



ciência plural

INIQUIDADES INTERSECCIONAIS NO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO ÀS MULHERES NEGRAS DE COMUNIDADE QUILOMBOLA

*Intersectional inequities in obstetric care for black women in
quilombola community*

*Inequidades interseccionales en el servicio obstétrico a las mujeres
negras de comunidad quilombola*

Alycia Lara Souza Damasceno • Escola de Saúde Pública - ESP • Pós-graduanda em
Residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade • E-mail:
alycia_lara@hotmail.com

Amália Gonçalves Arruda • Centro Universitário do Vale do Jaguaribe -
UNIJAGUARIBE • Professora do curso de enfermagem • E-mail:
amaliagoncalves@fvj.br

Elane da Silva Barbosa • Universidade Potiguar - UnP • Professora do curso de
Enfermagem • E-mail: elanesilvabarbosa@hotmail.com

Helder Matheus Alves Fernandes • Universidade Estadual do Ceará - UECE •
Mestrando em Saúde Coletiva • E-mail: heldermatheus10@hotmail.com

Autor correspondente:

Alycia Lara Souza Damasceno • E-mail: alycia_lara@hotmail.com

Submetido: 22/12/2023

Aprovado: 20/06/2024

RESUMO

Introdução: A conjuntura socioeconômica e cultural da mulher negra a coloca em tripla vulnerabilidade, que se explica pelo fato de que ela é vítima do racismo, do preconceito de classe e da discriminação de gênero, e essa interação de diferentes tipos de opressão é explicada pela teoria da interseccionalidade. Esse negligenciamento precariza-se ainda mais quando se reporta para a atenção à saúde. **Objetivo:** Compreender como o contexto social da interseccionalidade de raça, classe e gênero refletem no atendimento obstétrico em Saúde Pública de mulheres negras residentes em comunidade quilombola. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório, realizada com duas mulheres negras residentes em comunidade quilombola, localizada em município no interior do estado do Ceará. Como instrumento para coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, sendo os dados submetidos à análise do discurso. **Resultados:** Os sujeitos desta investigação conseguem, a partir de situações do cotidiano vivenciadas nos serviços de saúde públicos, identificar exemplos de racismo e/ou preconceito relacionados ao fato de serem mulheres negras e pobres. Assim, a vulnerabilidade interseccional (raça - gênero - classe social) implica em desigualdades no acesso aos serviços de saúde, o que se materializa em violência obstétrica, negligência em relação ao direito da mulher negra sobre o próprio corpo, além de negação da sua subjetividade, o que viola os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente os princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. **Conclusões:** Constata-se, portanto, que as iniquidades quanto ao atendimento obstétrico, que afetam majoritariamente as mulheres negras e pobres, apresentam-se como problemática de gestão, denotando o déficit na efetivação de políticas públicas de saúde, ou a sua ausência. Há também a necessidade de que os profissionais de saúde, a partir de educação continuada, tenham um olhar mais holístico, a fim de produzir um atendimento equânime e integral.

Palavras-Chave: Quilombolas; Racismo; Obstetrícia; Classe social; Saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: Black women's socioeconomic and cultural conjuncture puts them into a three-fold vulnerability, which is explained by the fact that they are victims of racism, class prejudice and gender discrimination, and this interaction of different types of oppression is explained by the theory of intersectionality. Such negligence is even more precarious when it comes to healthcare. **Objective:** To understand how the social context of the intersectionality of race, class and gender reflects on the obstetric care in public healthcare provided to black women residing in quilombola communities. **Methodology:** This is a qualitative research work of a descriptive-exploratory nature, carried out with two black women residing in a quilombola community located in the a rural area in the state of Ceará. As a data collection instrument, we used semi-structured interviews, and the data was submitted to discourse analysis. **Results:** The subjects of this investigation can, from daily situations experienced in public healthcare services, identify examples of racism and/or prejudice related to the fact that they are poor black women. Therefore, intersectional vulnerability (race - gender

- social class) leads to inequalities in the access to healthcare services, which materializes as obstetric violence, negligence to black women's right to their own bodies, as well as denial of their subjectivity, which violates the presuppositions of the Brazilian Unified Health System (SUS), especially the principles of universality, equity, and integrality of care. **Conclusions:** It is therefore verified that the inequities of obstetric care, which mostly affect poor black women, present themselves as a management problem, denoting the deficit in the application of public healthcare policies, or their absence. There is also a need for healthcare providers, through continued education, to have a more holistic view in order to provide more equanimous and integral healthcare.

