enraizado nas desigualdades históricas e na persistência

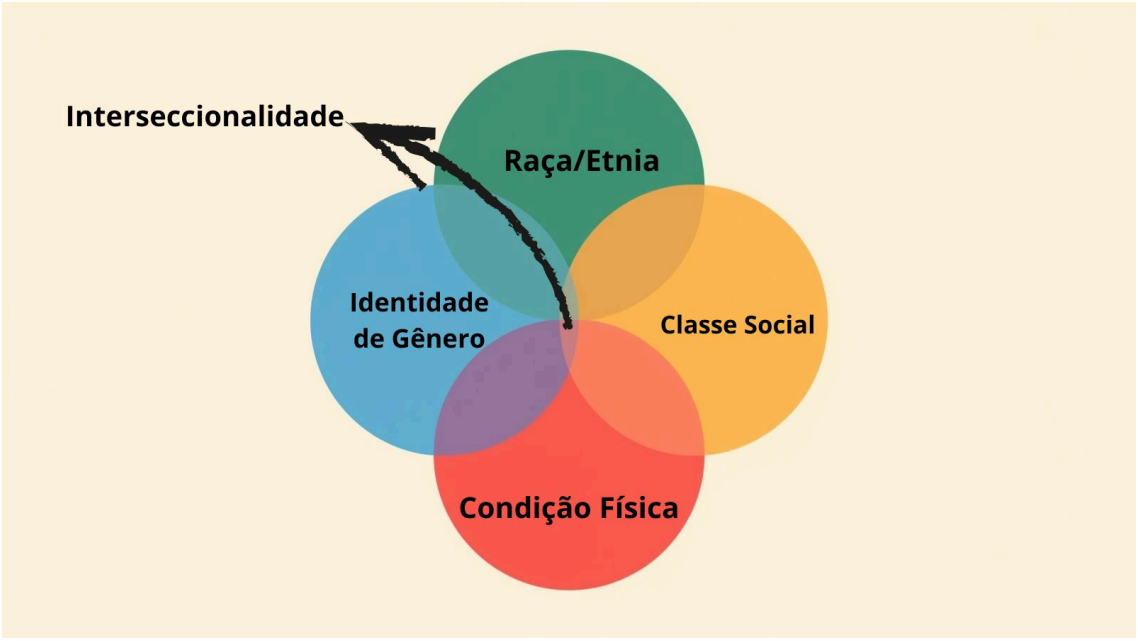
de um modelo biomédico que desumaniza corpos racializados. Essa abordagem é, portanto, indispensável para formular políticas de saúde realmente equitativas e antirracistas, que reconheçam as múltiplas dimensões da experiência das mulheres negras no sistema de saúde.

Partindo do reconhecimento de que as opressões de raça, gênero, classe, orientação sexual e outros marcadores sociais não atuam isoladamente, a interseccionalidade demonstra que tais marcadores se entrelaçam e potencializam mutuamente, gerando formas específicas de vulnerabilidade e exclusão. Ao analisar os efeitos combinados do racismo e do sexismo, Crenshaw (1989) demonstrou que o sistema jurídico e as políticas públicas falham ao adotar abordagens monocategóricas que ignoram as interações entre esses marcadores:

> A interseccionalidade revela que a experiência vivida por mulheres negras não pode ser compreendida apenas como soma de racismo e sexismo, mas como uma forma qualitativamente distinta de opressão. (CRENSHAW, 1989)

A imagem a seguir ilustra de maneira didática as experiências vividas por mulheres racializada, conforme o conceito de interseccionalidade elaborado por Crenshaw (1989)

Figura 2 – Ilustrando a interseccionalidade



Fonte: Elaborada pela Autora, 2025

Maria Lugones (2014) explica que, dentro da lógica moderna, as categorias sociais como mulher, negro e pobre foram criadas de forma separada e homogênea, sem considerar as pessoas que vivem nas intersecções entre elas. Isso significa que, quando se fala em “mulher”, a referência implícita é à mulher branca; quando se fala em “negro”, o modelo pensado é o homem negro. Dessa forma, as mulheres negras acabam ficando invisíveis, pois não se encaixam totalmente em nenhuma dessas categorias isoladas. Essa exclusão não é casual: ela resulta de uma forma de pensar típica da modernidade ocidental, baseada em dicotomias hierárquicas — como homem/mulher, branco/negro, razão/emoção — que sempre colocam um dos lados como superior ao outro.

Para Lugones, essa maneira de organizar o mundo faz com que certas existências sejam vistas como “impossíveis”, porque não correspondem aos padrões definidos pelas categorias dominantes. As mulheres racializadas, negras, indígenas, mestiças ou asiáticas, por exemplo, são marginalizadas justamente por não caberem nessas divisões rígidas entre raça, gênero e classe. Assim, a autora denuncia que o pensamento moderno colonial criou um sistema em que apenas determinados corpos e experiências são reconhecidos como humanos e legítimos. Ao revelar esse problema, Lugones propõe que se repensem as categorias de análise social e política, para que contemplem as múltiplas dimensões da existência e reconheçam as experiências de quem foi historicamente invisibilizado pelas estruturas de poder e pela colonialidade do saber.

No Brasil, a produção intelectual e militante de mulheres negras, como Sueli Carneiro, Lélia Gonzalez e Carla Akotirene, contribuiu para traduzir e expandir esse conceito, evidenciando as especificidades da interseccionalidade no contexto brasileiro, marcado por profundas desigualdades raciais e de gênero herdadas do colonialismo e da escravidão. Sueli Carneiro (2021), ao refletir sobre o lugar social da mulher negra, afirma que:

> A interseccionalidade nos permite entender a mulher negra como sujeita de um lugar de opressão e de resistência, cuja condição é produto de um sistema de poder articulado pelo racismo e pelo sexismo estrutural. (CARNEIRO, 2021, p. 117).

No campo dos Direitos Humanos, a interseccionalidade desafia as concepções universalistas e neutras, ao exigir reconhecimento das particularidades dos sujeitos e das desigualdades estruturais que impedem o acesso igualitário aos direitos formalmente garantidos. Isso é particularmente evidente na área da saúde reprodutiva, onde os efeitos combinados de raça e gênero se traduzem em acesso desigual a serviços, tratamentos diferenciados e maior exposição à violência institucional, como é o caso do racismo obstétrico.

A equidade — princípio fundante do Sistema Único de Saúde (SUS) — também se articula diretamente com a proposta interseccional, uma vez que implica tratamento desigual para desiguais, levando em conta as barreiras sociais e estruturais enfrentadas por determinados grupos. No entanto, a aplicação do princípio da equidade na formulação e execução de políticas públicas no Brasil tem sido limitada pela persistência de uma lógica universalista, que desconsidera as especificidades raciais e territoriais das usuárias do sistema de saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (2004) são tentativas institucionais de incorporar a perspectiva da equidade, mas ainda enfrentam dificuldades para sair do papel, seja por resistência institucional, seja por falta de orçamento e monitoramento. Como observa Joaquín Herrera Flores (2009), a realização dos Direitos Humanos não se dá apenas pela sua formalização jurídica, mas pela sua efetivação como práticas sociais transformadoras. A concretização dos Direitos Humanos exige políticas públicas sensíveis às desigualdades reais, construídas a partir da escuta dos sujeitos e da transformação das estruturas sociais. (Herrera Flores, 2009).

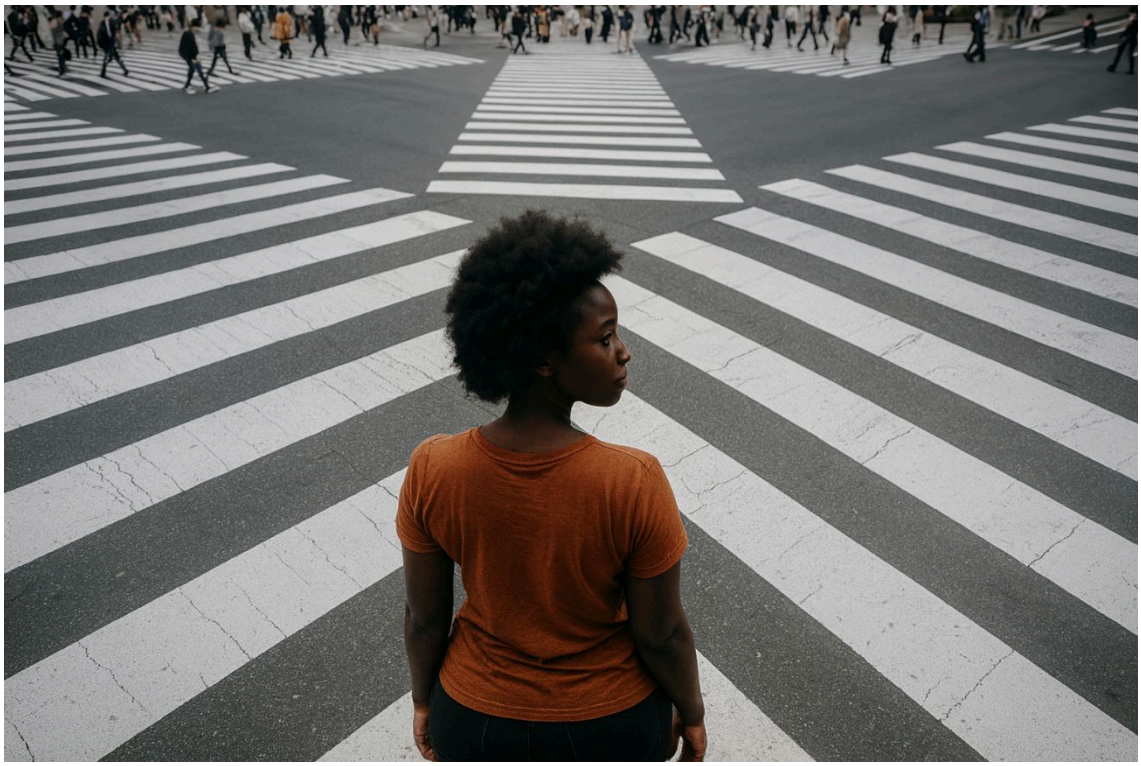
Adotar uma perspectiva interseccional na análise dos Direitos Humanos, especialmente no campo da saúde reprodutiva, é reconhecer que as mulheres racializadas não acessam os serviços de saúde nas mesmas condições que outras mulheres. Suas experiências são marcadas por exclusões históricas, estigmas raciais, violências simbólicas e institucionais. Por isso, é fundamental que as políticas públicas sejam desenhadas a partir dessa realidade, rompendo com a lógica da neutralidade e incorporando a justiça social e racial como eixos estruturantes.

> A crença nas ideias de universalidade e neutralidade dos direitos humanos produziram uma apropriação dessa agenda de forma hierarquizada e violenta para grupos sociais minorizados e alijados dos bens materiais e simbólicos para o bem viver. Tais aspectos não são exclusivos dos direitos humanos, estão presentes na dinâmica de funcionamento do direito de forma mais ampla. É necessário, portanto, destacar tais limitações para que as iniciativas que busquem produzir condições de vida plena e coibir processos de desumanização sejam dimensionadas não apenas através de suas potencialidades, mas também a partir daquilo a que se acumpliciam. A confiabilidade na universalidade e neutralidade dos direitos humanos foi acompanhada pelo desenvolvimento de modelos econômico-políticos estruturados na desigualdade e no distanciamento das condições do bem viver para a zona do não ser. (Pires, 2018)

Além disso, como destaca Carla Akotirene (2019), a interseccionalidade não é apenas uma ferramenta de análise, mas uma estratégia de enfrentamento político das desigualdades. Sua adoção no campo jurídico, da saúde e das políticas públicas permite não apenas identificar a injustiça, mas também propor soluções que sejam capazes de reparar as violências acumuladas e construir novas formas de existência digna para as mulheres negras.

Assim, o conceito de interseccionalidade pode ser compreendido a partir da imagem de um cruzamento de ruas, onde cada via simboliza um tipo de poder e, ao mesmo tempo, uma forma de opressão. Nesse cruzamento, as mulheres negras se situam no ponto em que esses diferentes eixos se encontram, vivenciando simultaneamente os efeitos do racismo, do sexismo e, muitas vezes, da desigualdade de classe. Quando ocorre uma violação de direitos, entretanto, a resposta institucional tende a considerar apenas um dos aspectos da discriminação — seja ele de gênero ou de raça —, sem reconhecer que ambas as dimensões atuam de maneira conjunta e interdependente.

Figura 3 - Mulher negra em entrecruzamentos



Fonte: ChatGPT – OpenAI, 2025

Dessa forma, a efetivação dos Direitos Humanos no Brasil exige o reconhecimento de que a desigualdade não é um fenômeno acidental, mas estrutural e historicamente construído a partir das intersecções entre raça, gênero e classe. Pensar os direitos das mulheres racializadas implica romper com perspectivas universalistas que desconsideram as múltiplas formas de opressão que atravessam seus corpos e experiências. A interseccionalidade, nesse sentido, oferece um marco teórico e político indispensável para compreender as hierarquias sociais e propor ações transformadoras que garantam dignidade, justiça e equidade. Assim, a promoção dos direitos humanos somente será plena quando incorporar a voz e a vivência das mulheres negras e demais grupos historicamente subalternizados, reconhecendo-os como sujeitos centrais na construção de uma sociedade verdadeiramente democrática e inclusiva.

2.4 - O Estado como agente violador: Racismo institucional e invisibilidade jurídica

O racismo obstétrico, embora se manifeste nas interações entre pacientes e profissionais de saúde, não pode ser interpretado como uma falha isolada ou episódica. Ao contrário, trata-se de uma violência institucional, sustentada pela omissão e conivência do Estado, que se configura como agente violador dos Direitos Humanos das mulheres racializadas. A negligência estatal na formulação de políticas públicas eficazes, a ausência de responsabilização dos agentes envolvidos e o silêncio das instituições jurídicas diante de práticas discriminatórias tornam o racismo obstétrico um fenômeno sistematicamente legitimado.

Conforme sustenta Jurema Werneck (2016), grande parte das formulações conceituais, diretrizes e estratégias voltadas à saúde da população negra surgiu fora do sistema de saúde, impulsionada pela atuação de movimentos e sujeitos negros organizados, que contribuíram com suas análises, saberes e valores próprios. Nesse processo, as mulheres negras desempenharam papel fundamental, tanto por sua experiência histórica e cultural no cuidado e na promoção da vida, quanto por representarem uma parcela significativa das profissionais que compõem as equipes de saúde em diferentes áreas. Em contrapartida, as instituições de pesquisa, os órgãos de fomento e as instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) mantiveram-se, em grande medida, à margem dessas construções, revelando a necessidade de uma participação mais ativa, articulada e comprometida com as demandas e perspectivas expressas pelos movimentos sociais negros.

> O racismo e o sexismo estão incluídos como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde. Esse conceito, ainda, apontava que, para se enfrentar adequadamente as iniquidades em saúde, seriam necessárias medidas que incluiriam a criação de programas dirigidos a populações vulneráveis e o desenvolvimento de ações para reduzir disparidades entre grupos, além de medidas de saúde, amplas para toda a população. (Werneck, 2016)

Para tanto, Werneck (2016) afirma que para enfrentar tais limitações, é preciso compreender um pouco mais o racismo, reconhecido em sua dimensão ideológica que conforma as relações de poder na sociedade, participando, portanto, das políticas públicas, uma vez que estas estão entre os mecanismos de redistribuição de poder e riqueza existentes. Assim, o conceito de racismo

institucional, refere-se à forma como o racismo é reproduzido pelas instituições por meio de procedimentos, normas e práticas que, ainda que aparentemente neutras, produzem desigualdades raciais concretas.

O racismo estrutural e institucional atua como determinante social das desigualdades em saúde no Brasil, com ênfase nas condições de vida e de cuidado das mulheres racializadas. A saúde da população negra — e, particularmente, a saúde da mulher negra — é um campo historicamente marginalizado nas ciências da saúde, ausente da formação acadêmica e pouco explorado em pesquisas. Segundo Werneck (2016), grande parte das formulações conceituais e políticas sobre o tema não surgiu do Estado, mas das lutas e mobilizações dos movimentos sociais negros, especialmente do Movimento de Mulheres Negras, que pressionaram pela criação de políticas públicas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009.

Assim, o racismo institucional é um sistema de práticas, políticas e normas que, mesmo sem intenção explícita, produzem resultados desiguais e excludentes para pessoas negras. Esse tipo de racismo não se manifesta apenas em atitudes individuais, mas na forma como as instituições públicas e privadas operam, reproduzindo hierarquias raciais e restringindo o acesso a direitos. O racismo institucional se expressa na incapacidade das organizações de oferecer serviços adequados a determinados grupos raciais. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) reflete essa desigualdade quando falha em atender com equidade a população negra, reforçando a vulnerabilidade social e sanitária de comunidades periféricas e quilombolas.

Aos demonstrar que a estrutura das políticas públicas pode aumentar ou reduzir os riscos de adoecimento, Werneck (2016) recupera o conceito de vulnerabilidade programática e propõe que o enfrentamento desse problema requer ações afirmativas, formação antirracista de profissionais de saúde, coleta de dados desagregados por raça/cor e participação ativa de mulheres negras na formulação e avaliação das políticas. O combate ao racismo institucional, portanto, é condição indispensável para a efetivação do princípio da equidade no SUS e para o reconhecimento da população negra como sujeito de direitos, em conformidade com o ideal democrático e com o paradigma dos direitos humanos

Essa definição aplica-se diretamente ao contexto da saúde obstétrica. A ausência de políticas públicas específicas para o enfrentamento do racismo nos serviços de saúde, a precariedade dos mecanismos de denúncia e o apagamento da cor/raça nos registros oficiais refletem a escolha política de manter essas violências no plano da invisibilidade. A subnotificação de casos de racismo obstétrico impede a formulação de diagnósticos precisos e compromete o planejamento de ações de equidade racial no SUS.

Além disso, o arcabouço jurídico brasileiro ainda não reconhece formalmente o racismo obstétrico como uma categoria jurídica autônoma. Casos de racismo obstétrico tendem a ser enquadrados genericamente como erro médico, lesão corporal ou maus-tratos, sem a devida consideração da motivação racial. Como consequência, os marcadores de raça e gênero são apagados da narrativa judicial, impedindo a responsabilização adequada e a reparação simbólica às vítimas.

Essa lacuna é reforçada pela ausência de formação antirracista dos operadores do direito, como bem observa Sueli Carneiro:

> O sistema de justiça brasileiro opera sob a lógica de um sujeito universal abstrato que ignora as especificidades das mulheres negras, contribuindo para a negação de seus direitos e para a perpetuação do Racismo Institucional. (CARNEIRO, 2021, p. 215).

O silêncio das instituições jurídicas diante do racismo obstétrico demonstra a dificuldade do direito em lidar com violências estruturais e interseccionais. A lógica formalista e individualizante do sistema jurídico não é capaz de abarcar a complexidade das violações sofridas por mulheres racializadas nos espaços de cuidado. Isso compromete a efetivação de tratados internacionais de Direitos Humanos ratificados pelo Brasil, como a CEDAW e a Convenção de Belém do Pará, que estabelecem a obrigação dos Estados de prevenir, investigar, punir e reparar atos de violência contra as mulheres, inclusive aqueles praticados por agentes do Estado ou por instituições públicas.

A responsabilização do Estado pelo racismo obstétrico não se limita à punição de agentes individuais, mas requer a revisão estrutural das práticas institucionais, dos currículos da formação médica e jurídica, e da lógica de funcionamento dos serviços de saúde. É necessário, por exemplo, garantir a

presença de comissões de equidade racial nos hospitais, assegurar a capacitação continuada em Direitos Humanos e relações étnico-raciais, implementar mecanismos eficazes de denúncia e promover a escuta qualificada das usuárias do SUS, especialmente das mulheres negras.

A negligência do Estado diante dessas demandas constitui uma violação direta de sua obrigação constitucional e internacional de garantir os direitos fundamentais à saúde, à igualdade e à não discriminação. Como afirma Crenshaw (1989), ao tratar da interseccionalidade no direito, a omissão estatal diante das múltiplas formas de opressão vividas por mulheres negras representa “uma falha sistêmica que neutraliza o próprio ideal de justiça” (CRENSHAW, 1989).

Portanto, reconhecer o racismo obstétrico como uma forma de violência institucional e uma grave violação de Direitos Humanos é o primeiro passo para a construção de um modelo de justiça que não apenas puna, mas também repare e transforme. Essa transformação só será possível por meio da incorporação de uma perspectiva interseccional e antirracista nas políticas públicas, na legislação e nas práticas institucionais do Estado brasileiro.

2.5 - Panorama legal dos Direitos Humanos das Mulheres Racializadas no Brasil

De acordo com a Rede Parto do Princípio (2007), avanços legislativo da Argentina e da Venezuela em relação à violência de gênero, especialmente no campo da violência obstétrica, revelam um contraste significativo com o cenário brasileiro, marcado pela lentidão e omissão normativa em assegurar o direito das mulheres a uma vida livre de violência — inclusive durante a gestação, o parto e o puerpério.

Em março de 2009, a Argentina promulgou a Lei nº 26.485, intitulada “Lei de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais”. Essa legislação foi pioneira na América Latina ao tipificar explicitamente a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero.

A lei reconhece que a violência pode ocorrer não apenas na esfera doméstica, mas também nas instituições públicas e privadas de saúde, quando

as mulheres são submetidas a práticas abusivas, humilhantes ou desumanas durante o parto e o nascimento.

Entre as seis categorias de violência elencadas pela lei — doméstica, institucional, laboral, contra a liberdade reprodutiva, obstétrica e midiática —, a violência obstétrica se destaca por reconhecer o corpo feminino como território de poder, historicamente controlado pela medicina patriarcal e pela cultura de desumanização do parto.

A norma argentina define como violência obstétrica:

> A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade. (Rede Parto do Princípio, 2017)

Essa concepção rompe com a ideia de que a violência ocorre apenas no espaço doméstico e desloca o debate para o campo da violência institucional e simbólica, reconhecendo o poder disciplinador da biomedicina sobre o corpo das mulheres.

A Venezuela também se destacou ao sancionar, em 25 de novembro de 2006, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, promulgada em alusão ao Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher. Essa lei, de caráter orgânico e abrangente, estabeleceu um marco jurídico robusto para prevenir, punir e erradicar todas as formas de violência de gênero, incluindo, expressamente, a violência obstétrica.

O texto legal venezuelano reconhece que muitas mulheres são vítimas de maus-tratos, omissões e intervenções médicas desnecessárias no parto, o que configura violação de direitos humanos e reprodutivos.

A lei também traz um enfoque intersetorial e educativo, exigindo políticas públicas de prevenção e conscientização, formação de profissionais da saúde e mecanismos institucionais de denúncia e reparação.

Em contraste, o Brasil ainda carece de uma lei federal que reconheça e tipifique a violência obstétrica, o que demonstra a morosidade e o descompromisso das autoridades legais brasileiras frente à gravidade da questão.

Enquanto a Argentina e a Venezuela já reconheciam a violência obstétrica como uma violação de direitos humanos no início dos anos 2000, o Brasil ainda mantém debates fragmentados sobre o tema, ora tratados sob o prisma da violência institucional, ora diluídos em políticas públicas genéricas de humanização do parto.

O Brasil é, paradoxalmente, o país com uma das maiores taxas de cesarianas do mundo — cerca de 57% dos partos (OMS, 2022) — e enfrenta práticas obstétricas marcadas pela medicalização excessiva, desrespeito à autonomia da mulher e racismo institucional, especialmente contra mulheres negras.

Tanto a lei argentina quanto a venezuelana representam avanços no reconhecimento da violência obstétrica como forma específica de violência de gênero.

Essas legislações consolidam a compreensão de que a dignidade, a autonomia e a integridade física e emocional das mulheres devem ser respeitadas em todos os espaços — inclusive no parto — e reforçam a responsabilidade do Estado em garantir políticas de saúde baseadas em direitos humanos, igualdade e justiça reprodutiva.

O atraso normativo brasileiro, por outro lado, reforça a necessidade de luta política e jurídica para o reconhecimento da violência obstétrica como violação de direitos humanos, sobretudo das mulheres racializadas, que seguem sendo as mais afetadas pelas hierarquias de raça, classe e gênero nos serviços de saúde.

A proteção dos Direitos Humanos das Mulheres Racializadas no Brasil está inserida em um complexo arcabouço normativo que articula instrumentos internacionais, constitucionais e infraconstitucionais, todos orientados pelo princípio da dignidade da pessoa humana e pela busca da igualdade substancial. A construção desse sistema jurídico foi influenciada por décadas de mobilização dos movimentos feministas e antirracistas, nacionais e internacionais, que denunciaram as formas específicas de opressão vividas por mulheres negras e indígenas. A análise desse panorama revela tanto os avanços normativos na direção da justiça social quanto as persistentes lacunas na efetivação dos Direitos Humanos sob uma perspectiva interseccional.

No plano internacional, os principais marcos de proteção dos direitos das Mulheres Racializadas remontam ao período pós-Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e a adoção da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em 1948. Embora de caráter declaratório, a DUDH inaugurou um paradigma universalista, afirmando que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Posteriormente, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965) e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979) consolidaram compromissos jurídicos obrigatórios para os Estados signatários. A primeira reconheceu o racismo como violação grave dos direitos humanos e impôs aos Estados o dever de adotar medidas para eliminar a discriminação racial em todas as esferas da vida pública e privada. Já a CEDAW ampliou o entendimento da igualdade de gênero, afirmando que as desigualdades estruturais e culturais impedem o pleno exercício dos direitos das mulheres, demandando políticas públicas específicas e mecanismos de monitoramento.

Ainda na esfera da ONU, a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena (1993) e a Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim (1995) representaram marcos históricos na consolidação da perspectiva interseccional. O Programa de Ação de Viena reconheceu a indivisibilidade e a interdependência dos Direitos Humanos, enquanto a Plataforma de Ação de Pequim introduziu, no debate internacional, a necessidade de considerar as desigualdades baseadas em raça, etnia, classe, religião e origem nacional na formulação de políticas para as mulheres. No âmbito interamericano, destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (1994), instrumento fundamental ao afirmar que a violência de gênero constitui uma violação dos Direitos Humanos e uma forma de discriminação. Essa convenção, ao ser ratificada pelo Brasil em 1995, incorporou obrigações jurídicas específicas de prevenção, punição e erradicação da violência, inclusive nas instituições públicas e nos serviços de saúde.

No contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, as Nações Unidas reafirmaram o compromisso global com a equidade racial e de gênero por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS),

especialmente o ODS 3 (saúde e bem-estar) e o ODS 5 (igualdade de gênero). Esses compromissos internacionais estabelecem parâmetros normativos e éticos para a ação estatal, sendo particularmente relevantes para a formulação de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades raciais e à eliminação do racismo institucional na área da saúde.

Em nível constitucional, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 representa um marco na incorporação dos princípios e valores dos tratados internacionais de direitos humanos. O texto constitucional consagra a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), a igualdade formal e material (art. 5º, caput e inciso I) e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, IV). No campo da saúde, o art. 196 estabelece que esta é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços. Essa concepção fundamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, este último essencial para corrigir desigualdades históricas e atender as necessidades específicas de grupos vulnerabilizados, como as mulheres negras.

Além disso, o art. 226 da Constituição reconhece a família como base da sociedade, merecedora de especial proteção do Estado, e o art. 227 assegura prioridade absoluta à maternidade, à infância e à adolescência. Esses dispositivos, quando interpretados à luz da interseccionalidade, reforçam a necessidade de garantir condições dignas de atenção à saúde reprodutiva, livre de discriminações de gênero e raça. No plano infraconstitucional, a Lei nº 9.263/1996, que regula o planejamento familiar, e a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) ampliam o arcabouço jurídico de proteção das mulheres, estabelecendo mecanismos de enfrentamento à violência e de garantia da autonomia sobre o próprio corpo.

A partir dos anos 2000, o Estado brasileiro passou a adotar políticas específicas voltadas à saúde da população negra, com destaque para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992/2009 do Ministério da Saúde. Essa política reconhece explicitamente o racismo institucional como determinante social da saúde e

estabelece diretrizes para a promoção da equidade racial no SUS, incluindo a formação antirracista de profissionais, o fortalecimento da participação social e a coleta de dados desagregados por raça/cor. Complementarmente, a Lei nº 12.288/2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial, consolidou os direitos da população negra em diversos campos, incluindo saúde, educação, trabalho e cultura. O art. 6º do Estatuto garante o acesso universal e igualitário ao SUS, enquanto o art. 7º impõe ao Estado o dever de promover políticas de saúde que considerem as especificidades étnico-raciais, incluindo a redução da mortalidade materna entre mulheres negras.

Nos anos subsequentes, diversas iniciativas normativas e políticas reforçaram a importância da equidade racial na saúde, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Humanização (PNH), ambas alinhadas à perspectiva de integralidade e respeito à diversidade. Em âmbito estadual, destacam-se experiências como a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra do Rio Grande do Sul (Resolução CIB/RS nº 055/2010) e a Portaria SES/RS nº 512/2020, que institui a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde, reforçando o compromisso com a transversalização da questão racial nas políticas públicas.

Por fim, é imprescindível destacar que o reconhecimento jurídico da violência obstétrica e do racismo obstétrico como violações de Direitos Humanos representa um desafio contemporâneo para o Estado brasileiro. A ausência de legislação específica sobre o tema não impede que tais práticas sejam enquadradas como violação do direito à saúde, à integridade física e psicológica, à dignidade e à não discriminação, protegidos por normas constitucionais e tratados internacionais. Assim, o combate ao racismo obstétrico requer a efetiva implementação das políticas já existentes, o fortalecimento dos mecanismos de responsabilização institucional e a promoção de uma cultura de Direitos Humanos sensível às intersecções entre gênero, raça e classe.

Em síntese, o panorama legal dos Direitos Humanos das mulheres racializadas no Brasil revela um sistema normativo robusto, porém ainda insuficiente na prática, pois a desigualdade racial e de gênero continua a produzir efeitos concretos na vida das mulheres negras. A consolidação desses

direitos exige não apenas a manutenção dos marcos legais e políticos já conquistados, mas também a incorporação efetiva da interseccionalidade como princípio orientador das políticas públicas, de modo que os Direitos Humanos se traduzam em condições reais de liberdade, dignidade e justiça social para todas as mulheres.

Com base no documento “Saúde da População Negra no Rio Grande do Sul e Macrorregião Norte”, da Secretaria Estadual de Saúde (2025) é possível observar que o Estado tem avançado gradualmente na institucionalização de políticas de equidade em saúde, reconhecendo o racismo estrutural como um determinante social que afeta diretamente o acesso e a qualidade do cuidado prestado à população negra. Os dados revelam desigualdades expressivas em indicadores como mortalidade materna, tuberculose, sífilis e AIDS, nas quais pessoas pretas e pardas apresentam taxas consistentemente mais elevadas do que pessoas brancas. Essas disparidades expressam não apenas a exclusão socioeconômica, mas também a presença do racismo institucional nas práticas e estruturas do sistema de saúde, que ainda falha em garantir acolhimento, diagnóstico precoce e continuidade de tratamento. Diante disso, o Estado do Rio Grande do Sul tem buscado implementar políticas específicas de promoção da equidade, com foco na atenção à saúde de povos e comunidades tradicionais, quilombolas e populações racializadas, articulando ações intersetoriais e incentivos financeiros para equipes de Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ) e programas de combate ao racismo institucional.