Keywords: Quilombola Communities; Racism; Obstetrics; Social Class; Public Health.

RESUMEN

Introducción: La coyuntura socioeconómica y cultural de la mujer negra la coloca en una triple vulnerabilidad, que se explica por el hecho de que es víctima del racismo, del prejuicio de clase y de la discriminación de género, y esa interacción de diferentes tipos de opresión es explicada por la teoría de la interseccionalidad. Esta negligencia se precariza mucho más cuando se trata de la atención médica. **Objetivo:** Comprender cómo el contexto social de la interseccionalidad de raza, clase y género se refleja en la atención obstétrica en la Salud Pública de mujeres negras que viven en una comunidad quilombola. **Metodología:** Investigación cualitativa de carácter descriptivo-exploratorio, realizada con dos mujeres negras residentes en comunidad quilombola, Ceará, Brazil. Para la recolección de datos, se utilizaron entrevistas semiestructuradas y los datos fueron sometidos a análisis del discurso. **Resultados:** Los sujetos son capaces, a partir de situaciones vividas en los servicios públicos de salud, de identificar ejemplos de racismo y/o prejuicios por el hecho de ser mujeres negras y pobres. Así, la vulnerabilidad interseccional (raza - género - clase social) implica en desigualdades en el acceso a los servicios de salud, que se materializan en violencia obstétrica, negligencia en relación a los derechos de las mujeres negras sobre sus propios cuerpos, además de la negación de su subjetividad, que viola los supuestos del Sistema Único de Salud, en particular los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención. **Conclusiones:** Se puede observar que las inequidades en la atención obstétrica, que afectan mayormente a mujeres negras y pobres, se presentan como un problema de gestión, denotando el déficit en la implementación de políticas públicas de salud, o su ausencia. También es necesario que los profesionales de la salud, basados en la educación continua, tengan una visión más holística, para producir una atención equitativa e integral.

Palabras clave: Quilombola; Racismo; Obstetricia; Clase Social; Salud Pública.

Introdução

Apesar da população negra ser a maioria na representação na densidade demográfica brasileira, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), ainda se encontra nos mais baixos níveis de representação socioeconômica e política, vivendo em condições precárias de moradia e com acesso precarizado à saúde¹.

O negligenciamento das demandas da população negra acentua-se ainda mais quando se refere à atenção à saúde da mulher negra. A conjuntura socioeconômica e histórico-cultural da mulher negra a coloca em contexto de uma tripla vulnerabilidade, que se explica pelo fato da mulher negra ser vítima do racismo, do preconceito de classe e da discriminação de gênero. Essa interação entre diferentes tipos de opressão é explicada pela teoria da interseccionalidade. A primeira pesquisadora a utilizar esse termo foi a ativista norte-americana Kimberlé Crenshaw, a qual descreve que a interseccionalidade surge da interação de sistemas discriminatórios, e que busca entender como essas relações ocorrem e suas consequências para as desigualdades e vulnerabilidades estruturais².

A teoria da interseccionalidade, infelizmente, ainda é pouco conhecida e trabalhada no sistema público de saúde, somando-se à existência de vários desafios para a discussão acerca da temática e, por conseguinte, a elaboração de estratégias de enfrentamento³. Desse modo, a problemática do racismo institucional trata-se de um desses grandes desafios a ser superado, porém ainda é um assunto bastante estigmatizado. O racismo institucional resulta de condutas que reproduzem, de forma naturalizada, a discriminação de indivíduos e/ou grupos sociais vulneráveis, em instituições⁴.

O racismo institucional tem diversas faces, que abrange também as instituições de saúde, em particular as práticas obstétricas. As situações de violência podem ter início no pré-natal, estendendo-se até o parto e o puerpério³. Em análise sobre os dados de racismo institucional em âmbito nacional, mulheres negras vivenciam maiores experiências de pré-natal inadequado, negligência na vinculação e peregrinação à maternidade, somando-se à recusa de acompanhante. Além destas práticas, mulheres negras quando submetidas à realização de episiotomia recebem menos anestesia local

em relação às mulheres brancas. Todas essas práticas evidenciam o racismo sistêmico, que apesar de negligenciado pelos governos e sociedade, mostra-se notório nesses dados⁵.