A trajetória da política de saúde da população negra no Rio Grande do Sul reflete um esforço crescente de consolidação normativa e institucional, ainda que marcado por desafios de efetivação. Desde 2010, com a Resolução nº 055/10, que aprovou a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, o Estado vem incorporando o princípio da equidade em seus Planos Estaduais de Saúde (2012–2015 e 2016–2019), culminando na instituição da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (Portaria SES nº 512/2020). Essa política estabeleceu diretrizes voltadas à valorização da diversidade, à formação antirracista dos profissionais e à ampliação do acesso a grupos vulnerabilizados. Em 2021 e 2022, novas normas reforçaram a pauta, como o Decreto Estadual nº 56.229/2021, que instituiu ações afirmativas em concursos públicos e processos seletivos, e a Portaria SES nº

1.149/2022, que criou políticas afirmativas voltadas a negros, indígenas, pessoas trans e pessoas com deficiência. Assim, o conjunto dessas legislações e instrumentos configura um marco no enfrentamento das desigualdades raciais em saúde no Rio Grande do Sul, ainda que sua plena implementação dependa da estruturação de setores locais de monitoramento e da formação continuada de equipes para a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em âmbito estadual e municipal

Assim, o Rio Grande do Sul apresenta uma trajetória consistente de construção institucional voltada à saúde da população negra, fundamentada em marcos legais que reconhecem a equidade racial como princípio estruturante das políticas públicas. Todavia, os dados epidemiológicos mostram que as desigualdades raciais em mortalidade materna, incidência de tuberculose e adequação do pré-natal persistem, evidenciando que a efetivação desses instrumentos depende da formação antirracista dos profissionais, do fortalecimento das redes de atenção e da participação ativa das comunidades negras e quilombolas no controle social das políticas de saúde.

A Linha do Tempo – Panorama Legal dos Direitos Humanos das Mulheres Racializadas no Brasil - revela que o sistema jurídico brasileiro é amplamente influenciado pelos tratados internacionais de direitos humanos, que inspiraram a construção constitucional de 1988 e a formulação de políticas específicas para a promoção da equidade racial e de gênero. A evolução normativa demonstra uma transição de um modelo formal de igualdade para uma abordagem material e interseccional, capaz de reconhecer as desigualdades estruturais vividas por mulheres negras.

Contudo, a efetivação desses marcos legais permanece desafiada por limitações institucionais, racismo estrutural e ausência de transversalização racial nas políticas públicas, especialmente no campo da saúde reprodutiva. Assim, a consolidação da justiça social e reprodutiva no Brasil requer o fortalecimento dos mecanismos legais e institucionais que assegurem a plena implementação dessas normas sob a perspectiva antirracista, feminista e interseccional.

Quadro 2 - Panorama legal dos Direitos Humanos das Mulheres Racializadas no Brasil

Ano	Instrumento / Evento	Descrição e Relevância Jurídica
1945	**Criação da Organização das Nações Unidas (ONU)**	Institui o marco internacional de promoção e proteção dos direitos humanos, com foco na dignidade e igualdade de todos os povos.
1948	**Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)**	Afirma a igualdade e a liberdade de todos os seres humanos, tornando-se base ética e jurídica dos direitos humanos contemporâneos.
1965	**Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (ONU)**	Reconhece o racismo como violação dos direitos humanos e impõe aos Estados o dever de adotar medidas para eliminá-lo em todas as esferas.
1979	**Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)**	Amplia o conceito de igualdade de gênero e estabelece obrigações jurídicas aos Estados para eliminar discriminações e promover a equidade entre homens e mulheres.
1993	**Conferência Mundial sobre Direitos Humanos – Viena**	Reafirma a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos, reconhecendo a necessidade de proteger grupos vulnerabilizados, como mulheres e minorias raciais.
1994	**Convenção Interamericana de Belém do Pará (OEA)**	Define a violência contra a mulher como violação dos direitos humanos e obriga os Estados signatários a adotar políticas de prevenção, punição e erradicação da violência.
1995	**IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Pequim**	Estabelece a *Plataforma de Ação de Pequim*, que reconhece a interrelação entre raça, classe e gênero, incorporando a interseccionalidade como referência para políticas públicas.

Ano	Instrumento / Evento	Descrição e Relevância Jurídica
1988	**Constituição da República Federativa do Brasil**	Marco jurídico nacional que consagra a dignidade da pessoa humana, a igualdade formal e material, e o dever do Estado de promover políticas para eliminar discriminações raciais e de gênero.
1996	**Lei nº 9.263/1996 – Planejamento Familiar**	Regula o direito ao planejamento familiar, garantindo autonomia reprodutiva e igualdade de acesso a métodos contraceptivos.
2006	**Lei nº 11.340/2006 – Lei Maria da Penha**	Cria mecanismos de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher, reconhecendo a violência de gênero como violação de direitos humanos.
2009	**Portaria nº 992/2009 – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**	Reconhece o racismo institucional como determinante social da saúde e estabelece diretrizes para a promoção da equidade racial no SUS.
2010	**Lei nº 12.288/2010 – Estatuto da Igualdade Racial**	Consolida direitos da população negra nas áreas da saúde, educação, trabalho e cultura, garantindo políticas públicas específicas e afirmativas.
2011	**Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)**	Inclui a promoção da saúde integral da mulher negra e a transversalização da perspectiva de raça e gênero nas políticas públicas.
2013	**Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica (PCRI/AB-RS)**	Marco estadual (Rio Grande do Sul) que reconhece o racismo institucional como barreira à universalização do SUS e propõe ações antidiscriminatórias.
2015	**Agenda 2030 da ONU – Objetivos de Desenvolvimento**	Institui metas globais de igualdade de gênero (ODS 5) e redução das desigualdades (ODS 10), reforçando o

Ano	Instrumento / Evento	Descrição e Relevância Jurídica
	Sustentável (ODS)	compromisso com a equidade racial e de gênero.
2016	**Plano Nacional de Políticas de Equidade em Saúde**	Amplia a atuação das políticas afirmativas na saúde pública, incorporando as especificidades de raça e gênero.
2020	**Portaria SES/RS nº 512/2020 – Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (RS)**	Institui diretrizes para garantir o acesso equitativo a grupos vulnerabilizados, com ênfase nas populações negra, indígena e LGBTQIA+.
2022	**Portaria SES/RS nº 1.149/2022**	Estabelece ações afirmativas e programas de formação para profissionais de saúde, com enfoque na diversidade racial, sexual e de gênero.
Atualmente	**Reconhecimento do racismo obstétrico como Violação de Direitos Humanos**	Em construção nas instâncias legislativas e acadêmicas, o debate propõe o enquadramento jurídico do racismo obstétrico como forma de violência institucional e discriminação racial e de gênero.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2025

A análise do panorama legal dos Direitos Humanos das Mulheres Racializadas revela um percurso histórico de avanços significativos, mas também de persistentes desafios na efetivação das normas e políticas voltadas à equidade racial e de gênero. Desde os primeiros tratados internacionais de direitos humanos até a consolidação de marcos nacionais, como a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria nº 992/2009), observa-se a ampliação do reconhecimento jurídico das desigualdades estruturais que afetam as mulheres negras. Esses instrumentos incorporam princípios de justiça social, dignidade e equidade, evidenciando a influência direta dos movimentos sociais negros e feministas na construção de um

arcabouço normativo comprometido com a superação do racismo, do sexismo e da pobreza como formas interdependentes de opressão.

Entretanto, a distância entre a normatividade e a realidade vivida pelas mulheres racializadas revela que a mera existência de leis e tratados não é suficiente para garantir o pleno exercício dos Direitos Humanos. A permanência de práticas institucionais racistas e de desigualdades nos indicadores de saúde, educação e trabalho demonstra que a efetividade desses direitos depende da implementação concreta e interseccional das políticas públicas. É necessário, portanto, que o Estado brasileiro avance na consolidação de mecanismos de responsabilização, monitoramento e formação antirracista, assegurando que a legislação não apenas proclame a igualdade, mas produza transformações estruturais. A consolidação dos Direitos Humanos das mulheres racializadas, nesse sentido, exige uma perspectiva decolonial e interseccional que reconheça suas especificidades históricas e culturais, transformando o direito em instrumento de justiça social e emancipação.

2.6 - Da hermenêutica jurídica interseccional como ferramenta de justiça à invisibilidade jurídica do racismo obstétrico e os desafios para sua responsabilização.

A hermenêutica jurídica interseccional constitui uma abordagem teórico-metodológica que propõe reinterpretar o Direito a partir do reconhecimento de que os sujeitos sociais são atravessados por múltiplas dimensões de desigualdade — como raça, gênero, classe, sexualidade e território — que se entrelaçam e produzem formas específicas de exclusão. Inspirada nas formulações de Kimberlé Crenshaw (1989, 2002) sobre interseccionalidade, essa hermenêutica busca romper com a leitura universalista e abstrata do sujeito de direitos, predominante no pensamento jurídico moderno, cuja matriz eurocêntrica e patriarcal exclui as experiências concretas das mulheres negras e racializadas. Assim, ela se configura como um instrumento crítico de descolonização do saber jurídico, permitindo a identificação das zonas de invisibilidade e silenciamento institucional que perpetuam a negação de direitos fundamentais a grupos subalternizados, como ocorre no caso do racismo obstétrico.

O racismo obstétrico, entendido como o conjunto de práticas discriminatórias e desumanizadoras sofridas por mulheres negras durante o ciclo gravídico-puerperal, expressa o modo como as desigualdades estruturais se materializam no campo da saúde e do Direito. A ausência de reconhecimento jurídico específico dessa forma de violência demonstra os limites do positivismo e da neutralidade jurídica em lidar com realidades interseccionais. A hermenêutica interseccional, nesse contexto, oferece uma alternativa epistemológica capaz de visibilizar as experiências subalternizadas e de reinterpretar os dispositivos normativos à luz da pluralidade dos sujeitos. Conforme destaca Patricia Hill Collins (2019), compreender a opressão de maneira interseccional é fundamental para desmantelar as hierarquias sociais que sustentam a injustiça. No campo jurídico, isso implica adotar uma leitura que articule os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, igualdade material e não discriminação, com os tratados internacionais de direitos humanos das mulheres e da população negra, como a CEDAW (1979), a Convenção de Belém do Pará (1994) e o Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010).A hermenêutica jurídica interseccional, portanto, não se limita a interpretar o texto normativo, mas propõe uma releitura do próprio sistema de justiça, exigindo que magistrados, operadores do direito e instituições reconheçam as dimensões raciais e de gênero como centrais para a análise de casos concretos. Ao deslocar o olhar da neutralidade abstrata para a materialidade das desigualdades, ela possibilita identificar que a ausência de proteção jurídica ao racismo obstétrico não é fruto de lacuna legislativa apenas, mas de uma epistemologia jurídica excludente, que naturaliza o sofrimento das mulheres negras e reproduz o pacto racial de silêncio institucional. A hermenêutica interseccional, nesse sentido, atua como ferramenta de justiça cognitiva, pois reinsere as vozes historicamente marginalizadas no centro da interpretação jurídica, reafirmando que o Direito é também um campo de disputa simbólica e política pela definição de humanidade.

Os desafios para a responsabilização do racismo obstétrico no Brasil decorrem, em grande parte, dessa invisibilidade estrutural e da ausência de reconhecimento institucional da interseccionalidade como categoria jurídica. A dificuldade em identificar agentes e responsabilizar práticas discriminatórias na saúde revela a limitação dos mecanismos legais tradicionais, que operam sob

categorias estanques como “erro médico”, “negligência” ou “violência obstétrica”, sem considerar o componente racial. Como observa Silvio Almeida (2018), o racismo é uma estrutura e não apenas um comportamento individual, o que exige um modelo de responsabilização institucional e coletiva. Assim, a hermenêutica interseccional propõe uma reconfiguração da noção de culpa e responsabilidade, integrando dimensões históricas e sociais ao juízo jurídico. Isso implica reconhecer que o racismo obstétrico é uma violação dos direitos humanos fundamentais à vida, à saúde, à igualdade e à dignidade, e que a sua reparação demanda não apenas sanções individuais, mas a transformação estrutural das práticas institucionais e das políticas públicas de saúde.

> Ao propor uma leitura antidiscriminatória do direito, Moreira (2020), desmonta o mito da imparcialidade jurídica e evidencia que a interpretação das normas jurídicas é sempre atravessada por escolhas políticas, por referenciais culturais e, sobretudo, por disputas de poder. Para Moreira, “a neutralidade é uma ficção que mascara a reprodução das hierarquias raciais, sexuais e econômicas no interior das instituições jurídicas” (Moreira, 2020, p. 22).

Nesse sentido, pensar o racismo obstétrico a partir de uma hermenêutica jurídica interseccional é um passo essencial para sua visibilização e responsabilização efetiva. Como demonstrado nos capítulos anteriores, o racismo obstétrico é uma forma de violência institucional que não encontra, no modelo jurídico tradicional, uma resposta adequada. Isso ocorre porque o direito brasileiro, na forma como tem sido interpretado e aplicado, opera a partir da figura de um sujeito universal e abstrato, que exclui as experiências concretas de sujeitos subalternizados, especialmente as mulheres negras.

É necessário romper com esse paradigma e a construir uma hermenêutica jurídica que parta da realidade dos sujeitos oprimidos — o que Moreira (2020) denomina como a necessidade de “pensar como um negro”. Isso significa adotar um ponto de vista epistêmico enraizado na experiência histórica e social das populações marginalizadas, e reconhecer que a raça e o gênero são elementos estruturantes da forma como o direito é construído, interpretado e aplicado. Ao incorporar a interseccionalidade como chave hermenêutica, o direito deixa de ser um sistema autônomo e fechado, e passa

a ser compreendido como uma linguagem situada, que deve responder às demandas de justiça dos sujeitos concretos. Como afirma o autor:

> As decisões judiciais devem considerar as experiências sociais, históricas e culturais dos grupos vulneráveis, pois somente assim é possível produzir interpretações jurídicas que promovam justiça substancial. (MOREIRA, 2020, p. 78).

No caso do racismo obstétrico, isso significa que uma interpretação interseccional da Constituição e das normas infraconstitucionais deve considerar que as mulheres racializadas ocupam uma posição social específica, vulnerabilizada pela sobreposição do racismo e do sexismo, e que o Estado tem o dever de promover ações afirmativas que reconheçam essa realidade. O princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), a igualdade material (art. 5º, caput e §1º) e o direito à saúde (art. 6º e 196) devem ser lidos à luz dessa realidade.

Assim, a hermenêutica jurídica não deveria ser neutra diante da opressão, existindo pelo menos três elementos essenciais para uma decisão mais justa: a) a escuta das experiências vividas pelos grupos subordinados; b) a análise crítica das estruturas sociais que produzem desigualdades; c) a responsabilidade institucional por produzir decisões que corrijam essas assimetrias.

Essa abordagem é particularmente relevante no campo da justiça reprodutiva, pois rompe com a ideia de que o parto e a maternidade são apenas experiências biológicas ou privadas, e os insere no debate público sobre Direitos Humanos, igualdade racial e de gênero. Pensar o direito a partir da experiência das mulheres racializadas que sofrem racismo obstétrico é, portanto, revolucionar o modo como se compreende a própria função do direito na sociedade.

Adotar uma hermenêutica interseccional implica, portanto, reconhecer que a interpretação jurídica deve ser instrumento de reparação histórica, transformação institucional e emancipação coletiva. É essa virada epistemológica que possibilita a construção de um direito verdadeiramente comprometido com a dignidade humana — uma dignidade que, no caso das mulheres racializadas, só será plena quando o racismo obstétrico for reconhecido, enfrentado e superado.

Apesar de sua recorrência e gravidade, o racismo obstétrico permanece amplamente invisibilizado pelo sistema jurídico brasileiro. Mesmo diante de relatos consistentes, dados de pesquisas acadêmicas e denúncias de organizações da sociedade civil, o ordenamento jurídico ainda não reconhece formalmente essa forma específica de violência, e os mecanismos institucionais de responsabilização mostram-se limitados, ineficazes ou mesmo inexistentes.

Essa invisibilidade não é acidental. Ela é reflexo de um modelo jurídico forjado sob uma perspectiva universalista, abstrata e descolada da realidade social, que reproduz as mesmas hierarquias de poder que sustentam o racismo estrutural. Essa omissão normativa resulta em um apagamento das violências específicas vividas por mulheres racializadas no âmbito da saúde reprodutiva, impedindo sua nomeação, visibilidade e responsabilização adequada. Em um país marcado por profundas desigualdades raciais e de gênero, essa lacuna evidencia o quanto o direito se mantém distante da realidade social de uma parte significativa da população.

Atualmente, os episódios de violência obstétrica — quando denunciados — são tratados de forma dispersa, enquadrados em dispositivos genéricos do Código Penal, como lesão corporal (art. 129), omissão de socorro (art. 135) ou mau exercício da profissão (art. 282). Tais enquadramentos, no entanto, não são capazes de capturar a complexidade da violência obstétrica quando atravessada pelo racismo estrutural. A tipificação penal, baseada na lógica do dolo individual e da materialidade do dano físico, mostra-se insuficiente para abarcar práticas institucionalizadas, simbólicas e estruturais, como aquelas que compõem o racismo obstétrico.

A Lei nº 11.108/2005, que garante à gestante o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, por exemplo, é com frequência desrespeitada em partos de mulheres racializadas. A ausência de mecanismos de responsabilização efetiva e de fiscalização rigorosa contribui para a banalização das violações, que ocorrem sem consequências jurídicas concretas para os serviços de saúde ou seus profissionais. Além disso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009), ainda que reconheça o racismo como determinante social da saúde, não estabelece

sanções, obrigações ou procedimentos específicos para enfrentá-lo no âmbito obstétrico.

Essas inadequações normativas refletem um modelo jurídico positivista, formalista e universalista, que desconsidera as dinâmicas sociais e institucionais que geram desigualdade material no acesso aos direitos. Como aponta Herrera Flores (2009), o direito que não se constrói a partir da realidade vivida pelos sujeitos marginalizados transforma-se em instrumento de reprodução da exclusão: A juridificação abstrata dos Direitos Humanos, sem compromisso com a realidade concreta, acaba por convertê-los em discursos estéreis e ineficazes. (Herrera Flores, 2009, p. 59).

Além disso, não há na legislação penal ou civil qualquer dispositivo que reconheça o racismo obstétrico como uma violação específica dos Direitos Humanos das mulheres racializadas. A Lei nº 10.778/2003, que estabelece o dever de notificação compulsória da violência contra a mulher em serviços de saúde, tampouco prevê a identificação da variável racial nos registros. Com isso, os episódios de racismo Institucional seguem invisibilizados nos dados oficiais, dificultando o mapeamento do problema e a formulação de políticas públicas eficazes.

Mesmo a Lei Maria da Penha (nº 11.340/2006), embora represente um marco no enfrentamento à violência de gênero no Brasil, não contempla a violência obstétrica ou o racismo Institucional como formas tipificadas de violência contra a mulher. Assim, o sistema normativo acaba por reforçar a desresponsabilização do Estado diante das múltiplas formas de violência vivenciadas por mulheres negras em instituições públicas de saúde.

Essa omissão também revela a resistência do sistema jurídico brasileiro em incorporar uma perspectiva interseccional na formulação e interpretação das normas. Como sustenta Kimberlé Crenshaw (2020, p. 93), a exclusão das mulheres negras do alcance das proteções legais decorre da recusa em ver como o racismo e o sexismo operam em conjunto na produção da violência.

Portanto, a ausência de reconhecimento normativo do racismo obstétrico não é apenas um vácuo legislativo, mas um silenciamento jurídico estruturado que impede a reparação às vítimas, a responsabilização dos agentes violadores e a transformação das práticas institucionais. Essa omissão reforça

a impunidade e perpetua a lógica de desumanização que marca o atendimento obstétrico às mulheres negras.

Ainda que haja um crescente número de denúncias sobre violências obstétricas em geral, são raríssimos os casos em que o elemento racial é identificado, nomeado e considerado pelas instituições jurídicas como determinante da violação ocorrida. Na prática, os episódios de racismo obstétrico enfrentam múltiplas barreiras para serem judicializados. A primeira delas diz respeito à dificuldade de produção de provas, sobretudo nos casos em que a violência é simbólica, relacional ou decorre da omissão. Os prontuários médicos, por exemplo, são muitas vezes incompletos ou redigidos de forma a encobrir condutas violentas. Além disso, o depoimento de Mulheres Racializadas é frequentemente deslegitimado, seja por estereótipos racistas sobre sua suposta resistência à dor, seja pela hierarquização do saber médico sobre o saber da paciente.

Outra barreira está relacionada à formação das e dos operadores do direito, que, em geral, não estão preparados para reconhecer o racismo como violação de Direitos Humanos nem para compreender a interseccionalidade como categoria jurídica. Como aponta Sueli Carneiro (2021), o sistema de justiça no Brasil opera com base em uma ideia de neutralidade que, na verdade, reproduz o ponto de vista da branquitude e da masculinidade como padrões universais:

> A racionalidade jurídica brasileira é cega para a racialização das violências. Ela não reconhece que o lugar social da mulher negra é atravessado por múltiplas exclusões que o direito, em sua forma atual, se recusa a ver. (CARNEIRO, 2021, p. 117).

Mesmo quando os casos de violência obstétrica chegam aos tribunais, os marcadores raciais tendem a ser apagados da narrativa jurídica, e o racismo Institucional é substituído por explicações técnicas, administrativas ou, no máximo, éticas. A ausência de jurisprudência específica sobre racismo obstétrico no Brasil é reflexo direto dessa invisibilidade. Embora existam decisões judiciais que tratam de violência obstétrica em geral, poucas fazem menção à cor ou raça da vítima, e praticamente nenhuma reconhece a existência de um padrão racializado de atendimento nos serviços públicos de saúde. O silêncio das decisões judiciais revela, assim, uma escolha

institucional: a de negar o racismo como categoria relevante para a análise jurídica das violações.

Esse cenário é agravado pela ausência de órgãos especializados no Poder Judiciário para tratar de questões raciais na saúde, bem como pela insuficiência de mecanismos de acesso à justiça para mulheres negras. A defensoria pública, muitas vezes a única via disponível, enfrenta limitações orçamentárias e sobrecarga de trabalho, o que dificulta a atuação qualificada em casos complexos como o racismo obstétrico. O resultado é uma circularidade da impunidade: a Mulher Racializada violentada no parto muitas vezes não denuncia por medo, vergonha ou descrença no sistema de justiça; quando denuncia, tem seu relato desconsiderado; e, nos raros casos em que o processo avança, não há reconhecimento da especificidade da violência sofrida, nem responsabilização proporcional dos agentes e instituições envolvidos.

> A confiabilidade na universalidade e neutralidade dos direitos humanos foi acompanhada pelo desenvolvimento de modelos econômico-políticos estruturados na desigualdade e no distanciamento das condições do bem viver para a *zona do não ser*. A crença compartilhada de que uma atividade legislativa "neutra" ofereceria o caminho para promoção de uma sociedade equitativa, justa e democrática transformou-se em uma "verdade" bastante eficiente para legitimar uma realidade desigual e racialmente seletiva. (Pires, 2018, p. 67)

Como alerta Herrera Flores (2009), um sistema jurídico que não reconhece as múltiplas formas de dominação não apenas falha em sua função de proteção, mas também se converte em mecanismo de reprodução da exclusão, para o autor, o direito, quando se recusa a escutar as vozes das vítimas das estruturas de dominação, torna-se instrumento de legitimação da violência" (Herrera Flores, 2009, p. 64).

De acordo com Thula Pires (2018), é preciso "usar o direito contra o direito", como uma estratégia política e epistemológica de resistência dentro de um sistema jurídico que, historicamente, foi estruturado para manter hierarquias coloniais, raciais e de gênero. Essa formulação reconhece que o direito, tal como foi concebido na modernidade ocidental, não é neutro: ele foi desenhado para proteger determinados sujeitos — brancos, masculinos e

proprietários — e para excluir outros, especialmente aqueles que habitam a "zona do não ser".

Nessa perspectiva, "usar o direito contra o direito" significa reapropriar-se de suas linguagens e mecanismos para reivindicar reconhecimento e justiça a partir das margens, desafiando os fundamentos coloniais e eurocêntricos que o sustentam. É um gesto de insurgência jurídica que desloca o direito de seu lugar de neutralidade e universalidade abstrata, exigindo que ele se confronte com as realidades concretas de opressão e exclusão. Ao fazer isso, sujeitos historicamente subalternizados — especialmente as mulheres negras e os povos racializados — reconstroem o sentido do humano e expandem os limites da própria noção de direitos humanos, afirmando que a transformação social só é possível quando o direito é colocado a serviço da vida e não da manutenção das desigualdades.

> Levando em conta os efeitos do colonialismo jurídico, defende-se que só faz sentido pensar em ações estratégicas com o uso do direito (usando o direito contra o direito) se estamos pactuados com as limitações desse campo. As potencialidades dos direitos humanos só fazem sentido se entendidas a partir das representações sobre o humano que definem os próprios contornos da proteção jurídica. A cruel realidade dos que vivem na *zona do não ser* não evidencia violação de direitos, mas a mais bem-acabada aplicação do direito (e dos direitos humanos), nos termos em que foi construído para atuar e para os sujeitos para os quais ele foi pensado para funcionar. (Pires, 2018)

Dessa forma, a hermenêutica jurídica interseccional emerge como um paradigma indispensável para a construção de um direito interseccional e comprometido com a efetividade dos Direitos Humanos e com a superação das barreiras que mantêm invisíveis as violências praticadas contra corpos racializados. Sua aplicação no enfrentamento ao racismo obstétrico representa um avanço não apenas teórico, mas político e ético, pois desafia a estrutura jurídica a reconhecer as experiências das mulheres negras como expressão legítima do humano e como parâmetro para a redefinição da justiça. Em última instância, ela afirma que a justiça só pode ser alcançada quando o Direito for capaz de enxergar todas as formas de vida — especialmente aquelas que historicamente foram negadas — como dignas de proteção, reparação e respeito.

> Usar oficialmente o direito para segregar não significa apenas elaborar enunciados normativos com caráter afirmadamente discriminatório. Deixar de aplicar normas de teor antirracista, esvaziar as medidas de promoção da igualdade racial e fortalecer a imagem do negro como não humano, inferior, delinquente, primitivo, lascivo e servil são igualmente exemplos de racismo institucional. (Pires, 2018)

Diante disso, é urgente repensar o papel do sistema de justiça a partir de uma perspectiva interseccional e antirracista, que reconheça a especificidade das violações sofridas por mulheres negras, garanta o acesso à justiça com equidade, e promova transformações estruturais nas formas de escuta, análise e decisão. A responsabilização efetiva do racismo obstétrico exige não apenas a aplicação de normas, mas a descolonização das práticas jurídicas e a reconfiguração epistemológica do próprio conceito de justiça.

2.7 - Possíveis caminhos para o enfrentamento jurídico e institucional do racismo obstétrico

Diante do cenário de invisibilidade e impunidade que caracteriza a atuação do Estado brasileiro frente ao racismo obstétrico, torna-se imprescindível construir caminhos para seu reconhecimento jurídico e institucional. Essas propostas devem ir além da mera positivação normativa, articulando-se com mudanças estruturais nas práticas institucionais e nos paradigmas interpretativos do direito, orientadas por uma perspectiva interseccional e antirracista.

O Protocolo para Julgamento Antirracista é uma ferramenta interpretativa e orientadora voltada à concretização do princípio constitucional da igualdade racial e à efetivação dos Direitos Humanos no âmbito do Poder Judiciário brasileiro. Inspirado em diretrizes internacionais e nacionais de enfrentamento ao racismo estrutural e institucional, o protocolo propõe uma mudança de paradigma na aplicação do Direito, ao reconhecer que a neutralidade judicial — frequentemente invocada como ideal de imparcialidade — pode, na prática, reproduzir e perpetuar desigualdades raciais. Assim, o protocolo surge como um instrumento hermenêutico e pedagógico, destinado a promover julgamentos comprometidos com a justiça racial, com o reconhecimento da história de opressão da população negra e com a

necessidade de reparação das desigualdades decorrentes da escravidão e do racismo estrutural.

A elaboração e difusão do protocolo estão em consonância com a Política Nacional de Enfrentamento ao Racismo Institucional do Poder Judiciário e com o Protocolo para Julgamento com Perspectiva de Gênero, aprovado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Seu objetivo central é orientar magistradas e magistrados a identificarem e enfrentarem as dimensões raciais dos conflitos sociais, assegurando que as decisões judiciais não apenas apliquem a lei de forma formalmente igualitária, mas considerem os efeitos concretos da desigualdade racial. Essa abordagem se fundamenta na noção de que o racismo é um sistema estrutural, presente nas instituições, nas práticas sociais e na produção do conhecimento, conforme apontam autores como Silvio Almeida (2018) e Jurema Werneck (2016). Portanto, a atuação judicial comprometida com a equidade racial requer a releitura crítica das normas e fatos, situando cada caso em seu contexto histórico, social e racial.

Entre as suas diretrizes centrais, o Protocolo para Julgamento Antirracista propõe:

a) Reconhecimento da existência do racismo estrutural e de seus impactos nos casos judiciais, especialmente nas esferas criminal, cível, trabalhista e de família;
b) Adoção de linguagem inclusiva e antidiscriminatória nos atos processuais e decisões judiciais;
c) Valorização de provas e testemunhos que revelem experiências racializadas, evitando o apagamento das vozes de pessoas negras e periféricas;
d) Incorporação da perspectiva interseccional, reconhecendo como raça, gênero e classe se entrecruzam na produção das desigualdades;
e) Formação continuada antirracista de magistrados, servidores e operadores do direito, com base em epistemologias do Sul e saberes produzidos por intelectuais e movimentos negros;
f) Promoção de políticas de reparação e inclusão racial no sistema de justiça, garantindo acesso equitativo à justiça e à representação jurídica.

O protocolo também cumpre uma função epistemológica e política, pois questiona as bases eurocêntricas e coloniais da hermenêutica jurídica tradicional. Ao propor uma leitura decolonial e situada, ele desafia a noção de universalidade abstrata do sujeito de direito, historicamente representado pelo homem branco, cisgênero e proprietário, e amplia o campo da justiça para incluir as experiências concretas de pessoas negras, indígenas e periféricas. Essa perspectiva implica compreender o Direito não como instrumento neutro, mas como campo de disputa simbólica e de poder, cuja função deve ser orientada pela reparação das violências históricas e pela promoção da equidade racial.

No contexto das violações reprodutivas e do racismo obstétrico, o Protocolo para Julgamento Antirracista revela-se especialmente relevante, pois fornece as bases para uma hermenêutica judicial sensível às desigualdades raciais na saúde. Ao julgar casos de violência obstétrica contra mulheres negras, o magistrado comprometido com a justiça racial deve reconhecer que tais práticas não são fatos isolados, mas expressões do racismo estrutural no sistema de saúde e das continuidades coloniais que desumanizam corpos negros. Dessa forma, o protocolo orienta a aplicação de princípios constitucionais como a dignidade humana, a igualdade e a não discriminação, de modo a assegurar decisões judiciais que não apenas reparem danos individuais, mas produzam efeitos transformadores no tecido social.

Em síntese, o Protocolo para Julgamento Antirracista representa uma ferramenta essencial para a democratização da justiça e a efetivação dos direitos humanos da população negra. Sua implementação exige o compromisso institucional do Poder Judiciário com a formação crítica, a revisão de práticas discriminatórias e o fortalecimento da escuta das vozes subalternizadas. Ao incorporar a perspectiva antirracista na interpretação e aplicação do Direito, o Judiciário dá um passo decisivo na superação da invisibilidade jurídica do racismo e na construção de um sistema de justiça verdadeiramente plural, inclusivo e comprometido com a equidade racial.

O reconhecimento jurídico do racismo obstétrico, portanto, exige uma abordagem multidimensional, intersetorial e interseccional, que envolva reformas legais, mudanças institucionais, transformação das subjetividades e centralidade das experiências das mulheres negras. Não se trata apenas de

criar uma nova categoria jurídica, mas de descolonizar o direito e ressignificá-lo como instrumento de justiça reprodutiva e equidade racial.

Diante do contexto até aqui apresentado, de maneira modesta, apresenta-se sugestões e propostas de caminhos para a efetivação dos direitos das mulheres racializadas no parto e nascimento, a partir de uma abordagem interseccional, decolonial e antirracista. Trata-se de construir alternativas que superem as práticas normativas excludentes, promovam políticas públicas que valorizem a equidade e reconheçam as epistemologias negras como fundamento legítimo para uma justiça reprodutiva plena.

Ao invés de reforçar soluções centradas exclusivamente na lógica punitivista ou na judicialização dos conflitos, se propõe um reposicionamento do cuidado como prática política e antirracista, compreendendo que o enfrentamento ao racismo obstétrico requer não apenas responsabilização, mas também transformação das estruturas de poder que regulam o parto, o nascimento e a reprodução.

Antes de tudo, importante compreender que para as mulheres negras, garantir direitos no parto e nascimento vai além da presença em protocolos institucionais: envolve reconhecimento, escuta, reparação e a legitimação de seus saberes e experiências. Como aponta Angela Davis (2016, p. 98), os direitos reprodutivos das mulheres negras só serão efetivos quando estiverem vinculados à liberdade, à dignidade e à justiça social.

A construção de políticas públicas voltadas à efetivação dos direitos das Mulheres Racializadas no campo da saúde obstétrica exige o reconhecimento do racismo como determinante social da saúde, conforme estabelecido pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992/2009 do Ministério da Saúde. Esta política representa um marco normativo importante ao explicitar que a cor/raça deve ser considerada no planejamento, na execução e na avaliação das ações em saúde. No entanto, a fragilidade de sua implementação demonstra os limites da atuação estatal diante da complexidade das desigualdades interseccionais.

O enfrentamento ao racismo obstétrico demanda a formulação de políticas públicas interseccionais, ou seja, políticas que não apenas reconheçam a diversidade de sujeitos, mas que sejam desenhadas com base nas especificidades das opressões vividas por mulheres negras. Como observa

Kimberlé Crenshaw (2020), políticas universalistas tendem a atender ao sujeito “neutro” e invisibilizam os grupos historicamente marginalizados, reforçando desigualdades em vez de combatê-las. Políticas Públicas que não reconhecem a interseccionalidade correm risco de perpetuar a exclusão daqueles que não se encaixam no molde dominante do ‘sujeito de direitos. (CRENSHAW, 2020, p. 91).

A Rede Alyne, instituída pelo Ministério da Saúde em 2024, representa um marco importante na política pública brasileira de atenção obstétrica e neonatal, especialmente no que se refere ao enfrentamento do racismo obstétrico e à promoção de práticas humanizadas e equitativas no parto e nascimento. Criada em substituição à Rede Cegonha (2011–2023), a Rede Alyne foi nomeada em homenagem a Alyne da Silva Pimentel Teixeira, uma mulher negra que morreu em 2002 após ser negligenciada em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, em um caso emblemático de racismo institucional na saúde. Sua morte, reconhecida pela ONU em 2011 como violação dos direitos humanos, simboliza as desigualdades raciais na assistência obstétrica e a urgência de políticas estruturais que enfrentem o racismo como determinante social da saúde.

Nesse sentido, a Rede Alyne surge como uma resposta ética e política à necessidade de reconfigurar o modelo de atenção à saúde materna, colocando no centro do cuidado a dignidade das mulheres racializadas e o reconhecimento da diversidade de experiências que compõem a maternidade no Brasil. Ao integrar os princípios da equidade racial, do respeito à autonomia reprodutiva e do combate às violências institucionais, a Rede busca transformar a cultura médica e hospitalar, historicamente marcada pela hierarquia, pela desumanização e pelo controle dos corpos femininos — em especial, os corpos negros. Entre seus eixos estratégicos estão a formação antirracista de profissionais de saúde, a implementação de protocolos de acolhimento com perspectiva racial e de gênero, a valorização do plano de parto e o fortalecimento das redes de apoio comunitário e familiar,

reconhecendo o papel das parteiras tradicionais[30], doulas[31] e lideranças locais no cuidado com gestantes e puérperas.

A importância da Rede Alyne, portanto, vai além da reorganização administrativa dos serviços de saúde: ela simboliza o comprometimento do Estado brasileiro com a justiça reprodutiva e com a superação do racismo estrutural que perpassa o sistema de saúde. Ao trazer o nome de uma mulher negra vítima da negligência institucional, a Rede Alyne assume uma dimensão memorial e reparatória, tornando-se um dispositivo de transformação social que reafirma o direito das mulheres — em especial das mulheres negras — de serem ouvidas, respeitadas e cuidadas com humanidade. Trata-se de um avanço significativo no processo de reconstrução de políticas públicas orientadas pelos Direitos Humanos, pela interseccionalidade e pela equidade racial, pilares indispensáveis para erradicar o racismo obstétrico e garantir que nenhuma mulher seja privada do direito de parir e viver com dignidade.

Outro obstáculo importante é a descontinuidade e a fragmentação das políticas públicas, sobretudo em contextos de instabilidade política e austeridade fiscal. Cortes orçamentários, mudanças de gestão e ausência de monitoramento com recorte racial fragilizam a implementação de ações voltadas para a equidade. A falta de institucionalização de programas de combate ao racismo na saúde demonstra a ausência de compromisso político contínuo com a agenda da justiça reprodutiva.

---

[30] As parteiras tradicionais são mulheres que desempenham, há gerações, o papel de assistir gestantes, parturientes e puérperas, utilizando saberes empíricos, culturais e comunitários transmitidos oralmente, muitas vezes fora do sistema formal de saúde. Sua atuação está fortemente vinculada a práticas de cuidado baseadas na ancestralidade, espiritualidade e reciprocidade, especialmente em comunidades rurais, quilombolas, ribeirinhas e indígenas. Reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde como agentes fundamentais na promoção da saúde materna e na redução da mortalidade infantil, as parteiras tradicionais representam um elo entre o conhecimento popular e o saber biomédico, contribuindo para a humanização do parto e o respeito à diversidade cultural nos processos de nascimento

[31] As doulas são profissionais que oferecem apoio físico, emocional e informativo à gestante durante o ciclo gravídico-puerperal — antes, durante e após o parto. Sua função não é clínica, mas de acompanhamento contínuo e humanizado, auxiliando a mulher a compreender o processo de parto, a lidar com a dor e a exercer sua autonomia nas decisões sobre seu corpo e seu bebê. Fundamentada em práticas de cuidado e acolhimento, a atuação das doulas contribui para a redução das intervenções obstétricas desnecessárias, para o fortalecimento do vínculo materno-infantil e para o respeito ao plano de parto. O reconhecimento da importância das doulas pelo Ministério da Saúde e por legislações estaduais e municipais integra as políticas de humanização do parto e de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Para que as políticas públicas sejam de fato interseccionais e antirracistas, é necessário avançar em algumas diretrizes fundamentais:

a) Coleta e análise de dados desagregados por raça/cor em todas as etapas da atenção obstétrica;

b) Formação permanente das equipes de saúde em Direitos Humanos, racismo Institucional, práticas humanizadas e interseccionalidade;

c) Participação ativa de mulheres negras nos espaços de controle social, conselhos municipais e estaduais de saúde;

d) Criação de protocolos específicos de prevenção e enfrentamento ao racismo obstétrico;

e) Integração entre saúde, assistência social e justiça para garantir acolhimento e encaminhamento qualificado das denúncias.

O enfrentamento jurídico e institucional do racismo obstétrico requer uma abordagem ampla, que articule reparação individual, responsabilização institucional e transformação estrutural das práticas estatais e profissionais no campo da saúde. Compreender as dinâmicas pelas quais o racismo se manifesta em cada contexto é o primeiro passo para a construção de respostas efetivas. No caso do racismo obstétrico, tais dinâmicas se expressam tanto em condutas discriminatórias individuais — como humilhações, negligências e tratamentos desumanos — quanto em mecanismos institucionais que naturalizam a dor e a vulnerabilidade das mulheres negras, restringindo o acesso a um atendimento digno. Assim, a luta contra o racismo obstétrico deve partir da reconstrução das bases epistemológicas e éticas do Direito e da saúde pública, reconhecendo o racismo não como um desvio moral, mas como estrutura de poder que organiza as relações sociais, institucionais e simbólicas, conforme adverte Silvio Almeida (2018).

Do ponto de vista jurídico, um dos caminhos mais promissores consiste na utilização do arcabouço constitucional e internacional dos direitos humanos como fundamento para o reconhecimento do racismo obstétrico como violação de direitos fundamentais — especialmente o direito à vida, à saúde, à integridade física e psíquica, à dignidade e à não discriminação. A aplicação combinada da Constituição Federal de 1988, da Convenção Internacional sobre

a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), da CEDAW (1979) e da Convenção de Belém do Pará (1994) fornece um substrato normativo robusto para ações judiciais e políticas públicas voltadas à reparação. Além disso, é urgente a criação de protocolos específicos no Sistema de Justiça, inspirados no Protocolo para Julgamento Antirracista (2024) e no Protocolo com Perspectiva de Gênero (CNJ, 2021), que orientem magistrados, promotores e defensores públicos a identificar e enfrentar o componente racial nas denúncias de violência obstétrica. A inclusão da categoria “racismo obstétrico” nos registros administrativos e judiciais, bem como o reconhecimento legal dessa forma de violência, seria um passo decisivo para romper a invisibilidade que hoje dificulta a responsabilização dos agentes e instituições envolvidas.

No campo institucional, o enfrentamento do racismo obstétrico demanda políticas permanentes de formação antirracista e capacitação continuada dos profissionais de saúde, com ênfase na escuta sensível e na humanização do parto. Isso implica reconfigurar os currículos das universidades e escolas técnicas da área da saúde, de modo a incluir conteúdos sobre história do racismo, direitos humanos, gênero e equidade racial. Também é essencial fortalecer os mecanismos de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a participação efetiva das mulheres negras e dos movimentos sociais nos conselhos e conferências de saúde. A incorporação de práticas como a Rede Alyne (2024), que une o cuidado humanizado à perspectiva de justiça reprodutiva e racial, pode funcionar como modelo de integração entre as esferas jurídica, política e sanitária.

Por fim, um caminho indispensável para o enfrentamento efetivo do racismo obstétrico é a articulação entre o campo jurídico e o campo político-social, superando a fragmentação das respostas estatais. Isso significa compreender o Direito não apenas como um instrumento de punição, mas como campo de disputa simbólica e emancipação coletiva, conforme defendem Thula Pires (2020) e Boaventura de Sousa Santos (2018). A responsabilização jurídica, nesse contexto, deve vir acompanhada de medidas estruturais que garantam a reparação histórica das desigualdades e a redistribuição de poder nos espaços de decisão sobre políticas de saúde. Assim, o enfrentamento do racismo obstétrico exige uma hermenêutica comprometida com a

transformação social — uma hermenêutica interseccional e antirracista que coloque no centro do Direito os corpos e as vozes das mulheres negras, historicamente silenciadas, assegurando-lhes não apenas o direito de viver, mas o direito de viver com dignidade.

A interseccionalidade, nesse sentido, não é apenas uma exigência teórica, mas uma estratégia prática de reconstrução das políticas públicas sob novos parâmetros de justiça. Incorporá-la no planejamento e na gestão da saúde significa reconhecer que não há cuidado universal possível sem equidade racial, sem escuta ativa e sem reparação histórica. O enfrentamento ao racismo obstétrico não se dá apenas pelas vias institucionais e jurídicas. Ele também se constrói cotidianamente, nos territórios, nos coletivos e nas práticas de cuidado lideradas por mulheres negras, que têm historicamente se organizado para garantir a sobrevivência, o bem-viver e a dignidade reprodutiva de seus corpos e comunidades. Esse protagonismo, muitas vezes invisibilizado pelas políticas públicas e pelas ciências hegemônicas, é elemento central na luta por justiça reprodutiva.

Desde os tempos coloniais, as mulheres racializadas desempenham um papel essencial como agentes do cuidado, da proteção e da sabedoria corporal. Parteiras, curandeiras, benzedeiras, mães de santo e mais recentemente doulas negras constituem redes de apoio e práticas ancestrais que resistem ao modelo biomédico, racista e autoritário da assistência obstétrica institucionalizada. Essas práticas foram e continuam sendo formas de produção de conhecimento e de enfrentamento às violências estruturais, mesmo sob os ataques da colonialidade e da criminalização.

Nos últimos anos, iniciativas como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), a Rede de Doulas Negras do Brasil[32], a atuação de coletivos de parteiras tradicionais e projetos de extensão universitária liderados por mulheres negras têm se mostrado fundamentais para transformar o cenário da saúde reprodutiva. Esses grupos não apenas oferecem apoio físico e emocional às gestantes, como também denunciam práticas de racismo obstétrico, constroem materiais educativos, pressionam por mudanças políticas e ocupam espaços decisórios.

[32] Termo que se refere a um conjunto de coletivos e iniciativas focadas em dar suporte e voz a doulas e gestantes negras em todo o país.

> O cuidado, nessas experiências, é compreendido como um ato político, afetivo e coletivo, que articula escuta, saber, autonomia e ancestralidade. Como aponta Angela Davis, a luta por justiça reprodutiva das mulheres negras não é apenas uma demanda por acesso a serviços, mas uma afirmação de existência digna, que está ligada à luta por sobrevivência, por liberdade e por reconstrução das formas de viver. É um campo de resistência e de invenção. (DAVIS, 2016, p. 101).

Essas práticas também tensionam o conceito de saúde, propondo uma abordagem integral que vai além da intervenção médica. O parto humanizado, a escolha consciente sobre o próprio corpo, o direito de estar acompanhada, o respeito às espiritualidades e o fortalecimento dos vínculos comunitários são elementos fundamentais na experiência de mulheres negras que buscam parir com dignidade.

A atuação das mulheres negras nesses espaços também revela a potência do saber situado e coletivo. Como propõe bell hooks (1995), a teoria feminista negra nasce do cotidiano, da oralidade e da prática compartilhada entre mulheres que não encontram representação nos espaços acadêmicos e institucionais. O que essas mulheres produzem é, portanto, uma epistemologia do cuidado, que desafia o monopólio do conhecimento biomédico e jurídico, e reivindica a legitimidade de outras formas de saber, baseadas na experiência e na ancestralidade.

O Estado, ao ignorar essas práticas e ao não dialogar com essas lideranças, perpetua o apagamento histórico das contribuições das mulheres negras e suas epistemologias na construção de uma atenção obstétrica mais justa, sensível e equitativa. A escuta qualificada, a parceria com coletivos autônomos, o apoio a projetos territoriais e o fomento à pesquisa e formação com base em epistemologias negras são medidas concretas para essa transformação. Como afirma Sueli Carneiro (2021), o enfrentamento ao racismo exige “mais do que denúncia; exige proposição, construção coletiva, coragem e ancestralidade” (p. 218). As mulheres negras têm sido, historicamente, as que mais denunciam, constroem, propõem e sustentam os espaços de cuidado que o Estado se recusa a garantir.

Reconhecer e apoiar o protagonismo dessas mulheres é condição indispensável para que o direito à saúde reprodutiva deixe de ser promessa formal e se transforme em prática cotidiana de justiça e liberdade. Para que o

enfrentamento ao racismo obstétrico floresça em sua plenitude, não bastam leis escritas nem políticas públicas bem formuladas — é preciso voz, presença e poder. As mulheres racializadas, historicamente silenciadas e afastadas das mesas de decisão, devem ocupar os espaços onde se define o destino de seus corpos e de suas existências. É nelas que habita o conhecimento ancestral do cuidado, da resistência e da reconstrução da vida. Somente quando essas mulheres estiverem no centro da elaboração das políticas, nos conselhos de saúde, nas universidades, nos tribunais e nos parlamentos, o discurso sobre equidade deixará de ser promessa para tornar-se realidade. Romper o silêncio e ocupar o espaço é, portanto, um gesto político e poético de reexistência — é transformar a dor em potência e o corpo em território de justiça, onde cada nascimento seja também um ato de liberdade e dignidade.

3 - NOSSOS PASSOS VÃO LONGE: O PERCURSO DE LOCALIZAÇÃO DOS DADOS

[...]
Mas se é luta que queres
Eu não fujo não
A mim e aos meus
Não causarás mais danos
Já arrebentei as minhas correntes
E não tem volta
Abre o olho capitão do mato
Eu não estou sozinha
E os meus passos vieram de longe
Nada mais me será tomado
O que é meu, é por direito
Não será você
Que negará
O meu legado!
(Lilian Rocha, em Nossos Olhos, 2018)

A complexidade do objeto em estudo — o racismo obstétrico como violação de direitos humanos de mulheres racializadas — exige uma abordagem capaz de compreender a subjetividade de cada participante em seus contextos de vida, considerando também as dimensões culturais e sociais que estruturam essas experiências de violência. Nesse sentido, optou-se por um percurso metodológico de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, cujos resultados serão examinados a partir da análise de conteúdo.

A escolha pela abordagem qualitativa está diretamente vinculada ao objetivo central da pesquisa, que busca compreender as percepções de mulheres racializadas sobre o fenômeno do racismo obstétrico em Erechim/RS, no período de 2012 a 2025. Como destaca Minayo (2010), a pesquisa qualitativa é capaz de captar significados e intencionalidades inerentes às ações humanas e às relações sociais, sendo particularmente adequada para analisar experiências que se dão em contextos de opressão. De forma convergente, Flick (2009) aponta que essa abordagem possibilita uma visão ampliada e contextualizada da realidade, essencial para o estudo das intersecções entre raça, gênero, classe e saúde.

Além de qualitativa, a pesquisa apresenta caráter descritivo e exploratório. O viés descritivo permite examinar as práticas que configuram o racismo obstétrico e suas consequências sociais, enquanto o exploratório possibilita mapear dimensões ainda pouco estudadas, especialmente no interior do Rio Grande do Sul. Tal opção metodológica responde, portanto, à

lacuna identificada no levantamento bibliográfico realizado, que revelou a escassez de pesquisas interdisciplinares em Ciências Humanas sobre a temática, reforçando a relevância desta investigação.

O estudo exploratório, como indicam Polit, Beck e Hungler (2004), tem por finalidade rastrear diferentes expressões de um fenômeno e compreender suas relações, permitindo tanto revelar práticas naturalizadas de violência obstétrica como evidenciar a invisibilidade social do racismo nos serviços de saúde. Essa perspectiva dialoga com Gonçalves (2014), ao reconhecer que a pesquisa exploratória também ilumina fenômenos que, embora evidentes, permanecem negados socialmente — o que se mostra particularmente pertinente ao contexto gaúcho, marcado por narrativas de homogeneidade racial que contribuem para silenciar experiências de mulheres negras.

Assim, ao investigar o racismo obstétrico em Erechim, a metodologia proposta possibilita não apenas identificar as práticas discriminatórias relatadas, mas também analisar como essas mulheres atribuem sentidos às suas vivências e como percebem a violação de seus direitos humanos. A abordagem qualitativa, neste caso, torna-se instrumento fundamental para valorizar as narrativas das participantes e compreender a violência obstétrica a partir de uma perspectiva interseccional, como defendido nas Epistemologias do Sul.

Dessa forma, a metodologia não se restringe a um recurso técnico, mas se constitui como parte de uma escolha política e epistemológica, alinhada ao propósito de dar visibilidade às vozes historicamente silenciadas. Ao articular teoria e experiência, ciência e vivência, esta pesquisa busca construir um conhecimento crítico e situado, capaz de contribuir para a luta por um atendimento obstétrico humanizado e pela efetivação dos direitos humanos das mulheres racializadas.

3.1 - Local do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido no município de Erechim, localizado no norte do Rio Grande do Sul, reconhecido como polo regional em saúde, educação e serviços. O município dispõe de rede hospitalar composta por instituições públicas e filantrópicas que realizam atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo serviços de assistência obstétrica.

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2025), Erechim conta com maternidades e unidades hospitalares que oferecem estrutura para atendimento ao pré-natal, parto e puerpério, além de procedimentos relacionados à saúde reprodutiva. Essa rede hospitalar integra tanto leitos de pré-parto, parto e pós-parto, como serviços especializados de atenção materno-infantil.

Embora a cidade apresente indicadores de saúde compatíveis com sua condição de centro regional, as experiências relatadas por mulheres negras revelam a persistência de práticas discriminatórias e desumanizadoras no contexto da assistência obstétrica. Esse cenário torna o município um espaço relevante para a investigação proposta, uma vez que possibilita compreender como o racismo obstétrico se manifesta em um território que, historicamente, reproduz narrativas de homogeneidade étnico-racial, mas que convive com profundas desigualdades.

Nesse sentido, o estudo realizado em Erechim não se limita à análise do espaço físico da assistência obstétrica, mas também busca considerar os aspectos sociais, históricos e culturais que atravessam as práticas em saúde. A escolha do município como local de investigação, portanto, fundamenta-se tanto em sua importância como polo de referência regional, quanto na necessidade de dar visibilidade às experiências de mulheres negras no interior do Rio Grande do Sul, contribuindo para a construção de um olhar crítico sobre o racismo obstétrico em diferentes contextos do país.

3.2 - Participantes em diálogo e protagonismos

As participantes desta pesquisa foram mulheres racializadas (quadro 3), autodeclaradas pretas e pardas, residentes no município de Erechim/RS, que vivenciaram experiências obstétricas entre os anos de 2012 e 2025. A definição desse recorte temporal considerou tanto a relevância histórica de práticas de saúde no período, quanto a possibilidade de reunir narrativas significativas sobre o fenômeno investigado.

Quadro 3 – Descrição das Entrevistadas

Nome fictício	Idade	Raça/Cor (autodeclarada	Escolaridade	Tipo de Parto	Número de Gestações	Atendimento Público\ Privado	Número de Partos	Ano do Parto

Fonte: Elaborada pela Autora (2025)

O número de entrevistadas foi previamente fixado em oito participantes, no entanto, em pesquisas qualitativas, a preocupação central não está na representatividade estatística, mas na profundidade e na riqueza das informações produzidas. Assim, as entrevistas foram conduzidas até que se alcançasse a saturação teórica dos dados, momento em que novos depoimentos já não acrescentavam elementos substantivos ao objeto de estudo.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: (a) ter 18 anos ou mais; (b) autodeclarar-se mulher preta ou parda; (c) ter vivenciado situação de parto, puerpério, aborto ou perda gestacional no município de Erechim, entre 2012 e 2025.

Foram definidos como critérios de exclusão: (a) não apresentar condições físicas ou emocionais para participar no momento da entrevista; (b) possuir limitações que inviabilizassem a comunicação necessária para o processo de produção dos dados.

Todas as mulheres foram convidadas a participar de forma voluntária e devidamente esclarecida, com garantia de anonimato e sigilo das informações. Para assegurar a proteção da identidade, cada participante foi identificada na pesquisa por meio de nomes fictícios de mulheres negras históricas, estratégia que reforça tanto o compromisso ético quanto o caráter político da investigação.

3.3 - Aproximação com o local do estudo e reflexões pontuais

A aproximação com o local de pesquisa ocorreu de forma gradual, motivada tanto pela inserção da pesquisadora na realidade social e institucional de Erechim quanto pelo interesse científico em compreender as dinâmicas da assistência obstétrica no município, além da escassez de produções sobre o

tema, como apontado no levantamento realizado junto a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). O vínculo estabelecido ao longo da trajetória pessoal, acadêmica e profissional possibilitou o reconhecimento prévio de que, apesar de Erechim ser considerado polo regional em saúde, ainda existem lacunas relacionadas ao cuidado humanizado, sobretudo no que se refere às experiências de mulheres negras.

A efetivação da entrada no campo de estudo ocorreu prioritariamente por meio da escuta das mulheres racializadas, autodeclaradas pretas ou pardas, que vivenciaram experiências obstétricas no município de Erechim, no período de tempo inicialmente delimitado. Diferentemente de uma investigação centrada nos espaços institucionais, esta pesquisa optou por privilegiar as narrativas das participantes, entendendo que são elas as principais portadoras de saberes e vivências capazes de revelar como o racismo obstétrico se manifesta no cotidiano da assistência em saúde.

Nesse sentido, a aproximação deu-se através do convite individual às mulheres, localizadas através de uma busca ativa, via rede sociais e indicações, realizada de forma respeitosa e ética, garantindo-lhes liberdade de escolha quanto à participação. Todo o processo buscou criar um ambiente seguro e acolhedor, no qual as entrevistadas se sentissem à vontade para compartilhar suas histórias.

A valorização da palavra das participantes representou, portanto, não apenas uma estratégia metodológica, mas também uma opção política, reparatória e epistemológica, em sintonia com as epistemologias do sul e com a proposta de colocar no centro da pesquisa as vozes historicamente silenciadas.

Assim, a aproximação ao campo não se limitou a uma exigência metodológica, mas constituiu um momento de escuta, reconhecimento e respeito à realidade em que a pesquisa se insere. Essa postura foi indispensável para assegurar tanto a viabilidade científica do estudo quanto a coerência ética e política com a proposta de valorizar as narrativas das mulheres negras que vivenciaram o racismo obstétrico em Erechim.

3.4 - Técnicas e instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os dias 18 de julho e 30 de agosto de 2025, período em que se buscou ouvir às experiências de mulheres negras sobre o racismo obstétrico em Erechim/RS. A produção do material empírico ocorreu prioritariamente por meio de entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro previamente elaborado com base nos objetivos da pesquisa e sustentado pela literatura sobre colonialidades, epistemologias do sul, gênero, interseccionalidade; mulheres racializadas, raça e racismo obstétrico.

As entrevistas constituíram o principal instrumento metodológico, por possibilitarem que as participantes narrassem suas vivências de forma livre, trazendo percepções, sentimentos e significados atribuídos às experiências obstétricas. Esse formato favoreceu a valorização das narrativas individuais, ao mesmo tempo em que permitiu identificar pontos de convergência e divergência entre os relatos.

A análise se deu através da dados capturados a partir da matriz de análise qualitativa descrita no quatro 4.

Quadro 4 - Matriz de análise qualitativa – racismo obstétrico em Erechim/RS

Variável/Categoria	**Subcategorias/Elementos Observados**	**Objetivo do Cruzamento**
Tipo de Parto	Parto normal / Cesárea /	Identificar se há diferenças no relato de experiências de racismo conforme a via de parto.
Contexto de Atendimento	Rede Pública/Rede Privada	Analisar se o tipo de serviço está relacionado à ocorrência ou percepção de práticas discriminatórias.
Experiência de racismo obstétrico	Negligência / Violência verbal / Violência física / Não consentimento / Negação de analgesia / Desumanização	Mapear formas de manifestação do racismo obstétrico nas narrativas.

Reconhecimento do racismo pela participante	Reconhece como racismo / Reconhece como violência mas não nomeia racismo / Não reconhece	Analisar o nível de conscientização racial nas interpretações das participantes.
Impactos Relatados	Abalo emocional / Trauma psicológico / Desconfiança nos serviços de saúde / Isolamento social	Compreender os efeitos do racismo obstétrico na saúde mental e social das mulheres.
Acesso a Direitos	Garantido / Negado / Parcial	Verificar se houve violação de direitos humanos no ciclo gravídico-puerperal.
Percepção de Mudanças ao Longo do Tempo	Melhoras percebidas / Piora / Nenhuma mudança	Avaliar se, entre 2012 e 2025, houve percepção de avanços ou retrocessos no atendimento obstétrico.

Fonte: Elaborado pela Autora (2025)

O roteiro (Apêndice B – parte 1) contemplou inicialmente questões de caracterização sociodemográfica, incluindo faixa etária, raça/cor autodeclarada, escolaridade, ocupação, renda familiar, situação conjugal e número de filhos. Na sequência, foram abordados aspectos relacionados à história reprodutiva como número de gestações, tipo de parto, idade gestacional no parto, ano da gestação bem como informações sobre o histórico de saúde da entrevistada.

Para aprofundar a discussão, utilizou-se ainda um formulário estruturado (Apêndice A – parte 2), destinado a identificar práticas assistenciais marcadas pelo modelo tecnocrático de atenção ao parto, tais como intervenções sem consentimento, restrição de acompanhante, negação de métodos de alívio da dor e outras situações reconhecidas como formas de violência obstétrica. Esse instrumento possibilitou confrontar as narrativas pessoais com indicadores de procedimentos comuns na assistência obstétrica.

A escolha pela entrevista semiestruturada encontra respaldo em Triviños (2008), para quem essa técnica permite ao pesquisador aprofundar a

compreensão dos fenômenos sociais, sem perder a espontaneidade da fala do entrevistado. Ao mesmo tempo, assegura a presença crítica e atuante da pesquisadora, que conduz o diálogo a partir de eixos norteadores, mas se abre à riqueza dos sentidos emergentes no processo.

Para as entrevistas, utilizou-se um roteiro semiestruturado (Apendice A – parte 3), composto por questões temáticas como: (1) Vivência obstétrica - perguntas abertas e humanizadas; (2) Impactos e reflexões.

Durante todo o percurso, foi mantido um diário de campo, no qual a pesquisadora registrou impressões, sentimentos e reflexões surgidas no contato com as participantes. Esse recurso, analisado de forma articulada com as entrevistas, enriqueceu a compreensão dos dados, ao evidenciar nuances subjetivas do encontro entre pesquisadora e entrevistadas.

Assim, a utilização combinada da entrevista semiestruturada, do formulário estruturado e dos registros em diário de campo contribuiu para a robustez metodológica do estudo. Essa estratégia possibilitou uma visão mais ampla do fenômeno, reduzindo riscos de enviesamento decorrentes da adoção de um único instrumento e fortalecendo a consistência da análise a partir das múltiplas dimensões das experiências relatadas.

3.5 - Tratamentos e análise dos dados

Os materiais produzidos nas entrevistas foram examinados a partir da técnica de análise de conteúdo, conforme sistematizada por Bardin (2010). Essa metodologia parte da premissa de que todo discurso contém significados que ultrapassam a dimensão literal da fala, exigindo, portanto, um processo de leitura crítica capaz de desvelar sentidos subjacentes, bem como identificar regularidades e singularidades na comunicação. Nesse contexto, a análise de conteúdo busca evidenciar os núcleos de sentido que estruturam as narrativas, cuja recorrência ou relevância se mostra fundamental para os objetivos analíticos do estudo.

O processo seguiu as etapas indicadas por Bardin (2010): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na fase de pré-análise, as entrevistas foram organizadas e submetidas a uma leitura flutuante, com o intuito de reconhecer os primeiros elementos de relevância, detectar repetições e destacar aspectos diretamente relacionados

ao objeto investigado. Ainda nessa etapa, foram definidos os critérios de recorte textual, as unidades de registro e de contexto, e os parâmetros de categorização que orientaram as etapas subsequentes.

Durante a exploração do material, as leituras foram aprofundadas, permitindo a decomposição do corpus em fragmentos significativos. A partir desse procedimento, realizou-se a codificação, isto é, a transformação dos dados brutos em unidades de análise, organizadas e reagrupadas em categorias e subcategorias temáticas. Essa fase operativa consistiu não apenas na identificação de palavras-chave ou padrões, mas sobretudo na interpretação de atitudes, valores, crenças e percepções expressas pelas participantes.

Na sequência, no momento de tratamento dos resultados e inferência, o material categorizado foi reinterpretado à luz dos referenciais teóricos mobilizados pela pesquisa, em especial o conceito de interseccionalidade e os estudos sobre raça e gênero. Esse exercício analítico possibilitou transcender a descrição das falas, situando-as em um contexto social mais amplo, no qual raça, gênero e classe se articulam na produção e manutenção de desigualdades.

Do processo emergiram quatro categorias centrais: a) negação da autonomia e do protagonismo da mulher; b) desumanização e violência institucional; c) racismo obstétrico interseccional: cor, classe e acesso à saúde; e) Impactos sobre a vida das mulheres negras. Essas categorias estão acompanhadas de onze subcategorias que sintetizam as percepções das mulheres sobre o racismo obstétrico na assistência ao parto. Essas categorias representam não apenas uma organização metodológica dos dados, mas também a expressão das múltiplas formas de violência identificadas nas narrativas.