Assim, as mulheres negras e pardas apresentam as maiores taxas de violência obstétrica quando vitimadas pela presença simultânea da desigualdade racial, de menor renda e de discriminação de gênero, em atendimentos obstétricos¹. Diante esse contexto, a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN) reporta-se para as questões socioeconômicas desfavoráveis que resultam em agravos no processo saúde-doença, inclusive levando em consideração fatores genéticos predisponentes para determinadas patologias na população negra. Em contraponto, como estratégia de intervenção, volta-se para políticas públicas contra o racismo institucional e o preconceito de classe e gênero, nos serviços de saúde⁶.

Sob essa perspectiva, este estudo objetiva compreender como o contexto social da interseccionalidade de raça, classe e gênero refletem no atendimento obstétrico em Saúde Pública de mulheres negras residentes em comunidade quilombola.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório realizada em comunidade quilombola, no interior do estado do Ceará, no nordeste brasileiro. A comunidade localiza-se em zona rural à 157 km de distância da capital do Ceará (Fortaleza), e é bastante conhecida pela pesca e pelo artesanato.

A abordagem qualitativa possibilita a exploração e a análise do sujeito, considerando o aspecto socioantropológico, focalizando sua análise em relações subjetivas, evidenciadas pelas opiniões, pelas crenças, pelos valores e pelos hábitos dos sujeitos⁷. O método descritivo reporta-se para um levantamento de dados sobre questões intersubjetivas, e o método exploratório possibilita a compreensão das variantes relacionadas ao objeto estudado, esclarecendo ideias e ideais⁸.

A coleta de dados aconteceu graças à aplicação de entrevista semiestruturada, na qual permite um diálogo aberto e espontâneo entre entrevistador e entrevistado, proporcionando que o pesquisador trate de forma mais subjetiva sobre o tema. Desse

modo, seguiu-se uma ordem na qual se manteve o foco do relato das entrevistadas nas perspectivas de dois períodos relacionados à sua trajetória obstétrica (pré-natal e parto), permitindo criar uma linha cronológica a respeito de todo o relato da experiência dessas mulheres⁹.

Os critérios de inclusão para participação neste estudo foram: mulheres negras, que passaram por período gravídico nos últimos 5 anos, e que iniciaram seu pré-natal até o primeiro trimestre gestacional na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de sua comunidade. Já os critérios de exclusão foram mulheres menores de 18 anos, com idade maior que 40 anos, que passaram por processo abortivo e não possuem filhos vivos e que se encontravam em período inferior a 120 dias pós-parto.

De início, fez-se um convite aos sujeitos para a participação na pesquisa, com a explicação do seu objetivo, em reunião ordinária da associação comunitária. Estavam presentes nesta reunião líderes da comunidade, com representação de mulheres artesãs, pescadoras, marisqueiras e domésticas, sendo um total de onze mulheres e um homem. Após o convite, foi disponibilizado o contato da entrevistadora para as mulheres, caso desejassem participar. Posteriormente, entraram em contato seis mulheres, das quais somente quatro abrangeram os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente, entretanto somente duas conseguiram participar, em decorrência da disponibilidade para a entrevista.

Entende-se que, por se tratar de pesquisa qualitativa, o mais relevante encontra-se no conteúdo dos dados coletados, e não no número de participantes. Portanto, ao se realizar a entrevista com os dois sujeitos, compreendeu-se que havia elementos pertinentes para alcançar o propósito desta investigação.

Após a realização das entrevistas, foram transcritas e, posteriormente, submetidas a análise do discurso, a qual, trata-se de técnica que visa não somente decodificar o discurso em seu aspecto linguístico, como também entender o contexto em que o sujeito se insere. Propõe-se, portanto, a compreender a fala considerando seu aspecto histórico, social e subjetivo¹⁰.

Como forma de garantir sigilo sobre a identidade das participantes, foram utilizados pseudônimos com nomes de enfermeiras negras com grande contribuição

para a Enfermagem brasileira. Assim, foi atribuído o nome Rosalda Paim* para a entrevistada 1 e Maria Barroso** para a entrevistada 2.