Por fim, cabe destacar que a análise não se limitou a uma leitura fragmentada ou mecanicista. Ao contrário, buscou-se constantemente o diálogo entre as falas das participantes, o diário de campo produzido pela pesquisadora e o referencial teórico que embasa o estudo. Essa triangulação contribuiu para conferir densidade interpretativa, sustentando as análises e permitindo que os resultados fossem compreendidos em sua complexidade.

3.6 - Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), em conformidade com os princípios estabelecidos pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que orientam as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Todas as etapas do estudo observaram rigorosamente os preceitos da bioética, respeitando os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

O convite à participação foi feito de forma clara e acessível, assegurando às mulheres informação completa sobre os objetivos, procedimentos, potenciais riscos e benefícios do estudo. Somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) — elaborado em linguagem simples, preservando a compreensão plena — as entrevistas foram iniciadas. Ressalta-se que a participação foi inteiramente voluntária, sendo garantido às participantes o direito de recusar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à sua dignidade ou acesso a serviços de saúde.

A coleta de dados envolveu a discussão de experiências marcadas por situações de violência e discriminação, reconhecendo-se o potencial de sofrimento emocional decorrente da rememoração dessas vivências. Com o intuito de minimizar riscos, as entrevistas foram conduzidas individualmente, em ambiente reservado e acolhedor, de modo a preservar a privacidade, o sigilo e a segurança emocional das participantes. Quando necessário, as mulheres foram informadas da possibilidade de encaminhamento a serviços de apoio psicológico na rede pública.

Para além da proteção ao anonimato — essencial na pesquisa empírica com mulheres que relatam vivências sensíveis — a escolha de nomes fictícios inspirados em mulheres negras que marcaram a história brasileira é um gesto de memória, de reparação e de insurgência. Ao atribuir a cada entrevistada o nome de Aqualtune, Dandara de Palmares, Esperança Garcia, Luiza Mahin, Maria Felipa, Tereza de Benguela, Zacimba Gaba e Zeferina, o estudo inscreve essas vozes contemporâneas no campo das epistemologias negras e

feministas, afirmando que o presente se conecta ao passado de lutas contra a escravidão, a opressão colonial e a negação de humanidade.

Aqualtune, conhecida como avó de Zumbi dos Palmares, evidencia a ancestralidade africana preservada nos quilombos. Dandara de Palmares ocupa um lugar lendário como guerreira dentro do quilombo dos Palmares, parceira de Zumbi, cujo nome reverbera como símbolo de resistência contra o domínio escravista. Esperança Garcia, por sua vez, foi uma mulher negra do Piauí, escravizada, que em 1870 escreveu petição ao presidente da província (Aleixo de Abreu) reivindicando liberdade e melhores condições — considerada a primeira carta de direitos humanos escrita por mulher negra no Brasil.

Luiza Mahin é lembrada por sua participação nas revoltas populares e na mobilização política do século XIX, símbolo de uma mulher negra que ousou articular insurgência (por exemplo, na Revolta dos Malês). Maria Felipa é reconhecida como heroína negra da Bahia, protagonizando resistências costeiras contra os colonizadores.

Tereza de Benguela liderou o Quilombo do Quariterê (MG), organizando uma comunidade sustentável com parlamento e resistência armada — e seu legado inspira afirmações populares como “sou fruto de Tereza de Benguela”. Zacimba Gaba, nascida princesa em Cabinda, traz à cena a violência do tráfico e o protagonismo de mulheres que resistiram à escravidão no Brasil, inclusive liderando fugas e rebeldias sob castigos severos. Zeferina figura como símbolo da resistência quilombola, lembrando as mulheres que sustentaram comunidades livres e combateram invasões e escravização. (Vaz, 2021)

Esses nomes não são apenas homenagens simbólicas: eles transmigram em significados. Cada nome evoca lutas contra a desumanização, contra o silenciamento e contra a política colonial de esquecimento. Ao inscrever essas referências históricas no presente, fortalece-se o eixo ético e político de que as mulheres negras hoje, ao narrar suas experiências de parto e violência institucional, tornam-se herdeiras dessas genealogias de insurgência. Assim, o estudo estabelece uma continuidade simbólica entre as ancestralidades negras e as lutas contemporâneas por justiça obstétrica, confirmando que as vozes que emergem da pesquisa não vêm do vazio, mas de uma genealogia de resistência inscrita na memória coletiva das mulheres negras brasileiras.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, sendo armazenadas em arquivo digital protegido por senha. Esses registros permanecerão sob guarda da pesquisadora pelo prazo de cinco anos e, após esse período, serão devidamente destruídos, conforme determina a regulamentação ética vigente.

No que se refere à justiça e equidade, a pesquisa pautou-se pelo compromisso de tratar cada participante em sua singularidade, respeitando valores culturais, morais, religiosos e sociais, bem como reconhecendo os marcadores sociais da diferença que atravessam suas experiências. Dessa forma, reafirma-se que a equidade, entendida como o tratamento justo que leva em consideração desigualdades estruturais, constitui princípio ético fundamental neste trabalho.

Além disso, foi garantido o retorno social da pesquisa às participantes e à comunidade em geral. A devolutiva dos resultados será realizada em formato acessível, por meio de encontros coletivos e divulgação científica em periódicos e eventos acadêmicos, de forma a contribuir para a transformação das práticas de saúde e para a visibilização do fenômeno do racismo obstétrico como um problema de saúde pública e de direitos humanos.

Assim, os aspectos éticos desta investigação transcendem a mera formalidade institucional. Eles expressam um compromisso político, social e científico com a dignidade das mulheres negras, com o enfrentamento ao racismo estrutural e com a construção de práticas de saúde mais humanas, igualitárias e respeitosas.

4 - VOZES QUE ECOAM: INTERPRETANDO AS NARRATIVAS DE VIVÊNCIAS DE GESTAÇÃO E PARTO DE MULHERES RACIALIZADAS NO MUNICÍPIO DE ERECHIM

> Companheira, me ajuda, que eu não posso andar só. Eu, sozinha, ando bem, mas com você ando melhor! (Mãe Flávia Pinto, 2021)

Este último capítulo tem como objetivo responder ao problema de pesquisa: de que forma o racismo obstétrico se manifesta como uma violação dos Direitos Humanos das mulheres racializadas no Município de Erechim/RS entre os anos de 2012 e 2025 e quais são os impactos dessa prática na dignidade e na autonomia dessas mulheres. Para isso, foram entrevistadas oito mulheres racializadas, autodeclaradas pretas e pardas e após o detalhamento do caminho metodológico, tornou-se possível adentrar ao universo das experiências narradas. As falas aqui reunidas não se limitam à descrição de episódios isolados, mas revelam um conjunto de práticas e percepções que desnudam a permanência do racismo institucional e a violação dos direitos humanos no contexto da assistência ao parto.

As análises que seguem foram construídas a partir da técnica de análise de conteúdo, conforme sistematizada por Bardin (1979), que permitiu identificar três categorias centrais — negação da autonomia e do protagonismo da mulher; desumanização e violência institucional; e racismo obstétrico interseccional: cor, classe e acesso à saúde. Essas categorias emergem das narrativas com força simbólica e política, expressando tanto a dimensão subjetiva das vivências quanto as estruturas de poder que as atravessam. A interpretação dos dados, portanto, não busca generalizações estatísticas, mas compreensões situadas e críticas que iluminem a complexidade das experiências de parto e nascimento no contexto racializado do interior do Rio Grande do Sul.

A escuta sensível e o reconhecimento das mulheres participantes como sujeitas de saber e não apenas como objetos de estudo orientam toda a construção deste capítulo. Suas histórias — nomeadas com o legado de mulheres negras históricas — evocam ancestralidade, memória e resistência. A partir delas, emergem reflexões profundas sobre a forma como o racismo obstétrico se materializa em práticas assistenciais, discursos e omissões

institucionais, mas também sobre as estratégias de enfrentamento e reconstrução de dignidade protagonizadas por essas mulheres. Assim, mais do que apresentar resultados, este capítulo busca dar visibilidade às vozes que, por tanto tempo silenciadas, reafirmam o direito de existir, parir e ser acolhidas com respeito e humanidade.

A partir dos relatos das entrevistadas é possível compreender a densidade do fenômeno do racismo obstétrico e como este se articula com outros marcadores sociais, em especial raça, gênero e classe. Ancorada na análise de conteúdo (Bardin, 1979), observou-se que a experiência de parto das mulheres racializadas não pode ser compreendida de forma fragmentada. Ela exige uma leitura interseccional (Crenshaw, 2002), crítica ao racismo estrutural (Almeida, 2019) e fundamentada na defesa dos direitos humanos das mulheres racializadas (Davis, 2016; Carneiro, 2019; hooks, 2019; Pires, 2018).

A forte afirmação de Jurema Werneck — “as mulheres negras não existem” — não deve ser interpretada de maneira literal, mas sim como uma crítica contundente ao processo histórico e estrutural de apagamento ao qual estão submetidas as mulheres negras na sociedade brasileira e ocidental. Ao declarar a inexistência das mulheres negras, Werneck (2010) denuncia o apagamento simbólico, político e epistêmico que perpassa suas vidas, suas experiências e seus saberes, sustentado por um sistema de dominação que se estrutura pela interseção entre racismo, sexismo e classismo. Trata-se de um não reconhecimento da mulher negra como sujeito de direitos, de saber e de poder.

No campo simbólico, as mulheres racializadas são historicamente desumanizadas, sendo construídas ora como “força bruta” e “hipersexualizadas”, ora como “mães de criação” ou “domésticas”. Essas representações hegemônicas, derivadas de um imaginário colonial e patriarcal, funcionam como tecnologias de controle, que limitam o reconhecimento da mulher racializada enquanto sujeito autônomo, sensível e complexo. No plano político, essa negação se manifesta na exclusão sistemática das mulheres racializadas dos espaços de decisão, formulação de políticas públicas e produção institucional de conhecimento. Como aponta Lélia Gonzalez (2020), o mito da democracia racial e a negação do racismo estruturam um pacto social

que subalterniza e silencia as demandas das mulheres negras, mantendo-as à margem dos projetos de cidadania plena.

No campo epistêmico, o apagamento é ainda mais profundo. A mulher racializada foi historicamente excluída dos lugares de fala e de produção científica, sendo tratada como objeto de estudo, e não como produtora de conhecimento. Tal como alerta Sueli Carneiro (2023), a modernidade eurocêntrica impôs um “dispositivo da racialidade” que legitima a inferiorização da população negra, inclusive no campo do saber. Assim, o que se observa é um contínuo epistemicídio, conforme conceituado por Boaventura de Sousa Santos (2009), que deslegitima os saberes oriundos das experiências negras, especialmente das mulheres, em favor de um universalismo branco, masculino e ocidental.

Dessa forma, ao afirmar que ‘as mulheres negras não existem”, Werneck (2010) expõe o caráter estrutural da exclusão dessas mulheres dos marcos de humanidade reconhecidos pela lógica ocidental, forjada na colonialidade do poder (Quijano, 2005). Essa lógica de desumanização persiste no racismo obstétrico, expressando-se de maneira perversas, como na menor oferta de analgesia para mulheres negras (Leal et al., 2017), na maior incidência de cesáreas forçadas (Davis, 2018) e na recorrente esterilização compulsória de mulheres racializadas em situação de vulnerabilidade social (Carneiro, 2011). O controle sobre o corpo negro feminino, antes justificado pelo discurso colonial de propriedade, hoje se manifesta em uma medicina que desconsidera sua dor e ignora sua voz.

A interseccionalidade, (Crenshaw, 2002), emerge como chave analítica indispensável para compreender a especificidade do racismo obstétrico. Os relatos das participantes demonstram como raça, gênero e classe não operam de forma isolada, mas sobrepostas, criando condições singulares de vulnerabilidade. O depoimento que registra a justificativa “mulher preta é forte, aguenta mais a dor” ilustra como estereótipos raciais se convertem em práticas de negligência médica.

Essa naturalização da dor da mulher negra, somada ao silenciamento de suas escolhas no parto, evidencia a exclusão de seus direitos reprodutivos. Bourguignon (2024) aponta que a interseccionalidade desvela não apenas a opressão, mas também os mecanismos que a sustentam, revelando como

estruturas de poder racial e patriarcal são reproduzidas no cotidiano dos serviços de saúde.

Verifica-se, portanto, que o racismo obstétrico, como forma específica do racismo estrutural, manifesta-se no corpo das mulheres racializadas de maneira histórica e persistente. Almeida (2019) define o racismo estrutural como aquele que organiza as práticas sociais, institucionais e jurídicas, reproduzindo desigualdades. Nos relatos, isso se evidencia pela diferença no tempo de atendimento entre mulheres negras e brancas, pela negação da presença de acompanhantes e pela ausência de consentimento em procedimentos invasivos.

Essas práticas não são incidentes isolados, mas sim expressões de um padrão histórico que associa a mulher negra à subalternidade. Como lembra Angela Davis (2016), a história da escravidão e do colonialismo instituiu a ideia de que corpos negros podem ser manipulados sem consentimento, e esse imaginário ainda reverbera no campo da saúde. A realização de exames e manobras sem autorização, relatada por algumas entrevistadas, revela a permanência desse imaginário de dominação.

Os Direitos Humanos das mulheres racializadas são constantemente violados quando práticas discriminatórias negam sua autonomia e protagonismo no parto. A Constituição Federal de 1988, no art. 1º, inciso III, consagra a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, e o art. 6º assegura o direito à saúde. Além disso, instrumentos internacionais como a CEDAW e a Convenção de Belém do Pará reforçam a obrigação do Estado brasileiro em assegurar às mulheres atendimento digno e não discriminatório.

A experiência de humilhação, descrita por uma participante ao afirmar que “saí de lá com meu filho, mas me sentindo humilhada”, mostra que o parto, em vez de ser um momento de empoderamento e acolhimento, tornou-se experiência marcada por violência e negação de direitos. Assim, a análise dos relatos à luz da interseccionalidade e dos direitos humanos permite compreender que o enfrentamento ao racismo obstétrico requer mais do que mudanças individuais nas práticas de assistência médica. Ele exige políticas públicas interseccionais, formação crítica de profissionais de saúde e compromisso institucional com a equidade racial e de gênero.

Sueli Carneiro (2019) aponta que o racismo é um princípio organizador das relações sociais brasileiras, e no campo obstétrico isso significa que a garantia de direitos reprodutivos das mulheres negras passa pelo reconhecimento dessa estrutura discriminatória. Não basta garantir o acesso formal ao parto hospitalar: é necessário assegurar cuidado digno, respeitoso e livre de violência.

A biopolítica colonial criou um regime de controle sobre o corpo negro feminino, especialmente no contexto da reprodução. Esse regime, marcado pelo racismo e pela violência obstétrica, trata a experiência da maternidade negra não como um direito, mas como um fenômeno regulado pelo Estado e pela medicina hegemônica. Este é um dos reflexos da escravidão nas Américas, um dos sistemas mais brutais de dominação onde o corpo das mulheres racializadas foi um dos territórios mais explorados dentro dessa estrutura.

Segundo Segato (2016), esse percurso histórico-sociológico concretizou a lógica colonial que estruturou um regime de "ocupação depredadora dos corpos femininos", em que a exploração sexual e a reprodução compulsória eram estratégias para garantir a expansão do capital.

> A rapinagem sobre o feminino se manifesta tanto sob as formas de destruição corporal sem precedentes, como sob as formas de tráfico e comercialização de tudo o que estes corpos podem oferecer, até ao seu limite. (Segato, 2016, p. 109)

Antônio Bispo dos Santos (2023) reforça essa perspectiva ao discutir o processo de "adestramento" do corpo negro, comparando-o ao processo de domesticação dos animais. Para ele, o colonialismo foi um processo de desterritorialização e expropriação dos corpos e mentes, impondo um sistema de obediência e servidão.

> Tanto o adestrador quanto o colonizador começam por desterritorializar o ente atacado, quebrando-lhe a identidade, tirando-o de sua cosmologia, distanciando-o de seus sagrados, impondo-lhe novos modos de vida e colocando-lhe outro nome. (SANTOS, 2023 , p. 2)

Essa visão mostra como o sistema colonial não apenas forçava a reprodução das mulheres negras, mas também transformava seus corpos em instrumentos de controle social e econômico. A transição da escravidão para a modernidade não significou o fim da exploração dos corpos negros, mas sua

ressignificação dentro da biopolítica estatal. Se antes as mulheres racializadas eram forçadas a reproduzir para aumentar a população escravizada, após a abolição surgiram políticas de esterilização compulsória, negligência médica e violência obstétrica.

Desta perspectiva, as vozes das mulheres racializadas entrevistadas reafirmam que o racismo obstétrico é expressão concreta do racismo estrutural, manifestando-se em práticas de desumanização, silenciamento e negação de autonomia. A interseccionalidade, evidencia que tais experiências resultam da sobreposição de marcadores, como o de raça, gênero e classe. Por sua vez, os Direitos Humanos denunciam essas práticas como violações à dignidade e ao direito fundamental à saúde. Dessa forma, o enfrentamento ao racismo obstétrico demanda uma mudança estrutural no modelo de atenção ao parto, que reconheça, respeite e valorize as experiências das mulheres racializadas como centrais para a formulação de práticas mais humanas, equitativas e justas.

A seguir, serão organizados os resultados em quatro categorias analíticas — (i) negação da autonomia e protagonismo da mulher, (ii) desumanização e violência institucional, (iii) racismo obstétrico interseccional: cor, classe e acesso à saúde, e (iv) impactos sobre a vida das mulheres negras — tendo como pano de fundo os dados municipais, estaduais e nacionais que apontam desigualdades raciais persistentes. Por exemplo, no Rio Grande do Sul, a população negra (pretos + pardos) representava cerca de 23% da população com até 17 anos em 2019, enquanto os brancos correspondiam a cerca de 77%[33] (DEE, 2021), o que evidencia que pessoas negras (pretas e pardas) estão em desvantagem em vários indicadores sociais em comparação com a população branca no estado. Essa discrepância evidencia o quadro regional no qual Erechim se insere e reforça o caráter estrutural do racismo obstétrico que se busca investigar.

4.1 – Confrontando os dados sociodemográficos e obstétricos em Erechim

[33] De acordo com o Relatório Técnico – Panorama das Desigualdades de Raça/Cor no Rio Grande do Sul. Disponível em: https://dee.rs.gov.br/upload/arquivos/202111/18175612-relatorio-tecnico-dee-panorama-das-desigualdades-de-raca-cor-no-rio-grande-do-sul.pdf. Acesso em 29 de Agosto de 2025.

Nesta parte do estudo, procede-se à análise descritiva das informações sociodemográficas e obstétricas das oito participantes da pesquisa, articulando dados quantitativos (percentuais) com os relatos qualitativos obtidos nas entrevistas. Para fins de organização, inicialmente foram examinadas as variáveis relacionadas às características sóciodemográficas das entrevistadas que foram distribuídas de acordo com: (a) classe social, (b) escolaridade, (c) idade, (d) local de parto.

No contexto do município de Erechim, cuja população total segundo o Censo (IBGE, 2022) foi de 105.705 habitantes, verifica-se que a auto declaração racial evidencia que 79,47% (84.006 habitantes) se declararam “brancos”, enquanto 17,32% (18.311 habitantes) se declararam “pardos” e 3,00 % (3.171 habitantes) se declararam “pretos”,

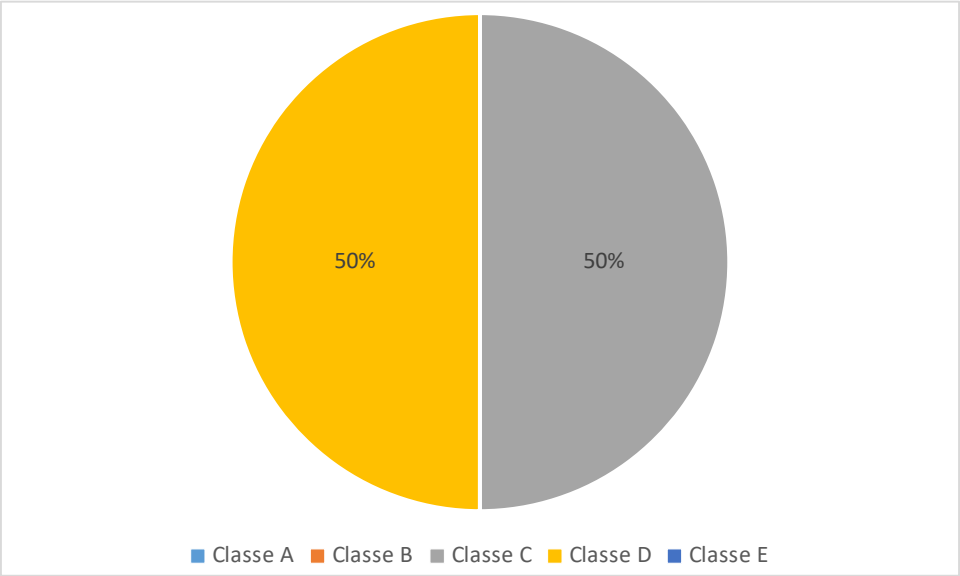
A partir dessa estratificação racial municipal, torna-se relevante para esta investigação que aborda o racismo obstétrico considerar que, embora a população negra (pretos + pardos) represente cerca de 20,32% do total, a subpopulação feminina negra — especificamente as mulheres negras em idade fértil — constitui parcela menor e pouco expressa nos relatórios públicos locais, o que reforça a necessidade de investigação qualitativa para dar visibilidade a tais experiências.

Nas linhas que seguem, este capítulo apresenta os dados empíricos da pesquisa de campo cuja amostra foi composta por mulheres racializadas residentes em Erechim, em consonância com a metodologia descrita no Capítulo 3, de natureza qualitativa, exploratória e centrada em narrativas. Ao mobilizar os indicadores municipais, reconhece-se que a maioria populacional (80%) se declara branca, o que denota um contexto de racialização subordinada para o grupo que se declara negro. Nesse sentido, a invisibilidade estatística das mulheres negras no município torna-se elemento explicativo da vulnerabilidade específica a que estão expostas no atendimento obstétrico, razão pela qual a análise assume centralidade às suas vozes e trajetórias.

No que se refere à renda, adotou-se os parâmetros de classificação econômica estabelecidos pela Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) e pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Segundo esses critérios, a estratificação se distribui da seguinte forma: Classe A – famílias com rendimento superior a 20 salários mínimos; Classe B – entre 10 e 20 salários

mínimos; Classe C – de 4 a 10 salários mínimos; Classe D – de 2 a 4 salários mínimos; e Classe E – até 2 salários mínimos (SAE, 2014; ABEP, 2021).

Gráfico 1 – Distribuição por renda



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

A análise dos dados evidencia que a maior parte das mulheres entrevistadas encontra-se na **Classe D (60%)**, enquanto **40% pertencem à Classe C**. Esse recorte revela um aspecto central do perfil socioeconômico das participantes: a predominância de rendimentos situados entre dois e quatro salários mínimos, faixa que representa vulnerabilidade social importante no Brasil contemporâneo.

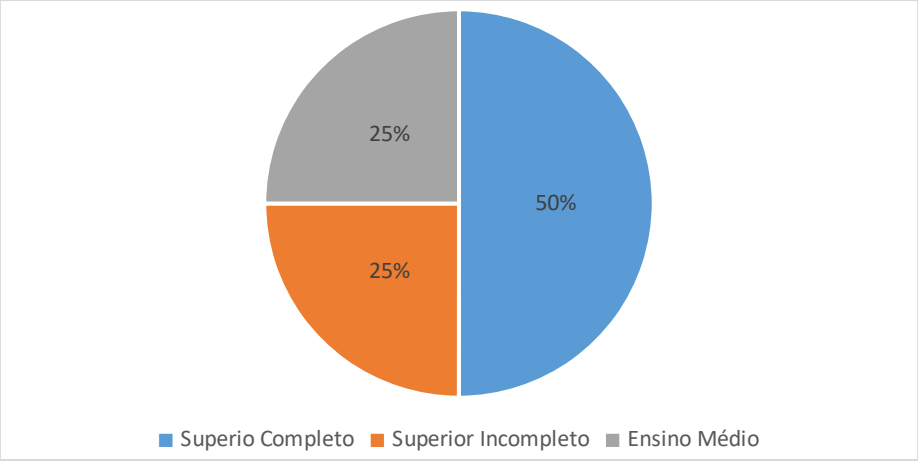
A presença expressiva de mulheres na Classe D corrobora estudos que indicam como o racismo estrutural e as desigualdades de gênero incidem diretamente na distribuição de renda e nas oportunidades de mobilidade social. No contexto da saúde, essas desigualdades se manifestam no acesso precário a serviços de qualidade e no aumento da exposição à violência obstétrica e ao racismo institucional.

Por outro lado, embora as mulheres da Classe C apresentem rendimentos relativamente mais elevados, sua experiência de parto e assistência obstétrica não esteve isenta de situações de discriminação e violência. Isso reforça a compreensão de que o racismo obstétrico opera não

apenas como marcador de classe, mas também como fenômeno vinculado a dimensões interseccionais de raça e gênero.

Assim, os dados de renda, articulados aos relatos das entrevistadas, demonstram que a condição socioeconômica influencia, mas não elimina, a vivência do racismo obstétrico, apontando para a necessidade de políticas públicas que enfrentem as desigualdades de forma integrada, considerando a intersecção entre raça, gênero e classe social.

Gráfico 2 – Distribuição por escolaridade



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

A análise dos dados referentes ao grau de escolaridade das entrevistadas revela três grupos distintos: Superior Completo (50%), Superior Incompleto (25%) e Ensino Médio Completo (25%).

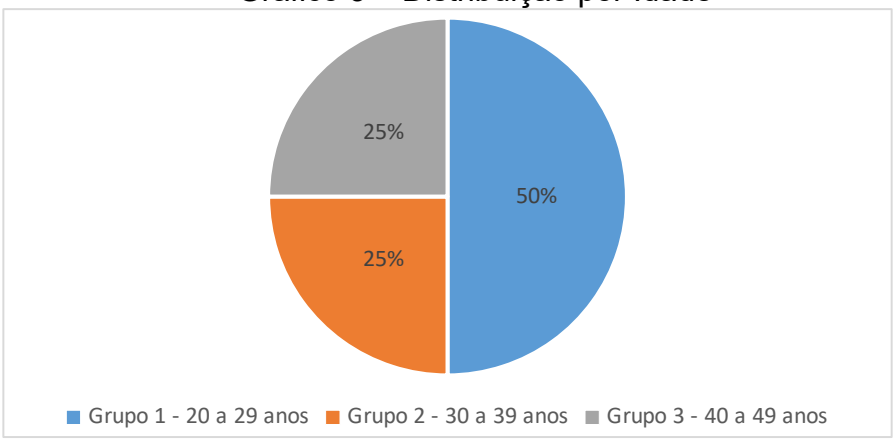
O predomínio de mulheres com ensino superior completo (metade das participantes) indica um nível de escolarização elevado, o que contrasta com a persistência de experiências de racismo obstétrico relatadas. Isso reforça a compreensão de que a escolaridade, embora seja um fator associado ao maior acesso à informação e, em muitos casos, a melhores condições de inserção no mercado de trabalho, não garante proteção contra práticas discriminatórias estruturais presentes no sistema de saúde.

Já a presença de mulheres com escolaridade incompleta ou limitada ao ensino médio completo (50% das entrevistadas) aponta para a diversidade socioeducacional das participantes, revelando também como a violência obstétrica atravessa diferentes níveis de formação. O fato de mulheres com

trajetórias acadêmicas distintas relatarem experiências semelhantes de racismo e violência institucional confirma o caráter estrutural e interseccional do fenômeno investigado.

Em síntese, os dados sugerem que, ainda que a escolarização seja um fator importante para o empoderamento individual, ela não é suficiente para eliminar as barreiras e desigualdades de raça e gênero que marcam o atendimento obstétrico. Isso reforça a necessidade de políticas públicas que incorporem uma perspectiva interseccional, assegurando direitos e equidade na saúde para todas as mulheres negras, independentemente de seu nível educacional.

Gráfico 3 – Distribuição por Idade



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

As idades das entrevistadas variam entre 23 e 42 anos, evidenciando um recorte que contempla tanto a juventude quanto a maturidade reprodutiva. Observa-se que duas participantes tinham 23 anos, representando o grupo mais jovem da amostra. Já as idades de 41 e 42 anos marcam o extremo superior, indicando que mulheres em fase mais avançada do ciclo reprodutivo também estiveram presentes.

A média de idade situa-se em torno dos 31,6 anos, o que corresponde a um período considerado de maior incidência de gestações e partos no Brasil. Esse dado reforça a pertinência da amostra, uma vez que reflete diferentes momentos da experiência materna. No entanto, mais do que dados biológicos, a análise etária deve ser compreendida à luz das experiências narradas. Independentemente da idade, as entrevistadas relataram situações que configuram racismo obstétrico e violência institucional, o que indica que tais

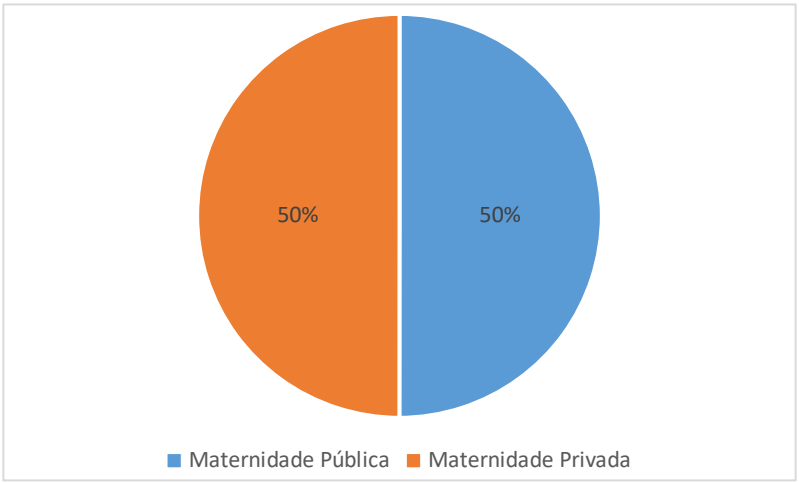
práticas não se restringem a um grupo etário específico, mas atravessam toda a trajetória reprodutiva de mulheres negras.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022), no Brasil, a idade média na qual as mulheres têm filhos aumentou de 25,3 anos em 2000 para 27,7 anos em 2020, com projeções indicando que poderá atingir 31,3 anos até 2070. Os dados de 2022 mostram que a idade média da fecundidade das mulheres pretas é de 27,8 anos, enquanto a das pardas é de 27,6 anos.

Nossa amostra, portanto, está alinhada ao perfil nacional, com uma média próxima à faixa observada e refletindo um fenômeno demográfico de retardo no momento da maternidade. As entrevistadas representam diferentes contextos biográficos e sociodemográficos. Mesmo jovens, as mulheres enfrentaram situações de racismo obstétrico, independentemente da idade, o fenômeno se mostrou transversal.

A distribuição etária da amostra, com média em torno de 31,6 anos, centra-se em torno de parâmetros demográficos nacionais observados em mulheres negras que têm filhos. Esse dado corrobora a pertinência da amostra e evidencia que o racismo obstétrico não é exclusivo a uma fase da vida reprodutiva, mas atravessa diferentes faixas etárias. Assim, políticas públicas antirracistas e de saúde reprodutiva devem considerar essa transversalidade etária, garantindo atenção sensível a mulheres em contextos diversos, desde jovens adultas até aquelas com maior risco obstétrico.

Gráfico 4 – Distribuição por local do parto



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

Em relação ao local do parto, a pesquisa de campo evidenciou uma divisão equilibrada quanto à rede de atendimento, sendo que 50% das participantes tiveram seus partos na rede pública e 50% na rede privada. Esse dado, à primeira vista, sugere uma distribuição equitativa. Contudo, ao aprofundar a análise qualitativa, observa-se que a escolha pela rede privada não se restringiu apenas a um fator econômico, mas esteve fortemente atravessada por dimensões simbólicas, afetivas e de proteção contra a violência obstétrica.