A presente investigação foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, sendo aprovada por meio do parecer número: 5.098.350.

Resultados e Discussão

A fim de apresentar de forma mais sistemática a análise dos dados, foram organizadas quatro categorias: Compreensões sobre a interseccionalidade em Saúde Pública; Vulnerabilidade interseccional e suas consequências para as desigualdades nos serviços de saúde; Violência obstétrica e sua relação com a interseccionalidade; e Negação ao direito de escolha, negligência em relação ao corpo negro e desumanização.

Compreensões sobre a interseccionalidade em Saúde Pública

A interseccionalidade pressupõe que grupos sociais ou raciais são alvos não somente de um tipo de preconceito, mas em seu contexto social há o reconhecimento de diversas formas de subordinação, e que estas coexistem na construção de desigualdades e mecanismos de opressão. A identificação de eixos de opressão, como a condição financeira, cor e/ou raça e o gênero, é um exemplo de interseccionalidade, na qual uma mulher, negra e pobre caracteriza-se como indivíduo com essa tripla vulnerabilidade².

Para entender a essência da interseccionalidade de raça, classe e gênero da mulher negra é preciso entender como esses sistemas discriminatórios ocorrem de forma simultânea, realisticamente. No movimento feminista houve por muitas décadas o negligenciamento das pautas das mulheres negras, enquanto personagens que, em seu processo histórico e cultural, foram escravizadas e posteriormente negligenciadas como cidadãs, restando-lhes somente subempregos e nenhuma política

*Rosalda Paim ingressou no curso em enfermagem em 1947, pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC). Em sua prática profissional visava romper o modelo hegemônico curativista, preocupando-se com a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

**Maria Jose Barroso, também conhecida como Maria Soldado, foi uma enfermeira negra com inegável contribuição na guerra civil da revolução constitucionalista de 1932, considerada precursora da enfermagem moderna no Brasil.

pública de alfabetização/profissionalização. Ainda há a observância quanto ao movimento de militância negra que, apesar de ambos os sexos lutarem por uma pauta de igualdade racial, a mulher negra se vê em um contexto, no qual dentro do próprio movimento, ainda enfrenta o machismo².

É possível, então, observar que a mulher negra enfrenta o racismo dentro do próprio movimento feminista, enfrenta o machismo dentro do movimento racial e enfrenta a desigualdade de classe perante a sociedade, configurando um contexto interseccional. Todos esses sistemas ocorrem de forma simultânea e impõem à mulher negra brasileira constante violação de seu “ser” enquanto indivíduo, e que há nisso grande impacto na saúde desse público. Situação que pode ser identificada em vários âmbitos, particularmente nos serviços de saúde¹¹.

A esse respeito, Rosalda descreve suas perspectivas sobre seu parto e o atendimento de saúde, já Maria expõe sobre a forma que se sente nesse contexto de diferentes tipos de opressão:

Pra mim meu parto foi um racismo, porque meu parto foi induzido forçado e eu não queria, pra mim foi um racismo porque eu sou uma mulher pobre, pescadora e negra. Entendeu? Eu acho que uma mulher bem de vida, branca tinha feito o parto, tinha feito sua laqueadura e eu não tive esse acesso então isso aí pra mim foi racismo (Rosalda Paim).

(...) porque se eu digo, me auto identifico que eu sou quilombola, eu sou! Não precisa você dizer que eu sou não...Eu acho que isso é um preconceito a pessoa querer dizer o que eu sou e o que não sou. Nessa parte eu sinto o preconceito, o racismo.

(...) Eu acho sim que eles têm muito preconceito financeiramente com as pessoas, porque se eu tivesse dinheiro eu não tinha sofrido daquele jeito não (Maria Barros).

O enfrentamento ao racismo é considerado pela PNSIPN como determinante social para melhores condições de saúde⁶. O conceito de racismo institucional define atitudes que caracterizam o racismo como parte da estrutura no sistema de saúde¹². A esse respeito, Batista e Barros (2017) mencionam que o mesmo acontece de distintas formas, por vezes naturalizada, e propõe ainda uma sistemática para aplicabilidade, validação e avaliação da PNSIPN, o que permitiria um enfrentamento dessas ações preconceituosas¹³.

Sob essa perspectiva, as falas das entrevistadas retratam sua percepção sobre momentos de racismo e/ou preconceito, os quais, caso não se tenha um olhar crítico-reflexivo, acabam-se naturalizando:

A gente normaliza que assim é pobre... Aí a gente acha que muita coisa não é racismo entendeu, que é racismo e a gente acha que não é (Rosalda Paim).

O preconceito acontece mais por questão financeira, até mais do que pela cor, por eu não ter condições mesmo... porque se eu tivesse dinheiro eu tinha feito um parto normal que nem eu sempre quis -normal, normal- mas tudo com uma preparação e acompanhamento que é o que é o certo e não ser jogada em uma sala e simplesmente parir do jeito que eles querem... (Maria Barroso).

Ao analisar as falas das entrevistadas, nota-se a percepção por parte dessas mulheres de que em seu contexto social, em algum momento, enquanto mulheres negras e pobres, experienciaram o racismo e/ou preconceito de raça, classe e gênero, porém estas não conseguem identificar expressivamente estes momentos. Essas ocasiões são facilmente categorizadas por terceiros, sendo estes conhecedores do racismo institucional⁵. A elucidação da naturalização do racismo ocorre pela estruturação do racismo no senso comum e, apesar da criminalização do racismo, o consenso social possibilita a naturalização deste, perpetuando estes pensamentos que influenciam subjetivamente no atendimento prestado¹⁴.

Vulnerabilidade interseccional e suas consequências para as desigualdades nos serviços de saúde

A comunidade quilombola, na qual se inserem os sujeitos desta pesquisa, encontra-se na zona rural, em região distante do centro do município, além disso, conforme as entrevistadas, a UBSF da área tem um quadro de atividades restritas, visto que a equipe presta assistência a outra comunidade. Há também déficit de estrutura da unidade, sendo ressaltada a ausência de maca ginecológica e demais materiais para realização de consultas e procedimentos. Pela ausência de uma eSF (Equipe de Estratégia Saúde da Família), e de mobiliário como a maca ginecológica, as gestantes da região precisam se locomover até a zona urbana para terem assistência pré-natal em uma UBS.

Diante essa realidade, as entrevistadas relataram dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pois estas necessitam locomover-se para outra região para então conseguir atendimento obstétrico. Particularmente no período inicial da pandemia houve maior dificuldade quanto a locomoção destas para seus atendimentos, pois, diante do decreto municipal de isolamento social, as rotas de transportes coletivos foram suspensas devido ao cenário crítico da COVID-19. Como pode ser observado nos depoimentos dispostos logo abaixo:

Mulher, para nós aqui é muito complicado porque nosso postinho aqui na verdade não funciona nada, né!? Então a gente tem que se deslocar para a cidade e como eu estava grávida na época da pandemia e quem estava grávida aqui sofreu muito porque a gente ficou sem transporte... O rapaz da linha não vinha mais... (Rosalda Paim).

O posto daqui, da comunidade, a gente não tem acompanhamento nem de gestante nem pra prevenção, porque o posto daqui a gente não tem a cama lá, como que chama? Acho que maca, né? Ai não pode fazer acompanhamento nem de gestante nem de prevenção... (Maria Barroso).

Desse modo, além de enfrentarem a indisponibilidade da UBS para atendimentos ginecológicos e obstétricos, e dificuldade de locomoção se veem ainda mais afetadas quando se menciona o fator econômico.

(...) e quem estava grávida aqui sofreu muito porque a gente ficou sem transporte... O rapaz da linha não vinha mais, e a gente pra ir para a consulta tinha que pagar o Uber e a gente não tem essas condições... De 15 em 15 dias estar pagando o Uber pra ir e voltar... (Rosalda Paim).

Evidencia-se, assim, um contexto interseccional, no qual as vulnerabilidades socioeconômicas enfrentadas por esse grupo também implicam em fragilidades para obtenção de atendimento em saúde. As dificuldades econômicas, bem como de acesso a instituições de saúde, além de serem enfrentadas majoritariamente pela população negra, são fatores que implicam nos índices de saúde deste público, visto que estes, ao enfrentarem maiores dificuldades para acesso aos serviços, consequentemente os procuram cada vez menos¹⁵.