As entrevistadas que recorreram à rede privada relataram que o acesso a planos de saúde foi determinante para viabilizar financeiramente essa opção. Entretanto, a decisão não foi apenas de ordem pragmática. Muitas delas indicaram que a rede privada foi buscada como forma de evitar experiências negativas já vivenciadas por outras mulheres negras ou relatadas em suas redes de sociabilidade. O medo de sofrer maus-tratos, negligência ou práticas desumanizadas no parto dentro do sistema público configurou-se como um elemento central no processo de escolha.

No entanto, nos relatos das entrevistadas foi possível observar que mesmo utilizando a rede privada através de plano de saúde, ainda assim, tiveram seu protagonismo negado no processo de parto, sendo submetidas a decisões alheias sobre seus corpos e silenciadas em suas escolhas, como se extrai da narrativa de Zeferina:

> Aí eu falava que eu queria ir no banheiro pra tomar um banho e jogar uma água. Tava tipo assim, tava com a maquiagem do dia anterior ainda porque eu tinha me maquiado e eu tava sentindo meu rosto pesado, sentindo meu cabelo sujo sabe? Daí eles disseram: Não! Fica aí. Aí falei: preciso me levantar! preciso fazer alguma coisa! Daí eles não deixaram. [...] Eu fiquei brava e levantei. Eu entrei igual, mas quando viram me tiraram de lá. Me levaram para a sala de cirurgia depois disso. [...] Eles me levaram pra lá, pra sala de da cirurgia. Não falaram muito comigo. O médico falou que iam me dar uma anestesia, mas não me explicou muito não. [...] o porquê que eu precisei de uma cesárea e tudo mais eu fui saber depois. (Zeferina, 2025)

Neste relato, fica evidente a imposição de condutas médicas, a ausência de escuta e de informação e o controle do corpo alheio. A negação da autonomia reflete um padrão de controle médico que desconsidera a

centralidade da mulher no processo de parto, reforçando hierarquias históricas de gênero e raça.

Aqualtune (2025) relatou que *“Eu tinha um plano do meu pai né, daí cobria os atendimentos, as consultas, mas o parto eu fui foi meio que particular né! Não cobria tudo, mas aí foi uma escolha que eu tinha mais segurança né!”*

Essa percepção reforça a literatura que aponta para a produção social do medo em torno da maternidade negra (DAVIS, 1981; CRENSHAW, 2002; AKOTIRENE, 2019), na qual a violência obstétrica aparece como um risco previsível, especialmente em instituições públicas. Ao mesmo tempo, evidencia-se a desigualdade de acesso à saúde, já que a possibilidade de recorrer à rede privada está diretamente vinculada a condições de renda e ao acesso a planos de saúde, condições que não se apresentam de maneira uniforme entre mulheres racializadas no Brasil.

Por outro lado, aquelas que pariram na rede pública também revelaram importantes dimensões do racismo estrutural e institucional. Embora a assistência pública seja, por excelência, o espaço de universalização do direito à saúde, relatos de condutas discriminatórias, desumanização e descuido no atendimento demonstram como a rede pública pode reproduzir práticas excludentes que atingem, de forma mais intensa, mulheres racializadas.

Luiza Mahin (2025) conta que pariu na rede pública e conta sobre o descaso que sofreu durante o trabalho de parto:

> Eu acho que era umas dez horas da manhã, não lembro direito, mas fazia um bom tempo que eu estava lá e ninguém vinha me atender. Eu já estava ficando apavorada. Entravam passavam para lá e para cá e parecia que ninguém me via, até que ele (referindo-se ao médico) entrou na sala e foi enfiando a mão na minha vagina. Sem pedir licença nem nada, sabe! Mas enfim, pelo menos tinha vindo me ver. Eu pedi, por favor, que me ajudasse e ele respondeu bem grosso: você precisa se ajudar. Mas eu não sabia o que fazer. (Luiza Mahin, 2025)

Apesar da expectativa de que a rede privada proporcionasse maior segurança, qualidade no atendimento e afastamento de práticas de violência, as narrativas das entrevistadas evidenciam que essa escolha não garantiu a ausência do racismo obstétrico. As mulheres que pariram em hospitais privados relataram episódios de desrespeito, negação de autonomia e imposição de condutas médicas desnecessárias e não justificadas

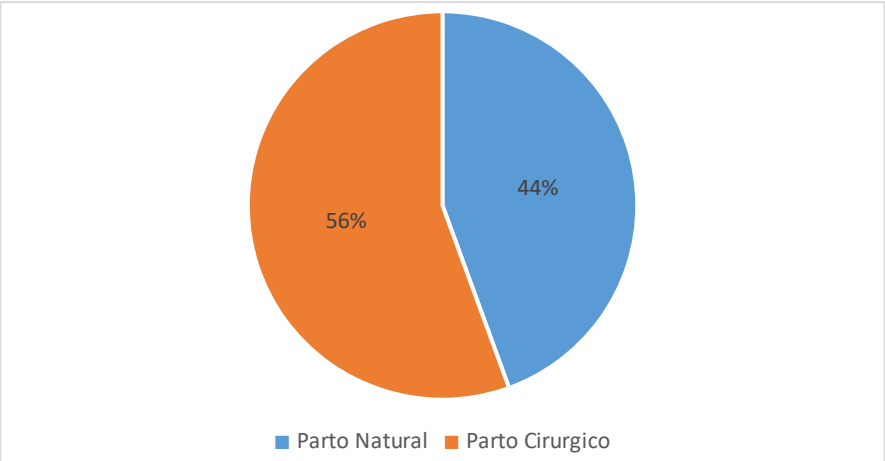
clinicamente, revelando que a lógica da violência obstétrica se reproduz também nesses espaços, embora muitas vezes de forma velada e revestida por uma suposta aura de sofisticação do cuidado.

Esse dado é revelador, pois rompe com a ideia de que a migração da rede pública para a privada representaria um afastamento seguro do racismo institucional. Na prática, constata-se que o racismo obstétrico atravessa tanto os serviços públicos quanto privados, demonstrando seu caráter estrutural e sistêmico. A diferença reside, muitas vezes, na forma como essas violências se manifestam: se no espaço público aparecem associadas à negligência, descaso e sobrecarga estrutural dos serviços, no espaço privado elas podem assumir contornos de autoritarismo médico, medicalização excessiva e controle sobre os corpos das mulheres racializadas, sempre marcados pela negação da escuta e pela invalidação da sua autonomia.

Portanto, o dado de que metade das participantes recorreu à rede privada não pode ser interpretado como uma proteção contra o racismo obstétrico, mas sim como um sinal de que a discriminação e a violência obstétrica não se limitam a determinado espaço institucional. Antes, tratam-se de expressões de um mesmo sistema racista e patriarcal que estrutura as práticas de saúde e atravessa a experiência reprodutiva das mulheres negras, independentemente do local onde elas dão à luz.

A pesquisa de campo observou também as algumas características obstétricas das entrevistadas, como: (a) Via de parto, (b) Existência de alguma patologia e (c) acompanhamento de doula, com o intuito de responder com mais precisão ao problema de pesquisa.

Gráfico 5 – Distribuição por via de parto



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

Através dos relatos coletados através das entrevistas realizadas observou-se que a maioria das entrevistadas, ao descobrir-se grávidas, teve o desejo de parir pela via natural, no entanto, 56% delas foram direcionadas ao parto cirúrgico.

Zacimba Gaba (2025), relatou que:

> Foi tudo particular pré-natal tudo particular, os exames tudo direitinho todos os meses, os últimos meses com mais frequência, tudo direitinho, dentro do que deveria ser, até então pra mim tudo tranquilo da primeira tá, até chegar a hora do meu parto e eu entender que não era aquilo que eu queria e que eu fui forçada, né! [...}? Mas como o dinheiro ele acaba mascarando muitas coisas, a gente acha que está sendo bem acolhido mas é tudo por causa do dinheiro e mesmo assim às vezes ele não te dá a dignidade de escolha isso acaba sendo forçada porque é um momento vulnerável, tu tá frágil e a tua escolha naquele momento...não...teu desejo não...não é respeitado, não é cumprido e você se vê sendo forçado a fazer algo que tu não quis. (Zacimba Gaba, 2025)

Ao responder sobre os aspectos da via de parto escolhida, Dandara de Palmares (2025) relata que foi respeitada em sua escolha pelo parto natural, no entanto, ressalta que:

> Muitas mulheres acabam chegando lá no hospital para fazer um parto normal. Começa a sentir um pouquinho de dor pede pra ir pra cesárea. Então se elas tivessem uma orientação de que de fato não é uma coisa simples, não é tão fácil, que não é rápido...rompeu a bolsa e corre para o hospital...não é assim..pode levar horas e vai doer. [...] A doula, ela é muito importante porque ela não ajuda só a gestante ela ajuda o papai também né! Então muitas vezes o que que acontece na hora do parto...ah eu quero ir pra cesárea! O marido vai dizer o quê? Vai para a cesárea então. E nem sempre aquele é o real desejo dela. Talvez ela só queira algo para aliviar a dor. (Dandara de Palmares, 2025)

Luiza Mahin (2025) relatou que:

> Na verdade eu tinha muito medo do parto normal. Sempre ouvi falar que era muito sofrido. Assim que descobri que estava grávida eu fui no postinho para acompanhar tudo certinho. Lembro que comentei com a médica que gostaria de uma cesárea. Ela disse que **isso ela ia decidir** mais para frente porque dependia do tamanho do nenê, se eu ia ter passagem e tal. Eu sou bem pequenininha né! [...] Nas últimas semanas eu ia no postinho todas as semanas. A doutora me disse que ia me mandar uma requisição de cesárea porque o nenê estava muito grande. Quando cheguei lá na maternidade me fizeram esperar, tive que fazer o parto normal e ainda me cortaram. [...] Se eu engravidar novamente eu faço cesárea, nem que tenha que vender meu carro. [Grifo nosso] – (Luiza Mahin, 2025)

Os relatos das entrevistadas revelam um aspecto central no debate sobre a violência obstétrica: a negação da autonomia reprodutiva das mulheres negras. A maioria das participantes expressaram o desejo de parir pela via natural; entretanto, apenas 44% tiveram seu desejo respeitado, enquanto 56% foram submetidas a cesarianas, muitas vezes impostas sem justificativa clínica adequada. Esse dado evidencia que a escolha da via de parto, que deveria ser garantida como direito da mulher, é frequentemente desconsiderada, sendo substituída por condutas médicas autoritárias e pela manutenção de práticas intervencionistas.

A predominância das cesarianas impostas encontra respaldo em estudos que apontam para a cultura da medicalização e da tecnocracia do parto (Diniz, 2009; Vieira, 2002), na qual o corpo feminino — sobretudo o corpo negro — é tratado como objeto de intervenção e controle. Nessa lógica, o protagonismo da mulher é substituído pela centralidade da decisão médica, naturalizando práticas que retiram dela a possibilidade de exercer sua autonomia.

> O país lidera o ranking mundial de cesáreas e tem que reduzir drasticamente essa taxa para se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios. Mulheres foram e continuam sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento adequado dos riscos e complicações inerentes ao procedimento. (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 8)

A cirurgia cesariana, quando necessária, salva vidas e diminui morbidades para a mulher e o concepto. Todavia, segundo Tesser, Knobel e

Nascimento (2015), esse efeito positivo não se mantém a partir de certa proporção de cesarianas, mesmo em populações com acesso a todos os cuidados necessários intra e pós-cirúrgicos. Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que o índice máximo de cesarianas deve ser de 15%. Embora não haja consenso sobre um número aceitável ou ideal, é injustificável clinicamente uma taxa global superior a 10-15%.

> A melhoria de técnicas cirúrgicas, anestésicas, de antibioticoterapia e de cuidados intensivos criaria uma expectativa de que eventuais efeitos adversos e complicações estivessem diminuindo. No entanto, os efeitos adversos da cesariana são evidentes e persistentes e estudos demonstram que o aumento nas taxas de cesariana isoladamente não obteve efeito na redução da mortalidade perinatal. O decréscimo na mortalidade perinatal se deve, possivelmente, a avanços no cuidado pré-natal, uso de corticosteróides para maturidade pulmonar, melhorias no cuidado intensivo ao recém-nascido, não podendo ser explicado apenas pelo aumento de cesarianas. Nas cesariadas, em relação às mulheres que tiveram partos normais, há aumento de mortalidade, morbidade severa, internação em UTI, uso de antibióticos, necessidade de transfusão, histerectomia e tempo de permanência no hospital. A possibilidade de complicações se torna mais evidente em gestações futuras, com um aumento do risco de placentação anômala e suas graves conseqüências. Em bebês que nascem de cesariana há maior risco de prematuridade, mortalidade neonatal, admissão em UTI neonatal e uso de ventilação mecânica. A prematuridade iatrogênica e o nascimento eletivo de bebês antes de 39 semanas causa aumento de internações em UTI neonatal e do número de óbitos. No Brasil, estudos mostraram a relação entre o aumento de conceptos prematuros e de baixo peso com as taxas aumentadas de cesariana. (Tesser, Knobel e Nascimento, 2015)

De acordo com Vieira (2002), a medicalização do corpo feminino transformou a assistência ao parto, de uma assistência naturalizada em uma assistência tecnocrática, de modo que o parto deixou de ser assistido por parteiras passando a ser institucionalizado.

> No Brasil, a assistência ao parto até o século XIX foi desenvolvida por parteira, também conhecidas por aparadeiras ou comadres, já que era comum torna-las madrinhas dos filhos por elas partejados. [...] O discurso médio da metade do século XIX, relativo à obstetrícia, vai se caracterizar pela defesa da hospitalização do parto e da criação das maternidades, ao mesmo tempo que coloca em dúvida a competência das parteiras. (Vieira, 2002, p, 53)

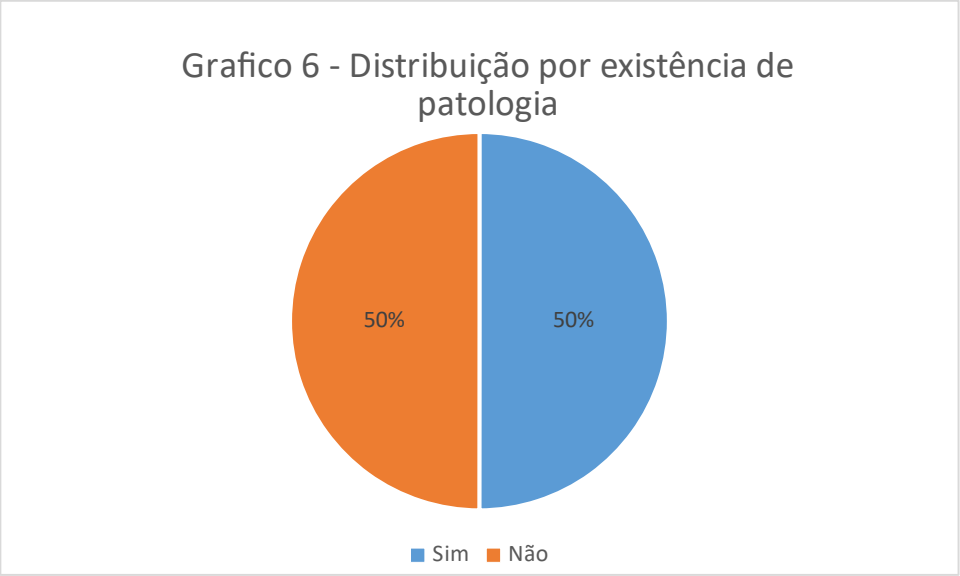
Do ponto de vista interseccional, essa realidade se agrava quando observada na experiência de mulheres negras. Conforme Crenshaw (2002) e

Akotirene (2019), os marcadores de gênero, raça e classe se entrecruzam, potencializando a vulnerabilidade dessas mulheres diante das instituições de saúde. A negação de um parto respeitoso, ainda que expresso como desejo das participantes, revela não apenas um descompasso entre os protocolos de humanização do parto e a prática cotidiana, mas também a persistência do racismo estrutural que atravessa os serviços de saúde, seja na rede pública ou privada.

Além disso, a imposição de cesarianas reforça a lógica de que o corpo da mulher negra é historicamente visto como disponível à intervenção e ao controle médico, perpetuando uma tradição de desumanização. Isso demonstra que, mesmo diante de avanços legais e políticas públicas que defendem o parto humanizado e o protagonismo da mulher (BRASIL, 2017), ainda persiste uma distância significativa entre o que está previsto em normas e diretrizes e o que é efetivamente praticado nos serviços de saúde.

Assim, os dados aqui analisados não se limitam a um mero percentual sobre vias de parto, mas apontam para um cenário em que a autonomia das mulheres negras continua sendo sistematicamente negada, reforçando a necessidade de enfrentamento do racismo obstétrico como uma questão de direitos humanos e de justiça social.

Gráfico 6 – Distribuição por existência de patologia



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

A presença de patologias durante a gestação, identificada em 50% das entrevistadas, constitui um dado relevante para compreender os atravessamentos entre saúde reprodutiva, vulnerabilidade social e racismo obstétrico. Entre as doenças mencionadas destacam-se pré-eclâmpsia[34] e diabetes gestacional, ambas reconhecidas como condições que aumentam os riscos obstétricos e demandam acompanhamento especializado.

Do ponto de vista biomédico, tais patologias são relativamente frequentes no ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, quando associadas ao perfil socioeconômico e racial das participantes, tornam-se indicativos de um fenômeno mais amplo: a determinância social do processo saúde-doença. Estudos apontam que mulheres negras, sobretudo aquelas inseridas em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica, apresentam maior incidência de doenças gestacionais devido à precariedade no acesso à saúde preventiva, às desigualdades nutricionais, ao estresse crônico decorrente do racismo estrutural e às barreiras no acompanhamento pré-natal (Leal et al., 2017; Werneck, 2016).

A análise interseccional permite compreender que não se trata apenas de fatores biológicos isolados, mas de condições historicamente produzidas pela interação entre racismo, gênero e classe social. O fato de metade das entrevistadas conviver com doenças como pré-eclâmpsia ou diabetes gestacional são indícios de falta de acesso a uma assistência de saúde integral e humanizada durante a gestação, além de evidenciar a negligência das instituições de saúde em adotar medidas efetivas de prevenção e cuidado.

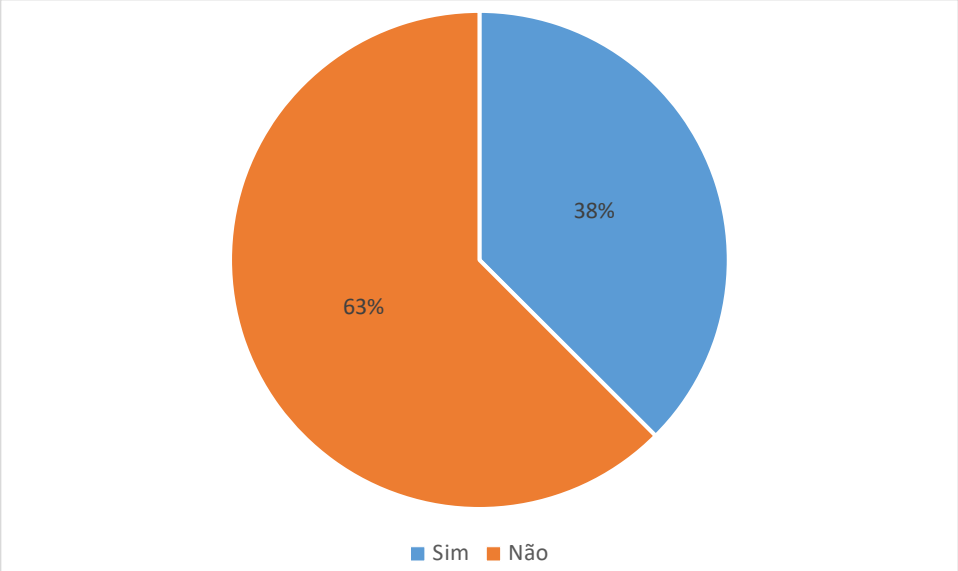
Cabe destacar que essas condições clínicas, quando mal acompanhadas, são também justificativas frequentemente utilizadas para a medicalização excessiva e a realização de cesarianas, mesmo em situações nas quais o parto natural poderia ser viável. Nesse sentido, a presença de

[34] A pré-eclâmpsia é uma causa significativa de morbidade e mortalidade materna, afetando até 8% das gestações em todo o mundo. Embora a etiologia precisa ainda esteja em estudo, a literatura sugere que alterações vasculares reduzem a perfusão placentária e afetam a remodelação das artérias espirais, criando a característica marcante da pré-eclâmpsia: pressão arterial elevada. O rastreamento para pré-eclâmpsia é atualmente recomendado para todas as gestantes, especialmente se houver fatores de risco. Um fator de risco conhecido e codificado nas diretrizes é a "raça afro-americana". Fasanya HO, Hsiao CJ, Armstrong-Sylvester KR, Beal SG. A Critical Review on the Use of Race in Understanding Racial Disparities in Preeclampsia. J Appl Lab Med. 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8516080/#:~:text=Resumo:,de%20outros%20poss%C3%ADveis%20mecanismos%20explicativos.

patologias pode ser instrumentalizada para reforçar a autoridade médica e limitar ainda mais a autonomia da mulher negra no processo de decisão sobre seu parto.

Portanto, esse achado revela mais do que a ocorrência de doenças gestacionais: ele evidencia a vulnerabilidade estrutural que coloca mulheres racializadas em maior risco de complicações obstétricas, ao mesmo tempo em que expõe como essas condições podem ser mobilizadas pelo sistema de saúde para legitimar práticas de violência obstétrica. Assim, reafirma-se a necessidade de compreender o racismo obstétrico como fenômeno que articula não apenas práticas discriminatórias no momento do parto, mas também todo o ciclo de cuidado pré-natal, gestacional e pós-parto, impactando diretamente na saúde e na dignidade das mulheres negras.

Gráfico 7 – Presença de Doula



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

A investigação acerca do acompanhamento por doulas[35] revelou que a maioria das entrevistadas (63%) não contou com esse suporte, enquanto 37% tiveram a presença de uma profissional durante o trabalho de parto. Esses

[35] Doulas são profissionais não médicas que oferecem suporte físico, emocional e informacional à gestante, antes, durante e após o parto. Seu papel não é clínico, mas de acompanhamento e fortalecimento do protagonismo da mulher no processo de gestação e nascimento, contribuindo para a redução da ansiedade, do medo e da percepção de dor, além de favorecer práticas de parto mais humanizadas (BRASIL, 2014).

dados indicam a baixa adesão e acesso ao serviço de doulagem, que poderia contribuir de forma significativa para a promoção do protagonismo das mulheres no parto, reduzindo intervenções desnecessárias e fortalecendo práticas humanizadas de cuidado.

As entrevistadas que tiveram acompanhamento relataram experiências positivas, especialmente quando a doula desempenhou o papel de apoio físico e emocional, auxiliando a mulher a sustentar seu desejo de um parto normal e garantindo informações durante o processo. Contudo, um dado de grande relevância emergiu: uma das entrevistadas afirmou ter vivenciado uma experiência marcada por racismo obstétrico praticado justamente por sua doula. Segundo seu relato, a profissional a chamou de covarde, expressão que foi interpretada como uma tentativa de desqualificação de sua experiência e de negação da legitimidade de sua dor.

Segundo o relato de Tereza de Benguela (2025), a doula lhe serviria de escudo contra a violência obstétrica na maternidade pública:

> Eu conheci uma Doula e aí eu pensei bom se eu tiver uma Doula isso vai me dar mais segurança! Então ter escolhido uma doula já foi uma questão e eu acredito que talvez uma mulher branca não pensaria nisso. De tipo assim, ah! vou ter uma doula porque acho bonito porque eu quero passar por essa experiência... pra mim não foi assim. Isso pra mim, a Doula foi assim: bom se eu tiver uma doula vai acontecer as coisas de uma forma segura pra mim. (Tereze de Benguela, 2025)

No entanto, no prosseguimento de seu relato, Tereza de Benguela (2025), afirma ter sido desrespeitada por quem ela acreditou que lhe protegeria:

> Teve um momento que a gente tava lá (referindo-se ao trabalho de parto) e eu disse que eu não queria mais, que eu ia desistir né. E aí uma das pessoas (referindo-se a equipe de doulas) disse assim: que que tava tendo um momento de covardia. O que ela falou foi muito forte pra mim. Ela disse tu vai desistir por um momento de covardia? Aquilo que você planejou tu não vai dar continuidade? E aí nesse momento acho que quebrou o meu vínculo sabe?

Esse episódio suscita reflexões importantes. Primeiramente, evidencia que mesmo profissionais vinculadas a um movimento que se propõe a humanizar a assistência ao parto não estão imunes à reprodução de

estereótipos raciais. O estigma da “mulher negra forte” ou “guerreira”, frequentemente naturalizado no imaginário social, reforça a ideia de que mulheres negras seriam mais resistentes à dor e, portanto, não necessitariam do mesmo acolhimento ou cuidado dispensado a mulheres brancas (Davis, 2019). Tal estereótipo, longe de representar empoderamento, sustenta práticas de negligência e violência simbólica, uma vez que ignora a subjetividade, a vulnerabilidade e a humanidade da mulher negra em um momento de extrema sensibilidade.

Além disso, o relato demonstra que o racismo obstétrico não está restrito às relações médico-paciente ou aos ambientes hospitalares, mas pode atravessar também a atuação de profissionais que, em tese, deveriam representar alternativas mais humanizadas de assistência. Isso reforça o caráter estrutural e difuso do racismo, capaz de se manifestar em diferentes vínculos de cuidado, independentemente da intencionalidade consciente do agente.

Portanto, esse achado revela a necessidade de uma formação antirracista no campo da doulagem e de outros profissionais de saúde, de modo que a assistência humanizada não se reduza a protocolos técnicos de apoio, mas que esteja comprometida com o reconhecimento das especificidades das mulheres negras e com a desconstrução ativa de estigmas raciais. A experiência relatada pela participante evidencia como a interseccionalidade entre gênero e pode ser utilizada de forma perversa para reforçar desigualdades.

Assim, o acompanhamento por doulas, embora positivo em muitos casos, não pode ser idealizado como solução absoluta. É necessário problematizar sua prática, garantindo que ela seja permeada por uma ética do cuidado que considere as desigualdades raciais como dimensão central para a promoção da dignidade e dos direitos humanos das mulheres negras no contexto obstétrico.

4.2 - Uma análise dos dados das questões temáticas

Passando para a análise de dados das questões temáticas, o questionário refere-se às vivencias obstétricas das entrevistadas, com

perguntas abertas e humanizadas a partir da quais buscou-se extrair dados sobre: (a) negação da autonomia e do protagonismo da mulher negra, (b) Desumanização e violência institucional no parto, (c) Racismo obstétrico interseccional: cor, classe e acesso à saúde e (d) Impactos sobre a vida das mulheres negras.

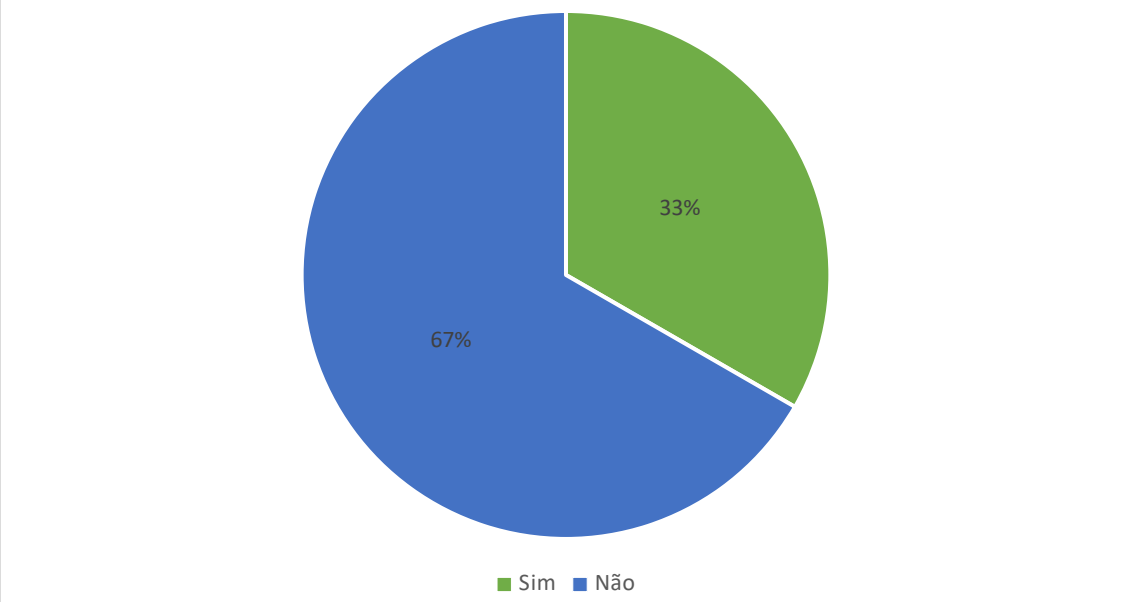
4.2.1 - Negação da autonomia e do protagonismo da mulher negra

A primeira categoria emergente da análise de conteúdo revela como a autonomia e o protagonismo das mulheres racializadas foram sistematicamente negados durante o processo de gestação e parto, configurando uma das expressões mais contundentes do racismo obstétrico. As narrativas analisadas evidenciam que, embora o parto devesse constituir um momento de protagonismo e decisão da mulher sobre seu corpo e seu filho, ele frequentemente se converteu em uma experiência marcada pela subalternização, pelo silenciamento e pela imposição de práticas não consentidas. Em 33% dos relatos, as participantes identificaram situações em que suas escolhas foram ignoradas ou deslegitimadas por profissionais de saúde, demonstrando a persistência de condutas paternalistas e autoritárias que ferem o princípio da dignidade humana e os direitos reprodutivos assegurados às mulheres no Brasil (BRASIL, 2017).

A negação da autonomia manifesta-se em múltiplas dimensões, que vão desde a realização de procedimentos sem consentimento informado até a desconsideração das preferências das parturientes quanto à presença de acompanhantes, posições de parto e métodos de alívio da dor. Essa dinâmica reflete o modelo tecnocrático de atenção ao parto, que centraliza o poder decisório na figura médica e perpetua práticas de controle sobre o corpo feminino, especialmente quando racializado. Como argumenta Diniz (2012), a medicalização excessiva e a hierarquização das relações entre profissionais e usuárias produzem um cenário de violação simbólica e material do direito de decidir. No caso das mulheres racializadas, tais práticas são potencializadas por estigmas raciais que as associam à resistência à dor, à hipersexualização e à desumanização, reproduzindo lógicas coloniais de dominação.

Ao analisar os depoimentos das participantes, observa-se que a negação do protagonismo feminino no parto não se restringe a episódios isolados, mas constitui um padrão institucional sustentado por estruturas de poder racial e de gênero. A ausência de informação sobre os procedimentos realizados, a proibição de toques afetivos de familiares durante o trabalho de parto e a anestesia sem prévio esclarecimento são exemplos concretos de como o corpo negro feminino é objetificado e destituído de voz. Assim, a categoria “Negação da autonomia e do protagonismo da mulher negra” denuncia a persistência de uma cultura obstétrica que, ao invés de reconhecer a mulher como sujeito de direitos, reafirma sua condição de objeto de intervenção, contrariando os princípios de humanização previstos nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2017; DINIZ, 2012).

Gráfico 8 – Distribuição das Entrevistadas de acordo com a percepção de negação de autonomia e do protagonismo da mulher negra.



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

O Gráfico 8 evidencia que 33% das participantes identificaram a negação de sua autonomia e do protagonismo durante o parto, o que representa um dado alarmante e revelador das práticas persistentes de violação de direitos reprodutivos das mulheres negras. Essa realidade mostra como, mesmo diante dos avanços normativos e das políticas públicas que buscam promover um parto mais humanizado, a autonomia feminina ainda é frequentemente desconsiderada ou controlada por profissionais de saúde, em especial no contexto obstétrico, como se extrai dos trechos a seguir:

> “Lembro que eu acordei uma hora assim com muita dor no peito e tinha uma enfermeira que tinha pegado meu peito, do jeito que eu tava, virada de lado. Abriu assim a minha camisola pegou meu peito e tava botando ele pra mamar! (Esperança Garcia, 2025)

O relato de Esperança Garcia (2025) ilustra esse processo com clareza: a manipulação de seu corpo sem consentimento, enquanto estava desacordada, representa uma violação não apenas de sua autonomia física, mas também de sua dignidade enquanto mulher e pessoa negra. Essa prática remete ao que Oyěwùmí (1997) denomina “colonialidade do corpo”, ou seja, a imposição de hierarquias e saberes ocidentais que deslegitimam o conhecimento e a vontade das mulheres africanas e suas descendentes. No contexto hospitalar, esse domínio se manifesta por meio de gestos técnicos revestidos de autoridade científica, mas que ocultam a perpetuação de uma lógica patriarcal e racializada de subordinação.

> Eu fiquei só deitada. Minha mãe queria fazer massagem na minha barriga não deixavam. Diziam que isso iria estimular mais as contrações e que eu teria mais dor, daí não deixavam. Minha mãe brigou. Estava eu, minha mãe e o meu companheiro no quarto. Ela vinha me massagear e as enfermeiras, bem grossas, não pode tocar, não pode fazer isso. Minha mãe dizia: Mas eu estou tentando acalmar ela, acalmar as dores, é um carinho. E elas diziam: Não pode! E o toque! Cada vez que vinham tinha o toque, então para mim não foi uma experiência boa. (Zacimba Gaba, 2025)

A narrativa de Zacimba Gaba (2025), por sua vez, denuncia o controle institucional sobre o corpo e as relações afetivas da parturiente. A proibição de que sua mãe tocasse sua barriga para aliviar a dor revela o apagamento de práticas tradicionais de cuidado e a substituição de vínculos de afeto por

protocolos impessoais. Ao desautorizar o gesto materno, o corpo da mulher negra é novamente colonizado — privado de sua rede de apoio, de sua cultura e de sua voz. Boaventura de Sousa Santos (2019) chama atenção para essa forma de “epistemicídio”, que ocorre quando saberes outros, como o cuidado ancestral e o acolhimento comunitário, são silenciados em nome de um modelo biomédico dominante.

> Sabe mas uma coisa que eu também fico em dúvida! Por que eu tomei uma anestesia geral? Será que ia mudar se eu tomasse uma outra anestesia? Uma coisa que não sei. Mas não me disse nada, só me deu anestesia, eu senti um sono e apaguei. (...) Não vi o momento que ele nasceu. (Zeferina, 2025)

Já o depoimento de Zeferina (2025) expressa uma das formas mais graves de negação de protagonismo: a ausência de consentimento para procedimentos anestésicos, culminando em uma experiência de parto sem consciência e sem memória. A anestesia geral, aplicada sem informação prévia, constitui um exemplo paradigmático de violência obstétrica, pois retira da mulher a possibilidade de vivenciar o nascimento de seu filho. Trata-se de uma violação direta aos princípios de humanização do parto previstos na Política Nacional de Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento (BRASIL, 2017), que reconhece a importância da presença ativa da gestante em todas as decisões sobre seu corpo e seu bebê.

Essa negação da autonomia não se manifesta de forma neutra: ela está atravessada pelas marcas do racismo estrutural e institucional, que produz a imagem histórica da mulher negra como corpo controlável, submisso e desprovido de legitimidade para reivindicar direitos. Além disso, negar autonomia significa retirar dessas mulheres a possibilidade de exercer o direito de decidir sobre procedimentos, analgesia, posição para o parto ou mesmo sobre a via de nascimento.

As falas das participantes evidenciam um padrão sistemático de negação da autonomia que ultrapassa a dimensão individual, refletindo estruturas interseccionais de poder que combinam gênero, raça e classe social. Conforme sustenta Crenshaw (2002), a interseccionalidade permite compreender como múltiplas formas de opressão se entrelaçam e produzem efeitos específicos sobre as mulheres negras, que não são apenas vítimas de

uma desigualdade de gênero, mas de uma sobreposição de exclusões raciais e sociais.

Tal prática configura uma violação não apenas ética, mas também de direitos humanos, conforme apontam organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que defende o parto respeitoso como elemento central da dignidade da mulher. Essa condição torna suas experiências obstétricas particularmente vulneráveis à desumanização, uma vez que seus corpos são historicamente lidos como objetos de controle e experimentação, e não como sujeitos de direitos.

Nesse sentido, os relatos analisados demonstram que o racismo obstétrico não se limita a insultos ou maus-tratos explícitos, mas se concretiza em práticas sutis e institucionalizadas de negação da palavra, do toque e da decisão. Ao silenciar as mulheres negras e expropriá-las de sua autonomia, o sistema de saúde reforça uma herança colonial que transforma o parto — um momento de criação e potência — em experiência de subjugação e dor. A resistência, contudo, emerge das próprias narrativas, que ao serem enunciadas, desafiam a lógica do silêncio e reivindicam o direito ao protagonismo e à escuta como fundamentos da justiça reprodutiva e dos direitos humanos das mulheres racializadas.

Portanto, o dado de que um terço das entrevistadas vivenciou a negação explícita de sua autonomia revela não apenas um déficit na efetivação das políticas públicas de saúde, mas sobretudo a persistência de uma lógica de desumanização racializada. Essa constatação exige o fortalecimento de estratégias de formação dos profissionais de saúde com enfoque na perspectiva de gênero, raça e direitos humanos, de modo a romper com práticas autoritárias que continuam a marcar a experiência obstétrica das mulheres negras.

4.2.2 - Desumanização e violência institucional no parto

A segunda categoria evidencia a presença de práticas de violência obstétrica sob uma perspectiva relacional e institucional, revelando que a desumanização no atendimento às mulheres negras constitui expressão concreta do racismo obstétrico. Segundo o gráfico 9, as entrevistas

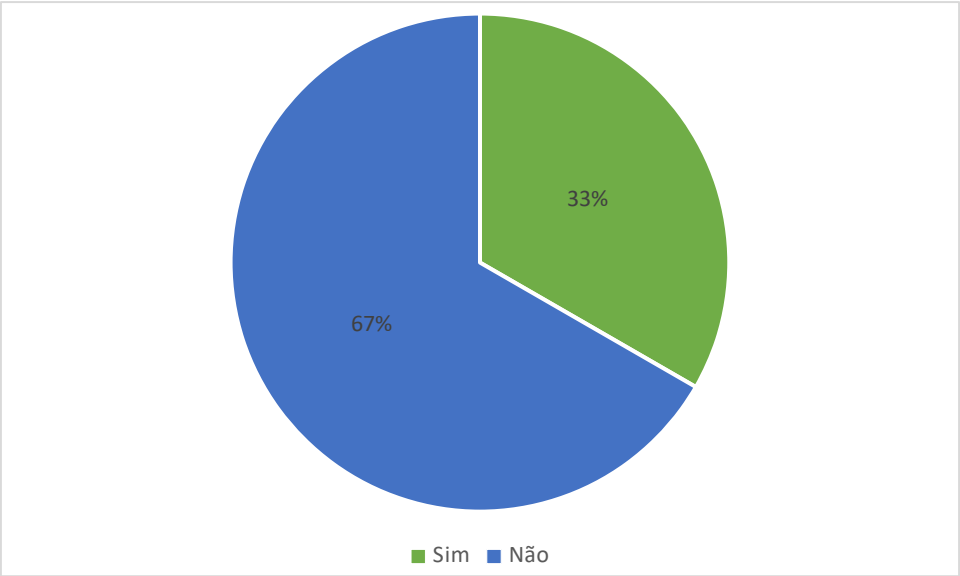
demonstram que 33% das participantes relataram experiências de violência obstétrica manifestadas sob múltiplas formas: verbal, simbólica, física e emocional.

Tais práticas se materializaram em agressões verbais, procedimentos invasivos sem consentimento, tratamento impessoal e negação de apoio emocional durante o parto. Esses elementos caracterizam o que Diniz, Salgado e Andrezzo (2015) denominam de violência obstétrica institucional, isto é, a violação sistemática dos direitos humanos das mulheres, legitimada pela autoridade médica e pela estrutura hierárquica dos serviços de saúde, o que ficou visível a partir das narrativas das mulheres racializadas entrevistadas ao longo da pesquisa empírica.

A violência obstétrica é um fenômeno persistente, que se remodela e se adapta ao longo do tempo, mantendo-se presente nas práticas institucionais mesmo após décadas de denúncias e mobilização social. Apesar dos avanços normativos, das políticas públicas e do protagonismo dos movimentos feministas e negros na denúncia dessas violências, as narrativas evidenciam que a desumanização do cuidado e o controle sobre o corpo das mulheres — especialmente o corpo negro — continuam a estruturar a assistência obstétrica no Brasil.

Essa permanência revela que o problema não se limita à falta de informação ou de sensibilização profissional, mas decorre de uma estrutura histórica e relacional de poder, sustentada pelo racismo institucional e pelo sexismo que perpassam o sistema de saúde. Assim, as formas contemporâneas de violência obstétrica reatualizam práticas antigas de dominação e silenciamento, reafirmando a necessidade de compreender o parto como um espaço político e ético de disputa por reconhecimento, dignidade e direitos humanos das mulheres racializadas.

Gráfico 9 – Distribuição das Entrevistadas de acordo com a percepção de desumanização e violência no parto.



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

As falas das entrevistadas refletem a naturalização de condutas violentas que, muitas vezes, se disfarçam sob a aparência de rotina hospitalar.

> “Não me chamavam pelo meu nome, me chamavam de moça ou mãezinha!” (Zeferina, 2025)

Quando Zeferina (2025) afirma: *“Não me chamavam pelo meu nome, me chamavam de moça ou mãezinha”*, ela denuncia a anulação de sua identidade e subjetividade, substituídas por termos genéricos que destituem a mulher de individualidade e humanidade. Essa prática simbólica, aparentemente banal, traduz o que Foucault (1987) denomina de *microfísica do poder*, em que o controle se exerce por meio de gestos, palavras e olhares, moldando corpos e subjetividades a partir da lógica da obediência e da docilidade. No caso das mulheres negras, essa despersonalização adquire contornos ainda mais profundos, pois opera sobre uma base histórica de desumanização racial que as associa à força e à resistência à dor (DAVIS, 2016).

> “Ele disse: dificilmente essa gestação vai vingar. Ele disse: já vai se preparando porque não vai pra frente! [...] eu saí chorando da sala (Dandara de Palmares, 2025)

A narrativa de Dandara de Palmares (2025) explicita outra dimensão dessa violência: a negação de empatia e a invalidação emocional no momento mais sensível da gestação. Ao ouvir de um profissional de saúde que sua gravidez “dificilmente iria vingar”, a participante experimenta o que Fanon (2008) denomina *violência simbólica do olhar colonial*, que inferioriza e descredibiliza o corpo negro. Essa atitude profissional não apenas viola o princípio da beneficência médica, mas reforça o estigma de que a mulher negra seria biologicamente menos apta à reprodução saudável, perpetuando uma visão racista e eugenista que remonta à escravidão (ROBERTO, 2019)

Segundo Diniz (2015), a violência obstétrica se configura quando as práticas de cuidado se convertem em práticas de controle, disciplinamento e silenciamento, transformando o corpo feminino em objeto de intervenções médicas desnecessárias e desprovidas de consentimento. Ao negar apoio emocional e tratar a parturiente de maneira impessoal, o sistema de saúde contribui para a reprodução de uma lógica tecnocrática e hierárquica, onde o saber biomédico se sobrepõe às vivências e aos saberes das mulheres.

> “[...] Ah! Da minha mãe. E das minhas irmãs também. Então, todas tiveram no sistema público e segundo elas, elas diziam que não poderiam gritar porque incomodava os outros pacientes Então, já vim com isso, de que o dia que eu for dar luz, vou ter que segurar as minhas dores, não vou poder falar, não vou poder gritar, porque daqui a pouco, as pessoas, mesmo que seja particular vão fazer eu me retrair, da mesma forma que fizeram no sistema público. Então, eu aguentei as minhas dores quietinha, bem de boa. Mas ouvi muito da minha mãe e das minhas irmãs que não poderia gritar.” (Zacimba Gaba, 2025)

Já o depoimento de Zacimba Gaba (2025) expõe a internalização coletiva da violência obstétrica: mulheres negras de sua família haviam aprendido, por repetição histórica, que não poderiam gritar de dor durante o parto, sob pena de repreensão. Essa herança do silêncio, transmitida entre gerações, evidencia o processo de subjetivação colonial descrito por hooks (2019), segundo o qual o medo e a repressão tornam-se dispositivos de controle social. O corpo negro feminino, nesse contexto, é educado para suportar, calar e resistir, mesmo diante da dor extrema. Tal dinâmica reproduz a lógica do sofrimento como destino natural das mulheres negras — uma ideologia que se infiltra nas práticas de saúde e compromete a efetividade das políticas de humanização do parto e nascimento (BRASIL, 2017).

> “[...] A enfermeira falou que já estava quase nascendo. Ele (referindo-se ao médico) chegou. Eu nem vi que ele cortou, nem sei se aplicou alguma anestesia. Com a dor e tensão que eu estava não percebi nada. Ele também não me falou. Só percebi depois quando ele estava costurando porque sentia umas fisgadas. (...) Foi horrível, tive que voltar duas vezes porque os pontos abriram e ele ainda me xingou, disse que eu que não estava me cuidando direito.” (Luiza Mahin, 2025)

Por fim, a narrativa de Luiza Mahin (2025) denuncia de forma contundente a violência institucionalizada em sua dimensão física e psicológica: a realização de episiotomia sem consentimento e sem anestesia prévia, seguida de humilhação durante o pós-parto. A ausência de comunicação e o julgamento moral após o procedimento demonstram o poder autoritário e punitivo que ainda estrutura o modelo tecnocrático de assistência obstétrica no Brasil (DINIZ, 2012). Tais práticas configuram graves violações aos direitos humanos das mulheres, pois desconsideram princípios básicos de respeito, integridade corporal e autonomia previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 11.108/2005, que assegura o direito à presença de acompanhante durante o parto.

A literatura crítica sobre o modelo tecnocrático de atenção ao parto mostra que a centralidade excessiva na tecnologia, nos protocolos rígidos e no controle médico reforça a desumanização da experiência obstétrica. Para as mulheres negras, essa violência é intensificada pelo racismo estrutural, que as posiciona como sujeitos historicamente deslegitimados, naturalizando a ideia de que não merecem acolhimento digno e respeito.

Nesse sentido, o racismo obstétrico não deve ser visto como evento isolado, mas como expressão institucionalizada de desigualdades sociais e raciais, que reproduzem no espaço hospitalar as estruturas históricas de opressão. O conceito de violência institucional (Minayo, 2010) é fundamental para compreender como práticas aparentemente rotineiras podem assumir caráter violento quando negam à mulher o direito de ser protagonista do seu processo reprodutivo e quando perpetuam hierarquias baseadas em gênero, raça e classe.

> Violência Institucional [...] É aquela que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. Uma dessas modalidades de violência ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos. (Minayo, 2010)

Assim, a categoria “Desumanização e violência institucional” desvela as engrenagens de um sistema de saúde que, ao invés de acolher, reproduz as mesmas violências históricas que marcaram o corpo da mulher negra desde o período colonial. As práticas descritas pelas participantes não são exceções, mas expressões de um modelo biomédico centrado na hierarquia, no autoritarismo e na racialização do cuidado. Compreender essas experiências é, portanto, um passo fundamental para reivindicar uma justiça reprodutiva efetiva, pautada na escuta, no respeito e na plena dignidade das mulheres negras — sujeitos de saber, de corpo e de voz.

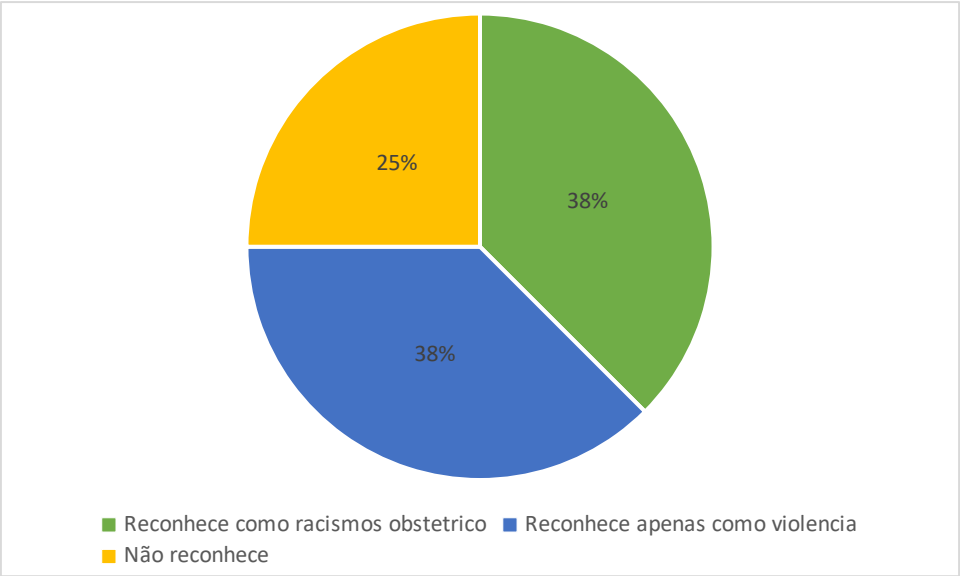
4.2.3 - Racismo obstétrico interseccional: cor, classe e acesso à saúde

A terceira categoria evidencia a interseção entre raça, classe social e desigualdade no atendimento obstétrico, demonstrando que as experiências das mulheres negras não podem ser compreendidas de forma isolada, mas articuladas aos seus múltiplos marcadores sociais.

O Gráfico 10 – Distribuição das Entrevistadas de acordo com a percepção acerca do racismo obstétrico revelou que 25 % das participantes não reconheceram o racismo obstétrico como elemento determinante na forma de tratamento recebido durante o parto, 37 % o identificaram explicitamente e 38% relataram experiências de violência obstétrica sem relacioná-las diretamente ao fator racial.

Esses dados sugerem que o racismo obstétrico opera de maneira complexa e difusa, nem sempre perceptível como tal pelas próprias vítimas, o que reforça seu caráter estrutural e institucional, naturalizado nas práticas cotidianas de cuidado à saúde. As narrativas não podem ser compreendidas de maneira isolada, mas como resultado de um processo histórico de desumanização dos corpos negros, profundamente enraizado nas estruturas sociais e institucionais brasileiras.

Gráfico 10 – Distribuição das Entrevistadas de acordo com a percepção acerca do racimos obstétrico.



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

> “Tenho certeza que se meu tom de pele fosse mais claro teriam me dado mais atenção. A gente sente, sabe? Cada vez que eu chamava a resposta era: tem que esperar, já vamos ver ou algo assim, sabe? Pra mim nada podia, sabe?” (Maria Felipa)

A fala de Maria Felipa (2025) traduz de forma contundente a experiência do racismo sutil e relacional. Seu relato evidencia o que Almeida (2019) denomina de racismo institucional, isto é, aquele que se manifesta nas estruturas e dinâmicas das instituições públicas, produzindo desigualdades de acesso e tratamento. Este conceito nos auxilia a compreender que tais experiências não são frutos de atitudes individuais e episódicas, mas de um sistema que naturaliza desigualdades raciais e legitima práticas discriminatórias em diferentes esferas, inclusive no campo da saúde.

Nesse contexto, o racismo obstétrico se manifesta tanto pela negação de cuidados humanizados quanto pela imposição de práticas violentas, legitimadas pela ideia de que mulheres negras são mais resistentes à dor ou menos merecedoras de cuidado (Carneiro, 2003). O tempo de espera prolongado, a negligência e o desinteresse dos profissionais são expressões simbólicas e materiais da desvalorização da mulher negra, cujo corpo é historicamente associado à resistência e à força, o que resulta na negação de cuidado, empatia e prioridade.

> “Ali no momento quando tu tá tendo um filho tu é a pessoa mais vulnerável do mundo e isso tem que ser levado em conta né e pra mulher negra muito mais porque já se tem essa visão de que tu vai aguentar e às vezes a gente simplesmente não aguenta” (Tereza de Benguela)

De modo semelhante, a percepção de Tereza de Benguela (2025) remete à construção social da *mulher negra forte*, um estereótipo que, segundo hooks (2019), opera como mecanismo de desumanização ao negar às mulheres negras o direito à fragilidade e à dor. No contexto obstétrico, essa imagem legitima práticas de descuido e sofrimento imposto, pois os profissionais presumem que essas mulheres suportam mais, precisam de menos cuidado e podem ser atendidas por último. Assim, a dor física e emocional é reinterpretada como resistência natural, quando, na realidade, representa um sofrimento imposto por uma estrutura racista que persiste no interior dos serviços de saúde.

> “Acho que é muito a questão de as pessoas que trabalham ali não querer dispor daquele tempo, não querer ficar preso naquilo, querer liberar logo pra despachar as pessoas. Como se a gente não fosse humano! Como essas crianças que viessem a nascer não fossem humanas! (Zacimba Gaba)

Por fim, o depoimento de Zacimba Gaba (2025) — *“Como se a gente não fosse humano! Como essas crianças que viessem a nascer não fossem humanas!”* — amplia a análise ao evidenciar que o racismo obstétrico atinge não apenas as mulheres, mas também seus filhos e toda a comunidade negra. Essa dimensão coletiva do sofrimento remete ao conceito de Epistemologias do Sul, de Santos (2019), que reconhece o racismo como forma de *epistemicídio*, isto é, a negação do outro como sujeito de saber e de humanidade. A desumanização do parto da mulher negra, portanto, reflete a negação histórica de sua plena cidadania, expressa em práticas que vão da ausência de escuta e acolhimento até a negligência assistencial.

Os resultados apontam que o racismo obstétrico não se reduz a comportamentos individuais, mas se estrutura como um sistema relacional de desigualdade, onde cor e classe interagem para determinar quem é ouvido, respeitado e cuidado. Mulheres negras e pobres continuam sendo as principais vítimas de negligência e violação de direitos no parto, confirmando o que

Crenshaw (2002) define como a sobreposição de opressões interseccionais. Nesse sentido, reconhecer a existência do racismo obstétrico é passo essencial para a formulação de políticas públicas antirracistas e para a construção de um modelo de atenção à saúde verdadeiramente humanizado, que garanta às mulheres negras o direito de parir com dignidade, respeito e autonomia.

Assim, compreender o racismo obstétrico sob a ótica interseccional permite não apenas denunciar as práticas discriminatórias, mas também propor caminhos para garantir às mulheres negras o direito fundamental a uma maternidade segura, respeitosa e digna, em consonância com os princípios universais de justiça social e direitos humanos.

4.2.4 - Impactos emocionais e simbólico

O parto e o nascimento de um filho são experiências singulares, marcadas por grande carga física, emocional e simbólica. Trata-se de um momento em que a mulher se encontra em intensa vulnerabilidade, tanto pelo esforço físico, quanto pela exposição de seu corpo e pela dependência de cuidados de terceiros. Contudo, no Brasil, essa experiência muitas vezes é atravessada por práticas violentas e desumanizadoras, que transformam um acontecimento natural e potente em um episódio de dor, medo e trauma.

De acordo com o Dossiê “Pariras com Dor” (Rede Parto do Princípio, 2012), a violência obstétrica — termo que nomeia essas práticas abusivas — manifesta-se de diversas formas: desrespeito à autonomia da mulher, ausência de consentimento informado, uso de intervenções desnecessárias, humilhações verbais, xingamentos, negligência e até procedimentos realizados à força. Esses atos não se restringem à dimensão física; produzem também marcas emocionais e simbólicas profundas. A mulher que é violentada no parto muitas vezes relata sentimento de impotência, culpa e inadequação, como se seu corpo tivesse falhado ou não fosse capaz de parir de forma “correta”.

Essa violência institucionalizada reflete uma cultura patriarcal que historicamente controla os corpos das mulheres, especialmente os corpos negros e pobres, transformando o parto em um evento médico e não mais em

uma experiência humana e social. O corpo da mulher, em vez de ser reconhecido como protagonista do processo, é tratado como objeto de intervenção. Esse controle técnico e hierárquico retira da mulher seu lugar de sujeito, de quem sente, escolhe e decide.

As consequências dessa má assistência vão muito além do momento do parto. Mulheres que vivenciam experiências traumáticas podem desenvolver transtornos psíquicos, como depressão pós-parto, ansiedade, síndrome do pânico e até estresse pós-traumático. Além disso, o trauma repercute na relação com o bebê, na amamentação e na forma como essa mulher passa a perceber o próprio corpo e a maternidade. O parto, que poderia ser uma experiência de empoderamento e conexão com o próprio corpo e com o filho, transforma-se em lembrança dolorosa e silenciosa.

Quando essas práticas são realizadas com mulheres negras, elas assumem uma dimensão mais ampla, pois se baseiam em preconceitos históricos e racistas que permanecem vigentes nos sistemas de saúde, crenças que representam um legado direto do racismo colonial e escravista, com consequências médicas, emocionais e fatais.

Refletir sobre essas práticas é também pensar na necessidade urgente de humanização da assistência obstétrica. Isso implica reconhecer a mulher como sujeito de direitos, respeitar suas decisões, garantir o acesso à informação, permitir a presença de acompanhante, oferecer analgesia quando solicitada e assegurar uma comunicação empática e acolhedora. Humanizar o parto é resgatar o sentido do cuidado, devolvendo à mulher a dignidade, o protagonismo e o respeito que lhe foram negados por séculos.

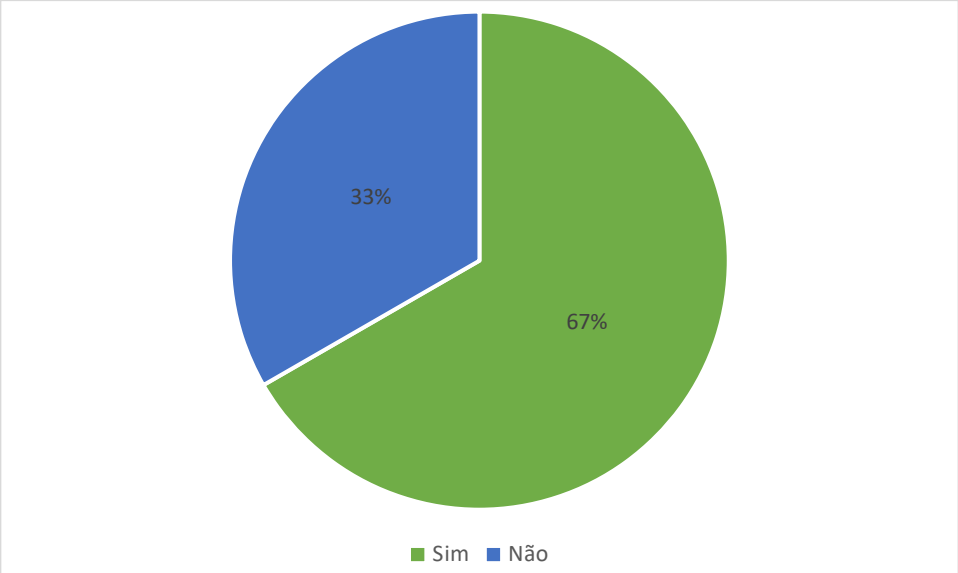
Em síntese, o trauma do parto violento não é uma dor individual, mas um reflexo de estruturas de poder e desigualdade que precisam ser enfrentadas. Transformar essa realidade é tarefa coletiva — do Estado, das instituições de saúde, dos profissionais e da sociedade — na busca por um modelo de cuidado que celebre, e não viole, o nascimento e a vida das mulheres.

A pesquisa empírica realizada vai ao encontro do exposto, ao constatar que 67% das entrevistadas relataram impactos negativos decorrentes da experiência de parto, os quais transcenderam a dimensão imediata do evento obstétrico, alcançando esferas físicas, emocionais, espirituais e de projeto de vida. As marcas deixadas por episódios de violência e desrespeito

atravessaram não apenas a saúde das mulheres, mas também sua relação com a maternidade, com o sistema de saúde e com a própria possibilidade de gestar novamente.

A categoria “Impactos emocionais e simbólicos” evidencia as marcas subjetivas deixadas pela experiência da violência obstétrica e revela como a desumanização do parto produz feridas que ultrapassam o campo físico, afetando profundamente a dimensão psíquica e simbólica das mulheres.

Gráfico 11 – Distribuição das Entrevistadas de acordo com a percepção sobre os impactos emocionais e simbólicos.



Fonte: Dados de Campo da Autora (2025)

Esse resultado corrobora os achados de pesquisas nacionais e internacionais que evidenciam como a violência obstétrica e o racismo institucional não apenas comprometem a segurança física das mulheres, mas geram traumas psicológicos e espirituais profundos, que se manifestam em formas de estresse pós-traumático, depressão pós-parto, medo de novas gestações e desconfiança nos serviços de saúde (DINIZ, 2015; WHO, 2018).

As narrativas de Esperança Garcia e Zacimba Gaba permitem compreender que o parto, longe de ser apenas um evento biológico, constitui um momento existencial e socialmente construído, atravessado por

expectativas, significados e relações de poder. Quando esse momento é violado, o corpo e a mente da mulher registram uma ruptura que se manifesta em sentimentos de culpa, impotência e não pertencimento — elementos centrais na constituição do trauma obstétrico (DINIZ; SALGADO; ANDREZZO, 2015).

> Eu não...não conseguia aceitar a forma que ele nasceu porque foi tipo assim, eu fiz uma idealização do parto normal. Então tipo já ali naquela noite que a enfermeira tentou fazer amamentar, assim, eu lembro que a minha reação vendo ela botar o nenê pra mamar foi super negativa. Tipo assim, ele nasceu de cesárea e tudo mais né! Ali na hora né, eu aceitei tudo bem. Mas já na hora que eu fui pro quarto eu já na minha cabeça, meus pensamentos já ficaram eu não consegui, sabe! Eu não, eu não conseguia aceitar. Só eu não falei pra ninguém! (Esperança Garcia)

O relato de Esperança Garcia (2025) expressa com clareza esse processo: ao afirmar que “não conseguia aceitar a forma que ele nasceu”, a participante revela o conflito entre a idealização do parto e a experiência real marcada pela cesariana e pela ausência de consentimento esclarecido. Tal dissociação evidencia o impacto simbólico da perda de autonomia, que transforma um evento potencialmente empoderador em uma vivência de negação e sofrimento. Segundo Leal et al. (2021), o trauma obstétrico frequentemente se associa à sensação de expropriação do corpo e à quebra de confiança entre paciente e equipe médica, fazendo com que a mulher internalize a violência como incapacidade pessoal. No caso das mulheres negras, como demonstra Davis (2016), esse sentimento é agravado pela herança histórica da objetificação do corpo negro feminino, cuja dor foi sistematicamente desconsiderada desde o período colonial.