Há ainda o enfrentamento quanto a dificuldades de acesso a exames no sistema público de saúde. Consultas médicas e de enfermagem, procedimentos especializados, medicamentos, vacinas, internação hospitalar, exames físicos, laboratoriais e de imagem são direitos garantidos à gestante no acompanhamento pré-natal, porém na

realidade de algumas cidades de pequeno e médio porte, infelizmente, não há a disponibilização desses atendimentos e recursos¹⁶. Como mencionado por Silva et. al. (2017), ocorre uma depreciação do sistema público pelas medidas adotadas pelas gestões¹⁷. Na fala de Maria Barroso se expressa essa dificuldade:

Nos exames, eu não consegui marcar quase nenhum público. Os únicos que consegui não foi nem eu, foi a médica que conseguiu... Os hemogramas só... O resto tive que fazer tudo particular, tive que pagar as ultrassom e os outros lá, porque não tive acesso não, não teve essa facilidade não. (Maria Barroso).

A população negra constitui 67% dos usuários do SUS, ao tempo em que pessoas negras que estão empregadas recebem apenas 36,1% da renda de pessoas ocupadas brancas. Quando se refere à mulher negra, quanto ao fator econômico destas, a realidade precariza-se, ainda mais, pois estas recebem apenas 44,4% do rendimento de um homem branco. Relacionando os fatores de que cidades de pequeno porte possuem maior dificuldade de acesso a exames no sistema público e de que a população negra, em especial as mulheres negras, possuem menor poder de compra por inferioridade na renda, logo, este público é o mais afetado pela problemática com acesso a exames complementares no SUS. Com menores salários e consequentemente menor poder de compra, as mulheres negras possuem maiores dificuldades em arcar com os custos de exames e procedimentos que deveriam ser fornecidos pela rede pública⁶.

Violência obstétrica e sua relação com a interseccionalidade

O termo violência obstétrica engloba ações de violação física, psicológica, sexual, ou quaisquer práticas danosas à parturiente e aos seus direitos. No Brasil, este termo ainda não está cunhado em âmbito legislativo, mas toma-se como base o programa do Pacto Nacional de Parto Humanizado como ferramenta de enfrentamento a essas práticas¹⁸. Nesse sentido, o Programa Parto Humanizado e Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal planeja medidas para humanização do atendimento à mulher negra no ciclo gravídico-parto-puerperal, visando erradicar, ou ao menos mitigar os casos de violência obstétrica¹⁹.

Porém a prática da humanização em saúde ainda não é uma realidade plena para mulheres negras, inclusive as que participaram desta investigação. Quando perguntado sobre seus acolhimentos e atendimentos no parto foram relatadas diversas situações que englobam violência física, violência psicológica, violência reprodutiva, violação de direitos e negligência.

Especificamente em relação à violência física, trata-se de todo e qualquer dano físico que venha a ser causado à mulher e ao seu corpo²⁰. Uma das entrevistadas relata um momento em que foi feita a laceração da cicatriz da episiotomia realizada em seu primeiro parto, comportamento que caracteriza violência obstétrica física. Rosalda lembra a vivência desse episódio de violência, relatando que “elas quem fizeram, elas que colocaram o dedo e lascaram à força, que eu lembro que ela lascou e depois pontearam... Ela só deu a injeção (anestesia) na hora de pontear” (Rosalda Paim).

A violência psicológica deve ser entendida como toda e qualquer ofensa direcionada à mulher e ao seu corpo que causem sentimentos negativos à parturiente²¹. Rosalda também relata um momento, no qual sofreu violência psicológica ao ouvir da equipe que ela seria a causadora da morte de seu filho:

O menino ficou com a cabeça uma parte pra dentro e outra pra fora, eles ficavam gritando: força, força que você está matando o seu filho, você está matando seu filho. Ai eu: eu estou matando meu filho? Como que eu vou matar meu filho? Eu não tenho mais força não, não tenho força não” (Rosalda Paim).

Novamente, Rosalda Paim foi vítima de outro tipo de violência obstétrica, na qual a paciente já havia passado por todo o processo burocrático para realização de laqueadura, mas que, no momento de realização do mesmo, foi impedida por julgamento médico que insistiu em um parto normal, apesar de ir contra o partograma da paciente que orientava um parto cesáreo para realização da laqueadura concedida pelos termos da lei:

Eu cheguei lá, aí fiquei internada, só que eu não tinha dor, foi trabalho de parto normal sem dor sem nada... Aí a médica teve que induzir meu parto, que eu tive que pedir muito a ela pra fazer o cesáreo porque eu queria fazer a laqueadura né, já tinha preparado todos os papeis! (Rosalda Paim).