> Ninguém vai saber o que a gente pensa, o que passa na nossa cabeça, quais são as nossas emoções... então nem todas vão estar num momento bom, principalmente naquele momento, que é um momento que a gente estão tão frágil. Então, precisa haver respeito independente se tá sendo particular ou não é o nosso momento! É algo que a gente vai levar pra vida pra nossa e pra vida dos nossos filhos. Então que eles respeitem porque foi a profissão que eles escolheram, segundo eles por amor. Então que seja por amor... também a nossa escolha... que respeite por amor a nossa escolha que nada mais, acho que nada mais, nada vale tanto quanto tu respeitar a pessoa como ser humano e deixar a gente escolher a forma que a gente quer de parto a forma que a gente quer, que a gente vê as coisa... a forma que se preparou... não tirar isso da gente... não roubar, não roubar esse momento. Deixar a gente

> escolher! Respeitem que o nosso corpo sabe trabalhar é só dar o tempo pra ele fazer as coisas certas. Sem traumas, por favor! (Zacimba Gaba)

Já o depoimento de Zacimba Gaba (2025) amplia a compreensão desse impacto ao situá-lo no campo da dignidade e do reconhecimento. Ao reivindicar “respeito por amor” e pedir que “não roubem esse momento”, a entrevistada articula a experiência do parto como um acontecimento identitário e relacional — um rito de passagem que, quando violado, rompe laços simbólicos com o próprio corpo e com o bebê. A expressão “não roubar esse momento” ressoa o que hooks (2019) descreve como violência epistêmica e afetiva: o apagamento da mulher negra como sujeito de saber e de sensibilidade. Para ela, a ausência de respeito e escuta durante o parto representa não apenas uma falha técnica, mas uma agressão moral e espiritual, que compromete a memória do nascimento e perpetua a sensação de desvalorização enquanto mulher e mãe.

Além disso, a literatura feminista negra (Davis, 2016; hooks, 2019; Carneiro, 2003) enfatiza que a maternidade das mulheres negras historicamente esteve marcada por processos de exploração, controle e negação de direitos. As experiências relatadas nesta pesquisa ecoam esse legado, demonstrando que o racismo obstétrico não se limita ao momento do parto, mas reverbera na trajetória de vida das mulheres, afetando sua autonomia reprodutiva, seu bem-estar integral e sua confiança nas instituições de saúde.

Portanto, compreender os impactos do racismo obstétrico na vida das mulheres racializadas significa reconhecer que se trata de uma questão de direitos humanos e justiça reprodutiva. Mais do que relatar violências, as entrevistadas denunciam um sistema que falha em assegurar-lhes respeito, cuidado e dignidade. As consequências relatadas apontam para a urgência de políticas públicas que considerem a dimensão reparatória e transformadora, garantindo não apenas o acesso formal à saúde, mas um cuidado livre de discriminação racial e de violência institucional.

Os impactos emocionais e simbólicos da violência obstétrica, portanto, não se encerram no momento do parto. Eles reverberam na forma como as mulheres se percebem, como constroem o vínculo com seus filhos e como se relacionam com o próprio corpo. As falas analisadas demonstram que a

violência obstétrica é também uma forma de violência psíquica e simbólica, que fragiliza a autoestima, corrompe o sentido do maternar e impõe uma dor silenciosa, muitas vezes invisível às estatísticas. Reconhecer essas dimensões é essencial para que as políticas públicas e as práticas profissionais avancem além da humanização formal, promovendo uma escuta empática e reparadora que considere as especificidades das mulheres negras e suas experiências de vida (BRASIL, 2017; CRENSHAW, 2002).

Diante dos resultados apresentados, percebe-se que o racismo obstétrico se mostra em sua forma estrutural, articulando-se a condições socioeconômicas e reforçando desigualdades históricas. Mesmo em ambientes privados, onde a condição financeira tende a suavizar algumas barreiras, o preconceito persiste, revelando a permanência da lógica de racialização do cuidado.

As quatro categorias analisadas — negação da autonomia, desumanização e violência institucional, racismo obstétrico interseccional e impactos sobre a vida — permitem compreender o fenômeno investigado como expressão de uma prática sistêmica, que atravessa a experiência de parto das mulheres negras no Brasil.

Essas vivências confirmam que o racismo obstétrico deve ser tratado não apenas como um problema de saúde, mas como uma questão de justiça social, de direitos humanos e de reparação histórica. O enfrentamento dessa realidade exige políticas públicas antirracistas, formação crítica de profissionais de saúde e a escuta qualificada das mulheres negras como protagonistas de suas histórias e de suas lutas. O resgate das vozes das mulheres negras neste estudo reafirma a centralidade da escuta e a urgência de políticas públicas que combatam as práticas discriminatórias no cuidado obstétrico.

4.3 Superando a invisibilidade e reconstruindo os Direitos Humanos das Mulheres Racializadas Erechinenses

A trajetória das mulheres racializada no campo da saúde reprodutiva revela uma dolorosa continuidade histórica de negação de direitos, silenciamento e violação corporal. Essa realidade, atravessada pelo racismo institucional e pelo sexismo estrutural, impõe às mulheres racializadas o

desafio de se reconhecerem como sujeitos de direito em espaços que, historicamente, as desumanizam. Superar essa invisibilidade é, portanto, um ato político e epistemológico que exige não apenas denunciar as violências, mas também reconstruir o próprio significado dos Direitos Humanos a partir de um olhar situado e interseccional.

Reconhecer-se como mulher negra em uma sociedade estruturada pelo racismo não é um processo simples. É um ato contínuo de autoconhecimento e resistência, que demanda coragem para nomear violências naturalizadas e romper com o pacto do silêncio. Desenvolver consciência racial é também um exercício de libertação e, simultaneamente, um fardo psíquico, pois revela as engrenagens sutis do racismo que operam em cada gesto, ausência e olhar. Ao nomear essas violências, as mulheres racializadas desafiam as estruturas que as silenciam e reafirmam sua humanidade.

No contexto de Erechim, essa realidade se manifesta de modo agudo nas experiências das mulheres racializadas atendidas pelo sistema de saúde pública, especialmente durante a gestação, parto e puerpério. O racismo obstétrico, entendido como a intersecção entre a violência obstétrica e o racismo institucional, é a expressão contemporânea da lógica colonial que historicamente objetifica e controla os corpos das mulheres negras. Identificá-lo e denunciá-lo é uma exigência ética e política, pois somente assim é possível reconstruir práticas de cuidado pautadas na dignidade e na justiça reprodutiva.

A superação dessa invisibilidade passa também pela mudança do lugar de enunciação. No percurso desta pesquisa, assumi conscientemente o deslocamento do lugar de *sujeita pesquisada* — aquela cujas experiências são analisadas por olhares externos — para o lugar de pesquisadora e narradora de si mesma. Como aponta Conceição Evaristo (2017), a escrita das mulheres racializadas é uma *escrevivência*, isto é, uma escrita que nasce das experiências de vida e as transforma em discurso político e poético. Essa escolha metodológica não é apenas estética, mas epistemológica, pois reconhece que a vivência é também fonte legítima de conhecimento.

Contar a própria história é um gesto de insubmissão diante de séculos de apagamento. A minha experiência enquanto mulher negra, mãe e advogada é parte constitutiva desta dissertação e representa o ponto de inflexão que me aproximou do tema do racismo obstétrico. O relato que segue é mais que um

testemunho pessoal; é um documento político, um espelho das muitas narrativas silenciadas que atravessam o cotidiano das mulheres racializadas em Erechim e no Brasil.

> O meu filho foi muito desejado. Eu sonhava com um parto natural, consciente e respeitoso. Preparei-me física e emocionalmente para esse momento. Contudo, o que deveria ser um ato de amor e celebração transformou-se em uma experiência de violação e impotência. A decisão médica pela cesariana, tomada sem o meu consentimento e sem indicação clínica, retirou-me o protagonismo e deixou em mim marcas que ultrapassam o corpo físico. A dor do pós-operatório era mínima diante da dor simbólica de não ter podido parir meu filho. Durante anos, carreguei a culpa de sentir tristeza por algo que a sociedade insistia em me fazer agradecer: um filho saudável. Só mais tarde compreendi que o que vivi foi uma forma de violência obstétrica — e, mais profundamente, de racismo institucional. (A autora, 2025)

Essa experiência traduz as múltiplas dimensões da violência obstétrica e suas intersecções com o racismo. A negação da autonomia, o controle do corpo, o silenciamento da mulher e o paternalismo médico são expressões concretas de uma estrutura que, como aponta Angela Davis (2019), transforma a reprodução das mulheres negras em um campo de dominação social. Sueli Carneiro (2005) lembra que essa estrutura está sustentada em um racismo epistêmico que nega às mulheres negras o direito de definir seus próprios saberes e experiências.

Por isso, ocupar a universidade é também um gesto político de resistência. É fazer da pesquisa um território de insurgência e da escrita, um instrumento de transformação. A travessia do lugar de *objeto* ao lugar de *autora* é um ato de (re)apropriação simbólica e cognitiva. Como afirma Patricia Hill Collins (2019), quando as mulheres negras produzem conhecimento sobre si mesmas, elas rompem com o monopólio da produção científica e constroem epistemologias contra-hegemônicas, fundadas na experiência, na solidariedade e na responsabilidade coletiva.

Em diálogo com Audre Lorde (2023), que nos convida a transformar o silêncio em linguagem e ação, é possível compreender que as experiências das mulheres racializadas com o parto e o nascimento não são apenas vivências individuais, mas expressões de uma estrutura de poder que insiste em desumanizá-las. O silêncio imposto historicamente às mulheres

racializadas é, em si, uma forma de violência — e romper esse silêncio é um ato político de resistência e reconstrução.

A pesquisa de campo realizada em Erechim (RS), junto a mulheres racializadas (pretas e pardas) que compartilharam suas narrativas sobre o parto e o tratamento recebido nas instituições de saúde entre 2012 e 2015, evidencia a presença do racismo obstétrico como uma violação sistemática dos Direitos Humanos. Em seus relatos, emergem dores que ultrapassam o corpo físico e alcançam o simbólico. A denúncia de Zacimba Gaba, que inspirou o título deste trabalho, sintetiza essa experiência ao afirmar: *"parece que a gente nem é gente"*. Essa frase carrega a força de um testemunho coletivo: a sensação de invisibilidade e desvalorização de suas vidas dentro de espaços que deveriam ser de cuidado e acolhimento.

Segundo Carneiro (2011), o racismo estrutura as relações sociais no Brasil de modo a naturalizar a exclusão e a desumanização da população negra.

> Um dos aspectos mais surpreendentes de nossa sociedade é o fato de a ausência de identidade racial ou confusão racial reinante ser aceita como dado de nossa natureza. Quando muito, à guisa de explicação, atribui-se a larga miscigenação aqui ocorrida a incapacidade que demonstramos de nos auto classificar racialmente. (Carneiro, 2011, p. 63)

No contexto obstétrico, essa estrutura se reproduz na forma de práticas negligentes, tratamentos diferenciados e ausência de escuta qualificada, que transformam o parto em uma experiência de sofrimento e não de acolhimento. As falas das entrevistadas demonstram que o racismo institucional, descrito por Almeida (2019), atua silenciosamente, regulando quem é visto, ouvido e legitimado como sujeito de direitos.

A análise dessas narrativas permite compreender que a luta das mulheres negras por visibilidade — evocada por Lorde (2023) — é também uma luta pela reconstrução dos Direitos Humanos desde uma perspectiva interseccional (Crenshaw, 2002). Ouvir suas vozes significa reconhecer que a universalidade dos direitos só se realiza quando inclui as diferenças. Assim, os relatos colhidos não se limitam ao testemunho de violências, mas afirmam a potência de um conhecimento situado, insurgente e emancipatório.

Conforme aponta Bourguignon (2024), compreender essas experiências exige uma leitura interseccional e crítica dos Direitos Humanos, capaz de reconhecer as vulnerabilidades produzidas pela interação entre estruturas de poder racial, patriarcal e capitalista, e de questionar as formas históricas de exclusão que configuram o acesso desigual à saúde.

Nessa perspectiva, o racismo obstétrico deve ser entendido como uma forma específica de racismo institucional, (Werneck,2016; Almeida, 2018), que se manifesta quando práticas, discursos e omissões institucionais produzem efeitos discriminatórios sobre a população negra. No campo da saúde, essa discriminação se expressa na ausência de protocolos de atendimento sensíveis à questão racial, na negligência diante da dor das mulheres negras e na falta de representatividade nos espaços de decisão. As experiências relatadas pelas participantes confirmam que o racismo obstétrico é resultado direto da ausência de um olhar antirracista nas políticas públicas e nas práticas clínicas. Assim, como lembra Werneck (2016), a saúde da população negra não é apenas uma questão técnica, mas uma questão de justiça social e de efetivação dos Direitos Humanos, cujo enfrentamento demanda ação política e compromisso ético das instituições.

No cenário erechinense, onde a questão racial é muitas vezes invisibilizada sob o manto de uma suposta homogeneidade social, as histórias dessas mulheres rompem o pacto do silêncio e trazem à tona a urgência de políticas públicas específicas para o enfrentamento do racismo obstétrico. Esses relatos constituem, portanto, atos de fala política (hooks, 2019), que reivindicam o direito à saúde, à dignidade e à escuta.

A reflexão de Thula Pires (2018) oferece uma lente essencial para interpretar o alcance jurídico dessas violações. Ao afirmar que o direito foi historicamente construído para proteger os sujeitos da “zona do ser” — isto é, os corpos brancos, masculinos e proprietários —, Pires nos desafia a usar o direito contra o próprio direito, tensionando suas fronteiras coloniais e denunciando o caráter excludente das categorias jurídicas tradicionais. As experiências de racismo obstétrico vivenciadas pelas mulheres negras entrevistadas revelam, precisamente, o limite do discurso jurídico universalista: a incapacidade de reconhecer a dor, a dignidade e a humanidade de corpos que habitam a “zona do não ser”.

O desafio que emerge, portanto, é o de construir uma hermenêutica jurídica interseccional e antirracista, capaz de responder às violências concretas e estruturais que marcam a experiência reprodutiva das mulheres racializadas, superando a ilusão de neutralidade que sustenta a desigualdade. Transformar o silêncio em linguagem e ação, como propõe Lorde (2023), é o que fazem as mulheres racializadas de Erechim ao compartilharem suas vivências. Elas constroem, a partir de suas vozes, uma nova gramática dos direitos humanos — uma gramática que reconhece o corpo negro como território de luta e resistência. Denunciar o racismo obstétrico é, nesse sentido, afirmar o direito de ser vista, ouvida e respeitada em sua humanidade.

As narrativas das mulheres racializadas entrevistadas revelam que o racismo obstétrico não se manifesta apenas como evento isolado ou episódico, mas como dimensão estruturante do sistema de saúde brasileiro, atravessado por séculos de colonialidade, patriarcado e desigualdades de classe. A análise empírica confirma que a cor da pele, o gênero e a posição social continuam sendo fatores determinantes na forma como se experiência a maternidade no Brasil. Dessa forma, este capítulo reafirma que o enfrentamento ao racismo obstétrico exige uma mudança paradigmática — política, epistemológica e institucional — que ultrapasse o campo normativo e atinja o modo como o Estado, a sociedade e o sistema de justiça reconhecem e protegem a vida das mulheres racializadas.

Reconhecer suas vozes como produtoras de conhecimento é passo fundamental para reconstruir o direito e a saúde pública sob bases verdadeiramente democráticas, plurais e descolonizadas. Somente quando as mulheres negras forem vistas e ouvidas como sujeitos plenos de direitos, será possível vislumbrar a concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana e o efetivo respeito aos direitos humanos reprodutivos no Brasil.

Parir com respeito é um direito humano fundamental. O nascimento de uma criança deve ser, antes de tudo, um ato de amor, autonomia e dignidade — jamais um espaço de dor imposta, controle ou silenciamento. O parto não é apenas um evento biológico, mas um acontecimento político e simbólico — um ato de afirmação de vida, de liberdade e de poder. Ao reivindicar o direito de parir com respeito, as mulheres negras que historicamente tiveram seus corpos

violados e suas vozes apagadas, continuam a lutar para que o parto seja um momento de vida e não de violência. Cada relato de resistência, cada gesto de denúncia, cada corpo que reivindica o direito de decidir sobre si é uma afirmação poderosa de humanidade.

Desse modo, este capítulo encerra-se reafirmando que a luta das mulheres negras por dignidade reprodutiva é também uma luta pela reconstrução dos direitos humanos a partir de uma perspectiva interseccional e antirracista. As vozes aqui ouvidas não são apenas testemunhos de dor, mas expressões de resistência, memória e poder. O parto humanizado e livre é, portanto, mais que um ideal técnico: é uma conquista civilizatória. É o marco de uma nova era em que o nascimento, antes atravessado pela violência e pela negação de humanidade, se torna espaço de protagonismo, amor e justiça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo analisar o racismo obstétrico e seus efeitos sobre os Direitos Humanos das mulheres racializadas no Município de Erechim/RS, entre os anos de 2012 e 2025, sob a luz das Epistemologias do Sul. A partir de uma abordagem interdisciplinar, teórica e empírica, buscou-se compreender de que forma essa prática de violência institucional se manifesta, quais impactos produz sobre a dignidade humana e como as mulheres racializadas têm resistido e ressignificado suas experiências.

O percurso trilhado neste trabalho demonstrou que o racismo obstétrico não é um fenômeno isolado, tampouco uma falha pontual nos serviços de saúde. Trata-se, antes, de uma das expressões mais perversas das colonialidades enraizada nas estruturas sociais e institucionais que sustentam o racismo estrutural e o patriarcado. Através da escuta atenta das narrativas das participantes e da análise crítica dos marcos teóricos, tornou-se possível compreender que a violência obstétrica dirigida a mulheres racializadas é uma violação direta dos princípios fundamentais dos Direitos Humanos, especialmente da dignidade, da igualdade e da liberdade.

O primeiro capítulo apresentou as bases teóricas que sustentam esta pesquisa, situando o racismo obstétrico como uma herança viva do colonialismo, sustentada pelas colonialidades do poder, do saber, do ser e do gênero. À luz das Epistemologias do Sul, discutiu-se como os saberes eurocentrados construíram uma visão hierárquica da humanidade, relegando os corpos negros e femininos ao lugar da subalternidade e do silêncio.

Nessa perspectiva, compreender o racismo obstétrico exigiu romper com a ideia de neutralidade científica e reconhecer o caráter político da produção do conhecimento. Assim, o corpo da mulher racializada foi identificado como território de disputa simbólica e material — espaço onde se inscrevem as marcas do racismo, do sexismo e da desigualdade de classe. Ancorada em autores como Boaventura de Sousa Santos, Aníbal Quijano, Walter Mignolo, Maria Lugones e Oyèrónkẹ́ Oyěwùmí, a discussão evidenciou que a modernidade ocidental instituiu uma hierarquia global entre o que é considerado humano e o que é tratado como sub-humano. Essa hierarquia não

se limita ao passado colonial, mas se perpetua nas práticas contemporâneas, inclusive nos serviços de saúde.

As Epistemologias do Sul, ao reivindicarem a pluralidade dos saberes e a justiça cognitiva, mostraram-se fundamentais para compreender o racismo obstétrico não apenas como uma falha ética ou técnica, mas como uma estrutura de exclusão que invalida saberes ancestrais, desumaniza corpos racializados e naturaliza o sofrimento das mulheres negras. Desse modo, o capítulo revelou que a luta contra o racismo obstétrico é, antes de tudo, uma luta pela democratização do conhecimento e pela afirmação da humanidade de corpos e vozes historicamente silenciados.

O segundo capítulo articulou os marcos jurídicos e ético-políticos dos Direitos Humanos com a realidade concreta das mulheres racializadas. A partir de uma leitura crítica e interseccional, evidenciou-se que, embora os direitos à vida, à dignidade, à igualdade e à saúde estejam assegurados na Constituição de 1988 e em tratados internacionais — como a CEDAW, a Convenção de Durban e a Declaração Universal dos Direitos Humanos —, eles não se materializam de forma igualitária.

Inspirando-se em Joaquín Herrera Flores e Thula Pires, o texto destacou que os Direitos Humanos não são ideais abstratos, mas processos de luta que se realizam nas margens. As mulheres racializadas de Erechim vivem uma cidadania incompleta, marcada pela naturalização da violência institucional e pela ausência de reconhecimento de suas dores como expressão do racismo estrutural.

O capítulo demonstrou que o racismo obstétrico rompe com o princípio de universalidade dos direitos, reafirmando que a cor da pele e o gênero ainda determinam o grau de humanidade com que cada pessoa é tratada. Diante disso, a efetivação dos Direitos Humanos exige não apenas o cumprimento formal das normas, mas uma profunda descolonização das práticas, dos olhares e das políticas públicas que orientam o atendimento à saúde reprodutiva.

O terceiro capítulo apresentou o percurso metodológico da pesquisa, sustentado pela abordagem qualitativa, pela análise de conteúdo de Bardin (1979) e pela escuta narrativa de mulheres racializadas que pariram em Erechim entre 2012 e 2025.

A metodologia, ancorada em princípios éticos e interseccionais, assumiu a escuta como gesto político — um modo de romper com a hierarquia entre pesquisadora e pesquisadas, reconhecendo as entrevistadas como sujeitas produtoras de saber.

A escolha das participantes — mulheres racializadas, pretas e pardas, que vivenciaram o parto em serviços locais de saúde — revelou uma geografia de experiências que expõe a persistência da desigualdade racial e a negligência institucional. A análise das entrevistas possibilitou identificar padrões recorrentes: a ausência de acolhimento, a banalização da dor, a violência verbal e física, e o sentimento de invisibilidade.

O capítulo metodológico evidenciou que pesquisar com mulheres negras é, antes de tudo, um exercício de responsabilidade ética e afetiva — é reconhecer que cada narrativa é um ato de resistência, um fragmento da história coletiva de enfrentamento ao racismo

O quarto capítulo reuniu as vozes e as vivências das oito mulheres entrevistadas. Suas narrativas revelaram a face concreta do racismo obstétrico em Erechim. As experiências mostraram que o parto e o nascimento, que deveriam ser experiências de cuidado e vida, tornam-se, para muitas mulheres racializadas, momentos de dor, desrespeito e desumanização. As falas das participantes evidenciaram: (a) negligência e silenciamento, com queixas de dor desconsideradas e falta de informação sobre os procedimentos; (b) violência verbal e física, expressa em humilhações, gritos e imposições; (c) ausência de escuta e acolhimento, revelando uma hierarquia racial na atenção; (d) invisibilidade institucional, em que as violências são naturalizadas e raramente reconhecidas como racismo.

Esses relatos confirmaram a hipótese inicial: o racismo obstétrico é uma prática estruturada, mantida pela omissão das instituições e pela ausência de políticas públicas específicas. Entretanto, o capítulo também revelou algo que ultrapassa a dor — a força das mulheres que, ao narrar suas experiências, transformaram o trauma em denúncia, e o silêncio em verbo. As vozes das participantes ecoaram como prova e como teoria. Reconstituir suas narrativas foi também reconstituir a própria humanidade — a delas, a da pesquisadora, e a de todas as mulheres que, ao escrever, gestar, lutar e amar, afirmam que nós somos humanas.

A leitura interseccional foi decisiva: não é apenas ser mulher, nem apenas ser negra, nem apenas ser pobre — é o cruzamento destes marcadores que intensifica o risco de violência e a negação de direitos. Ao nomear esse cruzamento, o capítulo oferece chave para responsabilização (jurídica e administrativa) e para reforma institucional (protocolos, formação, participação social).

Do ponto de vista ético-político, os resultados reafirmam que o racismo obstétrico é uma expressão do racismo institucional na saúde: ele não se limita a atitudes individuais; habita rotinas, fluxos, discursos e silêncios. Por isso, políticas universalistas sem recorte racial tendem a reproduzir desigualdades; por outro lado, intervenções com perspectiva de equidade racial e de gênero, monitoradas por dados desagregados e controle social, têm potência para inverter a lógica da invisibilidade. Esta dissertação, ao articular produção de evidências e demanda por responsabilização, convoca gestores, equipes e instâncias de justiça a usar o direito contra o direito — tensionando a máquina normativa para que ela finalmente sirva à vida de quem foi historicamente excluída dos seus benefícios.

Enquanto contribuição prática, os achados sustentam pistas de ação: (i) formação antirracista e interseccional continuada para equipes; (ii) protocolos de acolhimento com perspectiva racial e de gênero (escuta qualificada, respeito ao plano de parto, manejo da dor e consentimento informado); (iii) registro específico de casos de violência e racismo obstétrico nos sistemas de informação; (iv) monitoramento com indicadores desagregados por raça/cor e classe; (v) participação decisória de mulheres negras em comissões de ética, conselhos e comitês de morte materna; (vi) articulação com políticas como a Rede Alyne e com redes de apoio comunitário (doulas e parteiras tradicionais), reduzindo barreiras culturais e simbólicas ao cuidado respeitoso. Tais caminhos não esgotam o desafio, mas o tornam operável — porque propõem instrumentos, metas e responsabilidades verificáveis.

Como toda pesquisa situada, esta obra também delimita suas margens: o recorte local e o número de participantes não esgotou a complexidade do fenômeno no estado ou no país; antes, mostram por que mapas nacionais precisam incorporar a geografia da interioridade e seus pactos de silêncio. Aqui, as vozes escutadas já bastam para romper a ficção da homogeneidade

racial e desvelar a persistência de práticas que transformam o parto — promessa de vida — em campo de prova da hierarquia social.

Ao final desta longa trajetória, conclui-se que o racismo obstétrico é um dispositivo de poder que atua no limiar entre o corpo feminino racializado e a instituição, produzindo o controle, o silenciamento e a desumanização das experiências reprodutivas de mulheres racializadas.

Trata-se de uma tecnologia contemporânea de dominação biopolítica e simbólica, em que o racismo se inscreve nas práticas clínicas, nas rotinas institucionais e nos discursos médicos, convertendo o cuidado em mecanismo de subordinação. No racismo obstétrico, o corpo da mulher racializada gestante é simultaneamente hipervisibilizado como objeto de intervenção e invisibilizado como sujeito de direito, resultando na negação da dor, da autonomia e da dignidade reprodutiva.

Mais do que um ato discriminatório isolado, o racismo obstétrico é uma estrutura que organiza o campo da saúde reprodutiva, operando pela naturalização da desigualdade racial como parâmetro de cuidado. Ele transforma o parto — experiência de potência e vida — em território de disputa entre a violência histórica do racismo e a resistência ancestral das mulheres negras, que, mesmo atravessadas pela dor institucional, seguem (re)gerando vida, justiça e memória coletiva.

Para além de normatizações, leis, protocolos e decretos (necessários, urgentes), o que este trabalho afirma é uma denúncia: nenhum direito é pleno enquanto mulheres racializadas tenham seus corpos desumanizados. Ao finalizar esta dissertação, retorno ao início, à encruzilhada de onde parti. Este trabalho é uma travessia entre o silêncio e a palavra, entre o trauma e a criação. Através das vozes das mulheres racializadas de Erechim, compreendi que resistir é também parir — e que parir, para nós, é um ato político.

Escrever sobre o racismo obstétrico foi um modo de afirmar que nossas vidas importam, nossos corpos são dignos e nossos saberes são legítimos. Assim, este trabalho não se encerra aqui. Ela se abre como convite à escuta, à ação e à reparação. Que as instituições, os profissionais e a sociedade possam, enfim, reconhecer que cada mulher que chega a uma maternidade carrega não apenas um corpo a ser assistido, mas uma história, uma

ancestralidade e o direito inalienável de ser tratada com humanidade e dignidade.

Parir com respeito é um direito humano inalienável. Ao reivindicar o direito de parir com respeito, as mulheres negras reafirmam sua humanidade e desafiam as estruturas institucionais que, por tanto tempo, as tentaram domesticar, silenciar e objetificar. Diante de tudo o que foi exposto, reafirma-se que o enfrentamento ao racismo obstétrico é, sobretudo, uma tarefa civilizatória, que exige a escuta, a reparação e a ação coletiva. Que este estudo sirva de base para novas pesquisas, políticas públicas e práticas de cuidado que reconheçam e respeitem a humanidade das mulheres racializadas. E que o futuro da saúde, da ciência e da justiça social no Brasil seja construído sob os princípios da escuta, da reparação e da equidade.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento, 2019. Livro digital.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural.** Coleção Feminismos Plurais. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ARENDT, Hannah. **Origens do totalitarismo.** Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

AUGUSTIN, André Coutinho et al. **Panorama das desigualdades de raça/cor no RS.** Porto Alegre: SPGG/DEE, 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: a experiência vivida.** Trad. Sergio Milliet. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.

BERNARDINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSFOGUEL, Ramón. **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico.** 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2024.

BIERNACKI, Patrick; WALDORF, Dan. **Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling.** Sociological Methods & Research, v. 10, n. 2, 1981.

BOURDIEU, Pierre. **O senso prático.** Petrópolis: Vozes, 2009.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina.** Trad. Maria Helena Kühner. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

BOURGUIGNON, Ana Maria. **Interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva: avaliação crítica em saúde sexual e reprodutiva.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 48, n. 142, e9113, jul.-set. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Protocolo para julgamento com perspectiva de gênero.** Brasília: CNJ, 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Protocolo para julgamento com perspectiva racial.** Brasília: CNJ, 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. **Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Belém do Pará).** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em: 13 jul. 2023.

BRASIL. Decreto nº 4.316, de 30 de julho de 2002. **Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4316.htm. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. **Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. **Regulamenta o procedimento para titulação das terras quilombolas.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: relatório de recomendação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jul. 2010.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.** Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher** – RASEAM 2021. Brasília: MMFDH, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Alyne: Política Nacional de Atenção Materna e Neonatal com Perspectiva de Equidade e Justiça Racial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BUENO, Winnie. **Por que você não acredita em mim.** Rio de Janeiro: HarperCollins, 2023.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Trad. Renato Aguiar. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

CARNEIRO, Sueli. **Mulheres em movimento. Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ea/a/Zs869RQTMGGDj586JD7nr6k/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 20 nov. 2024.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero.** In: VARGAS, João H. C. (org.). Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais. São Paulo: Edições SESC, 2003.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil.** São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero.** In: RIOS, Flávia;

CARRANO, Luís Felipe (org.). Sueli Carneiro: escritos de uma vida. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser.** Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

SÃO PAULO (Estado). Defensoria Pública. **Cartilha sobre a violência obstétrica.** São Paulo, nov. 2013. Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia %20obstetrica.pdf. Acesso em: 22 mar. 2023.

CASTILHOS, Bibiana das Virgens de. **A violência obstétrica em mulheres negras: uma análise sob a perspectiva de gênero e do racismo institucional**. Porto Alegre: UniRitter, 2022. Disponível em: https://criola.org.br/wp-content/uploads/2023/07/A-viole%CC%82ncia-obste %CC%81trica-em-mulheres-negras_-uma-ana%CC%81lise-sob-a-perspectiva-de-ge%CC%82nero-e-do-racismo-institucional.pdf. Acesso em: 2023.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago; RESTREPO, Eduardo (org.). **Genealogías de la colonialidad del poder: por un diálogo latinoamericano.** Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2008.

CÉSAIRE, Aimé. **Discurso sobre o colonialismo.** São Paulo: Veneta, 2020.

COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento.** São Paulo: Boitempo, 2019.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade.** Trad. Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONNELL, Raewyn; PEARSE, Rebecca**. Gênero: uma perspectiva global**. São Paulo: Versos, 2015.

CRENSHAW, Kimberlé. **Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics.** University of Chicago Legal Forum, v. 1989, n. 1, p. 139–167, 1989.

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

CRENSHAW, Kimberlé. **A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero.** In: CRENSHAW, K.; GOTANDA, N.; PELLER, G.; THOMAS, K. Crítica à raça e ao direito. 2. ed. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo, 2020.

CRIOLA. **Dossiê: Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Criola, 2021. Disponível em: https://criola.org.br. Acesso em: 14 nov. 2023.

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

DAVIS, Dána-Ain. **Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing.** Medical Anthropology, 2018, p. 560–573. Disponível em: https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389. Acesso em: 19 mai. 2023.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos e prevenção**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, n. 54, p. 523–534, 2015.

DINIZ, Débora; SALGADO, Helena; ANDREZZO, Halana. **Violência obstétrica: violência de gênero no parto**. In: DINIZ, Débora; et al. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. p. 347–368.