É importante mencionar que, além de caracterizar violação dos direitos reprodutivos, este episódio fere também as diretrizes de humanização do parto, visto que Rosalda sentiu-se a todo momento negligenciada ao ser forçada a realização de um parto diferente de seu partograma e que a colocava em negação de procedimento já antes concedido. Dessa forma, a violação de direitos reprodutivos pode ser compreendida como todo e qualquer ato verbalizado ou cumprido que fira o direito reprodutivo da mulher²⁰.

Outro tipo de conduta pela qual as mulheres são vítimas trata-se de negligência, a qual ocorre quando um profissional ou equipe ignora ou subestima uma queixa da paciente, ou não executa uma conduta que estes têm competências e habilidades para realizar. Nesse sentido, houve um relato de ambas as participantes nesse contexto. Maria Barroso solicitou analgesia e foi informada de que não poderia receber esse tipo de tratamento, apesar de preconizados diversos tipos de métodos para alívio da dor, pelas diretrizes nacionais de assistência ao parto: “Dizia pra mim que não podia dar remédio não. Quem que já se viu? A pessoa morrendo de dor e não pode dar remédio” (Maria Barroso).

Aconteceu também o caso da realização da manobra de Kristeller, técnica obsoleta abolida das práticas obstétricas e contraindicada pelas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal⁶. Como menciona Rosalda Paim: “porque como eu não tinha passagem aí ficaram dois enfermeiros, um de um lado e outro do outro, empurrando em cima da minha barriga, empurrando o menino pra baixo” (Rosalda Paim).

As falas das entrevistadas expressam diferentes tipos de violência obstétrica. Além disso mostram também despreparo da equipe profissional que às assistiu ao realizarem procedimentos desnecessários ou não recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) e conselhos profissionais, tais como os de Enfermagem e Medicina, e por apresentarem postura inapropriada em momentos de tensão.

Quando se reporta para o racismo estrutural, para a interseccionalidade no sistema de saúde e/ou violência obstétrica, é necessário entender as diversas faces que ambos possuem. Essas práticas fazem parte da engrenagem do sistema de saúde, e quando identificadas, não são tipificadas em cunho legislativo. A realidade vivenciada

pelas duas participantes deste estudo testemunha a negligência da saúde da mulher negra, como descrito por Cardoso e Cockell (2016). Demonstrem como estas necessitam de atenção para suas pautas, pautas essas que já possuem uma política pública de enfrentamento, mas que não encontram no serviço de saúde do município²².

Negação ao direito de escolha, negligência em relação ao corpo negro e desumanização

Os baixos níveis de escolaridade das mulheres negras colocam-nas em cenários nos quais estão sujeitas ao recebimento de informação parcial ou até falta de comunicação. Assim, a autonomia da mulher negra vem sendo negligenciada a partir da perspectiva profissional de que elas não teriam capacidade para participação nas tomadas de decisão, em relação a seus partos^{5,22}.

Maria Barroso e Rosalda Paim vivenciaram situações nas quais elas não foram informadas de procedimentos que lhes foram realizados ou não tiveram sequer possibilidade de tomar decisões quanto ao seu plano de parto, sendo nas duas ocasiões impostos procedimentos sem serem consultadas ou informadas dos mesmos.

Ao ser questionada sobre a opção de parto, Maria Barroso relata não ter recebido informações sobre a opção da indução do parto, procedimento realizado quando não ocorre a progressão da dilatação colo-uterina:

Não, não fui, eu não dilatava, mas sangrava e perdi todo líquido, não tinha nem mais líquido descendo (Maria Barroso).