DUARTE, Constância Lima; NUNES, Isabela Rosado (org.). **Escrevivência: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo.** Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FIOCRUZ. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2014–2017.

FLORES, Joaquín Herrera. **A (re)invenção dos direitos humanos.** Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade** v. I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988 [1976].

GONZALEZ, Lélia. **A categoria político-cultural de amefricanidade**. Tempo Brasileiro, n. 92/93, p. 69–82, 1988.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano.** São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

HOOKS, bell. **Teoria feminista: da margem ao centro.** Trad. Rainer Patriota. São Paulo: Perspectiva, 2019.

HOOKS, bell. **E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo**. 15. ed. Trad. Bhuvi Libanio. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2024.

HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico** 2022: resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. Brasília, DF: Ipea, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das desigualdades de gênero e raça.** 4. ed. Brasília, DF: Ipea, 2019.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Diversidade sexual e de gênero na escola: possibilidades para a promoção da cidadania.** Brasília: MEC/SECADI, 2017.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. S17–S32, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005. Acesso em: 13 nov. 2022.

LEAL, Maria do Carmo et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 13, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27811. Acesso em: 22 mar. 2023.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022–2023.** 2023. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf. Acesso em: 25 fev. 2024.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Pesquisa Nascer no Brasil: sumário executivo temático**. 2014. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

LERNER, Gerda. **A criação do patriarcado: história da opressão das mulheres pelos homens.** São Paulo: Cultrix, 2019.

LORDE, Audre. **Irmã outsider: ensaios e conferências**. Trad. Stephanie Borges. Belo Horizonte: Autêntica, 2023.

LUGONES, María. **A colonialidade do gênero.** Revista Estudos Feministas, v. 22, n. 2, p. 939–952, 2014.

LUGONES, María. **Rumo a um feminismo descolonial**. In: HOLLANDA, H. B. (org.). Pensamento feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 357–376.

MIGNOLO, Walter D. **Histórias locais/projetos globais: colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar.** Belo Horizonte: UFMG, 2003.

MIGNOLO, Walter D. **La idea de América Latina**. Barcelona: Gedisa, 2005.

MINAYO, M.C.S. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde.** In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4th ed. Rio de Janeiro: ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020. p. 19-42. Disponível em: https://books.scielo.org/id/p9jv6/pdf/njaine-9786557080948-04.pdf, acesso em 29 de Agosto de 2025

NASCIMENTO, Beatriz. **O negro visto por ele mesmo**. In: NASCIMENTO, Elisa Larkin (org.). Beatriz Nascimento: textos, entrevistas, roteiros. São Paulo: Perspectiva, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual de boas práticas de atenção ao parto e nascimento.** Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr %C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf. Acesso em: 13 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Nova Iorque: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Nova Iorque: ONU, 1948.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial**. Nova Iorque: ONU, 1965.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e Plataforma de Ação de Pequim.** 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br. Acesso em: 3 abr. 2025.

OYĚWÙMÍ, Oyèrónkẹ́. **A invenção das mulheres: uma análise africana dos discursos ocidentais sobre gênero.** Trad. Fernando Perdigão. São Paulo: Bazar do Tempo, 2021 [2000].

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica: "Parirás com dor".** Brasília: CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. Disponível em: http://www.partodoprincipio.com.br. Acesso em: 10 nov. 2023.

PIRES, Pires. **Racializando o debate sobre os direitos humanos**. Sur – International Journal on Human Rights, v. 15, n. 28, p. 65–75, 2018.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 15, n. 45, p. 117–131, 2005.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder e classificação social.** In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (org.). Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez, 2009.

ROBERTS, Dorothy. **Killing the Black Body: race, reproduction, and the meaning of liberty.** New York: Vintage Books, 1997.

ROSA, Crislane. **Beije sua preta em praça pública: da apropriação do corpo à apropriação do espaço**. Salvador: EDUFBA, 2024.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para uma revolução democrática da justiça.** São Paulo: Cortez, 2018.

SANTOS, Luísa F. S. dos. **Direitos Humanos e educação: discussões dialógicas e interdisciplinares.** In: WENCZENOVICZ, Thaís Janaína; LOCATELI, Claudia Cinara (org.). Joaçaba: Editora Unoesc, 2024.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula (org.). **Epistemologias do Sul.** Coimbra: Almedina/Biblioteca Nacional de Portugal, 2009.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade, v. 20, n. 2, p. 71–99, jul./dez. 1995.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, abr./jun. 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL (UFFS). **Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas – Linhas de Pesquisa.** Erechim: UFFS, s.d. Disponível em: https://www.uffs.edu.br/campi/erechim/cursos/mestrado/mestrado-interdisciplinar-em-ciencias-humanas/linhas-de-pesquisa. Acesso em: 14 jan. 2025.

VAZ, Lívia Sant'Anna. **A justiça é uma mulher negra.** Belo Horizonte: Casa do Direito, 2021.

WENCZENOVICZ, Thaís Janaína. **À escuta da aldeia: marcadores sociais e a memória nas comunidades indígenas no Brasil meridional**. 2. ed. rev. e amp. Joaçaba: Editora Unoesc, 2023.

WERNECK, Jurema. **Saúde da população negra: retrato de uma realidade.** Rio de Janeiro: Criola, 2006.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional na saúde: o caso das mulheres negras.** In: ALVES, Joice Berth; RAMOS, Carla Akotirene et al. Feminismos plurais: saúde da população negra. São Paulo: Jandaíra, 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: O racismo obstétrico em Erechim: direitos humanos e epistemologias do sul na perspectiva das mulheres racializadas no período de 2012 até 2025.

Pesquisadora responsável: Luísa Fernanda Silva dos Santos
Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas
E-mail: luisafss@hotmail.com
Telefone: 54 99982 2515
Orientadora: Profa. Dra. Thaís Janaina Wenczenovicz

Você está sendo convidada a participar de forma voluntária de uma pesquisa acadêmica que busca investigar as experiências de mulheres racializadas, autodeclaradas pretas ou pardas, com os serviços de saúde no período de gravidez, parto, pós-parto ou abortamento, no município de Erechim/RS, entre os anos de 2012 e 2025. O objetivo é compreender como essas vivências podem ser atravessadas por situações de racismo obstétrico, caracterizadas por negligências, violências verbais ou físicas, ausência de informação, dor não acolhida e desrespeito à autonomia da mulher cumuladas com preconceitos e discriminações raciais.

A pesquisa será realizada por meio de um questionário com perguntas fechadas e abertas, que poderá ser respondido presencialmente ou de forma online (por e-mail ou formulário eletrônico), conforme sua preferência. Também poderá haver entrevista com auxílio de webcam, caso você deseje contribuir de forma mais aprofundada com seu relato.

Sobre sua participação:

- Apenas mulheres maiores de idade (ou legalmente emancipadas) serão entrevistadas;
- Você poderá responder ao questionário de forma anônima ou sob pseudônimo;
- Sua identidade será protegida e não será divulgada em nenhuma etapa da pesquisa;
- Seu depoimento não configura denúncia legal, mas pode contribuir para evidenciar desigualdades e lutar por um atendimento mais justo e humanizado;

- Caso se sinta à vontade, você poderá mencionar ou não os nomes de instituições ou profissionais de saúde.

Possíveis desconfortos:

Durante a lembrança de momentos delicados, é possível que você sinta tristeza, raiva ou abalo emocional. Nestes casos, você poderá interromper a participação a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

Se desejar, será possível solicitar acompanhamento psicológico gratuito, com indicação para o Ambulatório de Saúde Mental do Município de Erechim/RS:

Rua Alemanha, 985, Centro – Erechim/RS

Telefone: (54) 3520-7221

Funcionamento: segunda a sexta-feira, das 7h30 às 11h30 e das 13h às 17h.

Benefícios Esperados:

Sua participação poderá contribuir para dar visibilidade às experiências de mulheres negras e racializadas no contexto obstétrico, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais justas e humanizadas no município de Erechim. Embora não haja benefício direto e imediato, sua colaboração é essencial para ampliar o debate público sobre o tema.

Garantias de Sigilo e Anonimato:

As informações fornecidas serão mantidas em sigilo absoluto e utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos. Nenhuma participante será identificada pelo nome real. Serão utilizados nomes fictícios de mulheres negras históricas como forma de homenagear a ancestralidade e proteger sua identidade. Os dados serão armazenados com segurança, conforme descrito no projeto, e descartados após cinco anos.

Esclarecimentos:

Você poderá esclarecer qualquer dúvida antes, durante ou após sua participação. A pesquisadora estará à disposição para prestar quaisquer informações adicionais.

Garantias éticas:

Esta pesquisa respeita as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), ao qual você poderá recorrer em caso de dúvidas ou denúncias.

Você pode desistir da participação a qualquer momento, mesmo após o envio do questionário, bastando informar a pesquisadora.

Declaração de Consentimento

Declaro que fui informada de todos os aspectos da pesquisa, li este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, compreendi seu conteúdo e **aceito participar de forma voluntária**. Estou ciente de que posso desistir da pesquisa a qualquer momento, sem penalização.

Confirmo que sou maior de idade ou legalmente emancipada.

Cidade: _____

Data: _____ / _____ / 2025

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / _____

Documento (RG ou CPF): _____

Assinatura: _____

Declaração da Pesquisadora:

Declaro que ofereci todas as informações necessárias à participante, de forma clara e acessível.

Luísa Fernanda Silva dos Santos – Erechim, ____ / ____ / 2025

Assinatura: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS EM PESQUISA SOBRE RACISMO OBSTÉTRICO EM ERECHIM/RS

PESQUISA “RACISMO OBSTÉTRICO COMO VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS: A EXPERIÊNCIA DE MULHERES NEGRAS EM ERECHIM ENTRE 2012 E 2025 SOB A LUZ DAS EPISTEMOLOGIAS DO SUL”

Pesquisadora: Luísa Fernanda Silva dos Santos – Mestranda em Ciências Humanas/UFFS

Nº Data da Entrevista:

Boas-vindas e acolhimento (início da entrevista)

“Antes de tudo, quero te agradecer por estar aqui e confiar sua história a esta pesquisa.

Tudo o que você compartilhar será tratado com respeito, cuidado e sigilo. Sinta-se à vontade para responder apenas aquilo que quiser e, se em algum momento quiser parar, isso será respeitado sem nenhuma justificativa.

Se sentir necessidade de pausa, de um tempo ou se algo te emocionar, estou aqui para acolher, não para julgar. Esta entrevista é sobre a sua vivência, e eu estou aqui para ouvir com empatia.”

_____

PARTE 1 – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS (perguntas fechadas)

(Importante para caracterização do perfil das participantes – pode ser preenchido antes ou durante a entrevista, conforme a dinâmica)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Nome Fictício atribuído pela pesquisadora: Idade:

Telefone para contato:

Rede de Atendimento: [ ] Pública [ ] Privada

Grau de escolaridade: [ ] Não alfabetizada [ ] Alfabetizada [ ] Ensino fundamental incompleto [ ] Ensino fundamental completo [ ] Ensino médio incompleto [ ] Ensino médio completo [ ] Ensino superior incompleto [ ] Ensino superior completo [ ] Curso de Pós Graduação

---

Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena

Identidade de Gênero: Feminino ( ) Masculino ( ) Transgênero ( )

Gênero neutro( ) Não-binário ( ) Agênero ( ) Pangênero ( ) Outros:

Situação conjugal: ( ) Casada ( ) Solteira ( ) União estável ( ) Divorciada ( ) Viúva

Ocupação:

Renda familiar: Renda individual:

* Benefício Social: Sim [ ] Qual? Não: [ ]

Município: Bairro:

PARTE 2 - CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Número de gestações: Número de abortamentos: Número de partos:

Tipos de parto: normal ( ) cesariana ( ) fórceps ( ) vácuo ( )

Patologia existente na gestação atual:

Idade gestacional no parto: semanas dias

Peso do RN: g APGAR do RN ( ) 1’ ( ) 5’ ( ) 10’

Ano da gestação

Histórico de doença:

Antecedentes familiares de doenças:

FORMULÁRIOS DE COLETA DE VARIÁVEIS

1. Presença de acompanhante de livre escolha?

Sim ( ) Não ( )

2. Dieta Zero ou restrita?

Sim ( ) Não ( )

3. Liberdade de movimentação?

Sim ( ) Não ( )

4. Raspagem dos pelos pubianos

Sim ( ) Não ( )

5. Analgesia farmacológica

Sim ( ) Não ( )

6. Explicação dos procedimentos antes da realização

Sim ( ) Não ( )

7. Realização de Episiotomia

Sim ( ) Não ( )

8. Pedido de autorização verbal antes de realizar procedimentos

Sim ( ) Não ( )

9. Realização Manobra de Kristeller

Sim ( ) Não ( )

10. Amarração dos braços e pernas durante o parto

Sim ( ) Não ( )

11. Curagem de Rotina

Sim ( ) Não ( )

PARTE 3 – VIVÊNCIA OBSTÉTRICA (perguntas abertas e humanizadas)

Quando descobriu-se gestante, você pensou sobre a via de nascimento do seu bebê? Pariu pela via de parto desejada? Se não, porque?

Você poderia me contar, com suas palavras, como foi sua experiência durante o pré-natal, o parto e/ou o pós-parto?

(Deixe a participante livre para narrar; escute sem interromper. Após o relato espontâneo, avance com perguntas pontuais abaixo, se necessário)

Em algum momento você sentiu que foi tratada com indiferença, desrespeito ou negligência? Poderia contar como isso aconteceu e como você se sentiu?

Você acredita que sua cor/raça teve alguma influência no tipo de atendimento que recebeu? Por quê?

Durante o parto ou atendimento, você se sentiu ou foi impedida de tomar decisões sobre seu próprio corpo? Por exemplo:

- Foi informada sobre os procedimentos realizados?
- Pôde escolher a posição para o parto?
- Teve acesso a métodos de alívio da dor (farmacológicos ou não)?
- Seu direito à presença de acompanhante foi respeitado?

5. Houve alguma intervenção que você considera desnecessária, sem explicação ou feita com grosseria? (ex: episiotomia, cesariana sem consentimento, toque excessivo, gritos, piadas ofensivas etc.)

6. Como foi o tratamento da equipe com você após o parto ou procedimento? Você se sentiu acolhida? Ou houve distanciamento ou frieza?

7. Em algum momento você ouviu frases que te marcaram negativamente? Poderia compartilhar alguma?

8. Você conhece ou já tinha ouvido falar no termo “racismo obstétrico”? O que ele significa para você hoje?

PARTE 4 – Impactos e reflexões

9. Como essa experiência impactou sua vida física, emocional ou espiritual?

10. Isso influenciou suas decisões sobre ter ou não outros filhos? Sobre confiar no sistema de saúde novamente?

11. O que você gostaria de dizer aos profissionais de saúde que atendem mulheres negras?

12. Que tipo de mudança você gostaria de ver para que outras mulheres não passem pelo que você passou?

Encerramento e agradecimento

“Quero te agradecer profundamente pela coragem e generosidade em compartilhar sua história.

Cada fala como a sua é uma semente de transformação.

Se você sentir que essa conversa trouxe emoções difíceis ou quiser apoio, posso te indicar um serviço de acolhimento psicológico gratuito aqui em Erechim. Também ficarei à disposição para qualquer dúvida ou desdobramento da pesquisa.

Muito obrigada, de coração.

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O RACISMO OBSTÉTRICO EM ERECHIM: DIREITOS HUMANOS E EPISTEMOLOGIAS DO SUL NA PERSPECTIVA DAS MULHERES RACIALIZADAS NO PERÍODO DE 2012 ATÉ 2025

Pesquisador: LUISA FERNANDA SILVA DOS SANTOS

Versão: 1

CAAE: 88206625.0.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 046159/2025

Patrocionador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto O RACISMO OBSTÉTRICO EM ERECHIM: DIREITOS HUMANOS E EPISTEMOLOGIAS DO SUL NA PERSPECTIVA DAS MULHERES RACIALIZADAS NO PERÍODO DE 2012 ATÉ 2025 que tem como pesquisador responsável LUISA FERNANDA SILVA DOS SANTOS, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS em 29/04/2025 às 08:40.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3° andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO 2 – Quadro do Estado do Conhecimento

Primeiro Quadro do Estado do Conhecimento Sistematizado

Nº	ANO	INSTITUIÇÃO	AUTOR	TÍTULO	NÍVEL	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
1	2022	UERJ	Juliana Cristina Nascimento Guimarães	Experiências de mulheres negras com a assistência obstétrica no contexto da covid-19	Mestrado	Analisar experiências de mulheres negras na assistência obstétrica durante a pandemia	Pesquisa qualitativa com entrevistas	Relatos de racismo e negligência; impactos emocionais e físicos	Necessidade de políticas públicas específicas e formação antirracista dos profissionais
2	2020	Fiocruz	Ariene Alexsandra Rodrigues	É racismo que está aqui, e é isso que vai pautar até o fim: o ativismo de mulheres negras sobre violência	Mestrado	Compreender a relação entre racismo e violência obstétrica a partir do ativismo de mulheres negras	Etnografia com observação participante e entrevistas com 14 ativistas	Reafirmação do racismo como estrutura da violência obstétrica	O ativismo é ferramenta essencial para enfrentamento e construção de novas práticas
3	2020	PUC-Rio	Renata Araujo de Paiva	Violência Obstétrica: um mecanismo conformador do sujeito feminino	Mestrado	Analisar como a violência obstétrica atua como mecanismo de controle sobre o corpo feminino	Análise documental e bibliográfica com base em teorias feministas	A violência obstétrica é naturalizada como controle biopolítico	É necessário reconhecer a violência obstétrica como violação de direitos humanos
4	2022	UNIFESP	Aline de Carvalho Paiva	O serviço social no combate à violência obstétrica: reflexões a partir das maternidades públicas de Santos/SP	Mestrado	Investigar a atuação de assistentes sociais no enfrentamento da violência obstétrica	Entrevistas e análise documental em maternidades públicas	Assistentes sociais enfrentam limites institucionais, mas constroem estratégias coletivas	O serviço social tem papel fundamental na denúncia e prevenção da violência obstétrica
5	2021	UFPE	Maria Verônica A. de Santa Cruz Oliveira	Narrativas das mulheres guerreiras do agreste sobre como a violência obstétrica atravessou suas vidas	Doutorado	Compreender os impactos da violência obstétrica na vida de mulheres negras do agreste	Metodologia sociopoética com enfoque decolonial	Relatos revelam dores profundas e apagamento histórico dessas experiências	É urgente a inclusão de epistemologias plurais no debate sobre saúde reprodutiva
6	2022	UFRN	Simone Maria dos Santos	Em mim, 'As dores delas': elementos pedagógicos da oficina Corpo Ritual do Grupo Totem	Mestrado	Analisar os elementos pedagógicos e estéticos relacionados às dores das mulheres na oficina Corpo Ritual	Pesquisa participante e análise de performances teatrais	As oficinas revelam experiências de dor e resistência de mulheres em contextos opressivos	A arte pode ser ferramenta de denúncia, cura e educação política

7	2024	UFMA	Glaucejane G. da Cruz de Castilho	O limbo do parto: uma análise sobre a violência obstétrica contra as mulheres negras em maternidades públicas em São Luís/MA	Doutorado	Analisar como o racismo institucional opera nas práticas obstétricas contra mulheres negras	Estudo qualitativo com base em entrevistas e análise crítica institucional	Violência obstétrica está enraizada em práticas racistas e negligentes	É fundamental enfrentar o racismo institucional para garantir o direito ao parto humanizado
8	2022	UnB	Juliana Ribeiro Oliveira	Você nem tá com tanta dor assim: o racismo na atenção à saúde reprodutiva das mulheres negras do Distrito Federal	Mestrado	Analisar as percepções de gestantes negras sobre o racismo nos serviços de saúde reprodutiva	Pesquisa qualitativa com entrevistas a gestantes e puérperas	Relatos evidenciam negligência e violência simbólica	Necessário promover formação antirracista de profissionais e escuta qualificada
9	2024	UFG	Rafaela Del Castanhel Miranda	O parto além do gênero: a violência obstétrica contra mulheres negras em uma perspectiva interseccional	Mestrado	Compreender a violência obstétrica sob a lente da interseccionalidade de raça e gênero	Estudo de caso com entrevistas e revisão teórica crítica	A violência obstétrica é marcada por múltiplas opressões	A justiça reprodutiva exige políticas interseccionais e reconhecimento das vozes negras
10	2022	Fiocruz	Larissa Velasquez de Souza	'Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir': violência obstétrica no Brasil – construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na	Doutorado	Investigar a construção histórica e política do conceito de violência obstétrica no Brasil	Pesquisa histórica documental e entrevistas com especialistas	Evidencia a disputa simbólica e política em torno do termo	Reconhecer o termo é essencial para o avanço das políticas públicas e do parto humanizado
11	2021	UFRRJ	Ariene Almeida Gomes	Interpretações, práticas e disputas a respeito do parto e nascimento: uma análise sobre a cultura da humanização	Mestrado	Investigar como ativistas e profissionais difundem ideais da humanização do parto nas mídias sociais	Pesquisa bibliográfica, documental e netnográfica	Identificadas múltiplas estratégias de comunicação, disputa de narrativas e ativismo digital	As redes sociais constituem espaço potente de construção de sentidos e práticas sobre o parto
12	2022	UFBA	Jacqueline Mary Soares de Oliveira	O perdão que ele me pediu nunca me limpou: circuitos de violência contra as mulheres – o registro	Doutorado	Cartografar experiências de violência vivenciadas por mulheres e compreender seus circuitos	Cartografia social feminista, com narrativas e escutas sensíveis	Revelados os múltiplos atravessamentos e itinerários da violência de gênero	Necessária escuta qualificada e políticas públicas voltadas à complexidade das violências mapeadas

13	2018	Fiocruz	Kelly Diogo de Lima	Vivências de mulheres negras na assistência ao parto: vulnerabilidades e cuidados	Mestrado	Compreender as vulnerabilidades enfrentadas por mulheres negras na assistência ao parto	Pesquisa qualitativa com entrevistas e análise crítica	Experiências marcadas por racismo, exclusão e resistências	Importância do cuidado qualificado e do reconhecimento das especificidades étnico-raciais
14	2023	UFRRJ	Marcella Sandim Couto Greco Ferreira	Ação grupal com mulheres-mães universitárias como estratégia de promoção de saúde mental	Mestrado	Refletir sobre sofrimento psíquico e promover saúde mental de mães universitárias	Pesquisa-intervenção com rodas de conversa em grupo	Grupos promoveram fortalecimento emocional e rede de apoio	A escuta empática e o espaço coletivo são fundamentais para o bem-estar dessas mulheres
15	2023	UEPB	Maria Danúbia Dantas de Carvalho	Um olhar interseccional acerca da gestação precoce: análise pelo viés de gênero, raça, classe e sexualidade	Mestrado	Analisar a gestação precoce com base nos marcadores sociais da diferença	Estudo quanti-qualitativo com entrevistas e análise estatística	Gestação precoce reproduz desigualdades e é marcada por vulnerabilidades sociais	É necessário incorporar uma abordagem interseccional nas políticas públicas voltadas a adolescentes
16	2024	UFBA	Ana Cristina Guimarães de Jesus	Subnotificação da violência doméstica na atenção básica à saúde: uma realidade que afeta mulheres negras residentes no subúrbio ferroviário de Salvador	Mestrado	Analisar os fatores que contribuem para a subnotificação da violência doméstica na atenção básica	Pesquisa qualitativa com entrevistas e análise documental	Subnotificação é acentuada para mulheres negras periféricas	Urgente qualificação do cuidado e registro de casos para visibilizar a violência sofrida
17	2024	PUC-Rio	Cíntia Aleixo dos Santos Gomes	Racismo obstétrico e maternidade de mulheres negras: questões para a psicologia	Mestrado	Discutir como o racismo obstétrico afeta a experiência da maternidade negra	Estudo qualitativo com enfoque clínico e análise de narrativas	Relatos mostram dor, invisibilidade e impactos psíquicos do racismo institucionalizado	A psicologia deve acolher criticamente as experiências e propor práticas antirracistas
18	2021	UFPR	Juliana Chagas da Silva Mittelbach	A cor da violência obstétrica	Mestrado	Analisar a determinação da violência obstétrica no SUS considerando o fator racial	Pesquisa qualitativa com entrevistas com puérperas	Mulheres negras relataram mais situações de violência e negligência	É necessário reconhecer o racismo como estrutura na saúde para combater a violência obstétrica

19	2022	UFBA	Ariane Teixeira de Santana	Essa dor tem cor: uma análise interseccional no fenômeno da violência obstétrica	Mestrado	Analisar o fenômeno da violência obstétrica com enfoque interseccional	Estudo qualitativo com entrevistas e análise interseccional	Relatos mostram maior incidência de violência entre mulheres negras	A interseccionalidade é essencial para compreender e combater a violência obstétrica
20	2023	USP	Hellen Aparecida de Azevedo-Pereira	Violência institucional obstétrica no processo de amamentação: análise sob a ótica racial	Mestrado	Analisar a violência obstétrica institucional no processo de amamentação sob perspectiva racial	Pesquisa qualitativa em saúde pública com entrevistas	Mulheres negras enfrentam mais barreiras e negligências no aleitamento	A racialização das práticas institucionais afeta diretamente a experiência do cuidado materno-infantil
21	2020	Fiocruz	Ana Giselle dos Santos Gadelha	O ativismo de mulheres negras do município do Rio de Janeiro na construção de políticas públicas de saúde - a pauta da violência obstétrica	Mestrado	Analisar trajetórias e ativismo de mulheres negras no enfrentamento da violência obstétrica	Entrevistas narrativas com ativistas e análise de conteúdo	O ativismo articula estratégias de denúncia e construção de políticas públicas	Movimentos sociais são fundamentais para visibilizar e enfrentar a violência obstétrica contra mulheres negras
22	2021	FDV	Isabella Grobério Gomes	Habitus patriarcal e violência obstétrica: biologização do social, controle patriarcal dos corpos e violação dos direitos fundamentais das grávidas, parturientes e puérperas	Mestrado	Investigar a violência obstétrica sob o prisma do habitus patriarcal e das teorias de Bourdieu e Saffioti	Pesquisa teórica com base em análise filosófica e sociológica	Identificada prevalência do controle patriarcal sobre práticas científicas	A violência obstétrica se estrutura em uma lógica patriarcal, racista e capitalista que domina os corpos das mulheres vulnerabilizadas

23	2024	USP	Verônica Aline Matos Santos	“Era uma longa caminhada para chegar até lá...” e “Lembra da mulher que ficou lá atrás?”: mulheres negras e a experiência em uma casa de parto humanizado na cidade de São Paulo	Mestrado	Compreender a experiência de mulheres negras em uma casa de parto humanizado e analisar se houve práticas racistas	Entrevistas com mulheres e profissionais; escrevivência narrativa	Evidenciadas performances de racismo institucional e epistemicídio	A proposta de humanização do parto deve considerar os marcadores sociais da diferença
24	2018	USP	Marcel Reis Queiroz	Síndromes hipertensivas na gestação no Brasil: estudo a partir dos dados da pesquisa 'Nascer no Brasil'	Doutorado	Avaliar prevalência e fatores associados a síndromes hipertensivas na gestação e a invisibilidade da interseccionalidade	Estudo quantitativo com análise estatística e regressão logística	As SHG são subnotificadas e afetam de forma desigual mulheres negras e pobres	Necessário incorporar variáveis de raça/cor e interseccionalidade nas análises e políticas públicas
25	2018	UFPE	Marcelle de Lyra Nogueira	Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em um serviço terciário do SUS	Mestrado	Analisar a implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra por meio da atuação dos burocratas de nível de rua	Estudo de caso com entrevistas a profissionais da saúde	Identificadas barreiras institucionais, racismo e ausência de formação adequada	A implementação depende da sensibilização dos profissionais e das condições institucionais
26	2021	UFPR	Flaviane Andreele Jacinto da Silva	Atenção à saúde do imigrante negro durante a pandemia da COVID-19	Mestrado	Compreender a atenção à saúde do imigrante negro no contexto da pandemia	Scoping review + entrevistas com profissionais de saúde	Racismo estrutural velado nas práticas de atenção à saúde	Profissionais precisam reconhecer e enfrentar o racismo como determinante social de saúde
27	2022	Fiocruz	Talita Rodrigues da Silva	Desigualdades raciais em saúde: uma análise interseccional da mortalidade materna em Pernambuco	Mestrado	Analisar desigualdades raciais na mortalidade materna com base na interseccionalidade	Análise de dados e entrevistas, com abordagem interseccional	A mortalidade materna é maior entre mulheres negras e periféricas	É urgente incorporar raça e gênero como variáveis centrais nas políticas públicas de saúde

28	2024	UFBA	Helita Farias de Abreu Tanajura	Óbito em gestante e puérperas acometidas por covid-19: estado da Bahia.	Dissertação	Descrever as características demográficas, sinais/sintomas e o acesso/oferta aos recursos de saúde para gestante e puérperas com COVID-19 e verificar a associação entre óbito pela COVID-19 com os sinais/sintomas e o acesso/oferta aos recursos	Estudo quantitativo transversal, com 636 gestantes e puérperas com diagnóstico da COVID-19	O número de gestantes infectadas foi maior em relação ao grupo de puérperas, mas em relação ao desfecho de óbito, destacou-se o grupo de puérperas.	A identificação precoce de sinais de gravidade é de relevância para o manejo e condução dos casos e ratificam a necessidade de fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção e redução do número de óbito por COVID-19, especialmente no cenário de atenção à saúde da mulher.
29	2023	UFBA	Patrícia Santos de Oliveira	O cuidado às mulheres no processo de parto: uma teoria fundamentada nos dados	Doutorado	Compreender como ocorre o cuidado às mulheres em processo de parto em uma maternidade pública do estado da Bahia.	Pesquisa de abordagem qualitativa que utilizou o método da Teoria Fundamentada nos Dados, vertente proposta por Juliet Corbin e Anselm Strauss, sob o referencial teórico da Interseccionalidade.	Após a análise dos dados, emergiu a importância do cuidado respeitoso à mulher no processo de parto considerando suas especificidades,	Pode-se compreender que o cuidado à mulher em processo de parto necessita ser moldado em um cuidado respeitoso mais equânime a fim de atender as demandas estruturais e relacionais condicionados a ambiência do serviço de saúde, bem como as características individuais (cultura, religião, valores de vida, gênero) da

30	2024	UERJ	Dandara Pimentel Freitas	A gestão da saúde reprodutiva em uma Clínica da Família no município do Rio de Janeiro: práticas de saúde na fronteira entre cuidado e violências	Mestrado	Compreender a gestão da saúde reprodutiva na Atenção Primária à Saúde a partir da análise dos saberes, expectativas e representações em torno das práticas em questão, sob as perspectivas simbólico-interacionista e interseccional.	Estudo etnográfico, realizado através de observação participante e entrevistas abertas a profissionais e usuárias de uma Clínica da Família situada em uma favela da zona norte do Rio de Janeiro.	desvelaram-se processos de estigmatização direcionados a mulheres negras, jovens e com “filhos demais”. A prescrição e manejo de meios e métodos contraceptivos contrapõem a retórica da “escolha livre e informada” ao paradigma da norma contraceptiva, enquanto responsabilização integral das mulheres pela gestão da fecundidade.	O Estudo revelou tensões entre escolha e norma, autonomia e coerções e cuidado e controle, através de práticas de saúde derivadas de mecanismos regulatórios da fecundidade, eufemizados pela linguagem de direitos na contemporaneidade.

31	2024	UERJ	Janaína Teresa Gentili Ferreira de Araujo	Doular mulheres negras: uma análise das práticas de cuidado e testemunho das violências através das experiências de doulas negras do projeto Sankofa Atendimento Gestacional	Mestrado	O objetivo é contribuir para racialização do debate das políticas reprodutivas, em particular, do movimento de humanização do parto, no qual a doulagem ocupa um lugar fundamental	Autoetnografia		