Somando-se a isso, em alguns momentos foram realizados procedimentos sem a informação do que se tratava, tampouco sem a autorização da paciente:

Porque eu me internei com nove meses sem dor nenhuma que era para ser cesáreo. Quando eu cheguei no hospital me internaram, me induziram a me colocar na injeção de força, botaram aqueles comprimidos que é de aborto pra dilatar a placenta... (...) não teve essa conversa, a enfermeira chegou e disse: a médica mandou colocar você nessa injeção de força pra poder ter força pra ter seu filho. Não me deram a opção de não tomar, nem me explicaram nada, porque se ela tivesse me dado a opção de não tomar, eu não teria tomado (Rosalda Paim).

Ainda na narrativa de subjugação da autonomia da mulher negra é possível identificar episódios em que as iniquidades não são tão somente comunicativas, mas

também de impacto físico. Há também situações nas quais as entrevistadas vivenciaram momentos em que seus corpos e falas foram negligenciados. Ao serem interrogadas sobre momentos em que se sentiram desrespeitadas sobre suas decisões com seu parto e seu corpo, as entrevistadas responderam o seguinte:

Eu só pedi pra retirar o medicamento que estava, que era pra indução, que eu não queria aquilo, e eles disseram que não podia tirar (Rosalda Paim).

Quando eu estava lá a enfermeira duvidou dizendo que tipo... No começo, de tardezinha, ela dizia 'ela não está soltando liquido não, não está sangrando não...' Aí me levou no banheiro, ainda me intimidou de certo modo... Me levou no banheiro aí eu disse que ia tirar minha calcinha pra provar, porque estava com forro, aí viu que eu estava sangrando e soltando liquido sim (Maria Barroso).

O comportamento adotado pelos profissionais não se justifica ao considerar que estes devem ter condutas imparciais, pautadas na humanização do atendimento, no pré-parto, parto ou pós-parto. A verificação de uma queixa, como a de sangramento e bolsa rota, deve ser feita pela realização de procedimento como o toque, sem colocar a mulher em situação de constrangimento. Submeter a parturiente a situações de constrangimento para verificação destas condições não se pauta em nenhuma diretriz de atendimento.

O depoimento a seguir remete ao momento de acolhimento no alojamento conjunto para preparação para o parto ou pré-parto, e avaliação obstétrica, respectivamente:

A gente não tem muito acolhimento não... A gente chegou e colocou a gente na sala com um monte de gente de todo jeito e pronto. A pessoa pra pedir alguma coisa, pra tomar uma medicação tem que estar chamando, e eles só vão lá quando a gente chora ou manda alguém chamar, porque senão a gente fica sozinho lá até a hora do parto (Rosalda Paim).

Elas não ligavam. Lá eu estava e ficou, mamãe, minha acompanhante, chorava tanto, só sei que foi sofrido... Olha eu nunca mais vou ter bebê! Eu sofri tanto, quando foi de manhãzinha, eu acho que era cinco horas da manhã, entrou outra enfermeira que era mais legalzinha, que aí foi e pediu doutor pra me atender e fez exame de toque só que viu que não dilatava. Aí ele disse: 'eu não vou mais fazer exame de toque nela que está machucando e não está dilatando, caso daqui pra 8 ou 9 horas ela não dilatar vamos pensar em fazer uma cesárea (Maria Barroso).

A Política de Parto Humanizado e o Programa Humaniza SUS são propostas que estabelecem metas de incentivo a gestores para aplicação de um atendimento mais humanizado na Atenção Primária e Especializada, tendo como foco o pré-natal e o parto¹⁹. Ambas já possuem mais de 15 anos de implementação, entretanto ainda enfrentam problemática de aplicação, em nível de gestão como também de capacitação profissional. Nesse panorama, a aplicação da política de humanização, é necessária para a quebra de rotinas hospitalares, paradigmas e modelo medicalocêntrico, além da priorização do preparo profissional em atender as demandas dessas políticas referentes ao contato humanizado²³.

Os depoimentos dispostos abaixo remetem ao sentimento de abandono e descaso vivenciado pelas mulheres, participantes deste estudo, no atendimento ao pré-parto e parto, respectivamente:

Eu me senti mais sozinha no pré-parto mesmo, lá que eu fiquei abandonada (Maria Barroso)

Triste! Que nunca mais quero parir naquele hospital, fiquei foi com trauma. Acho que até uma depressão eu pego se eu for parir ali de novo (Maria Barroso).

É possível identificar a problemática de gestão e déficit de qualificação em unidades do município nas falas das entrevistadas, mas estas chamam mais atenção quando automaticamente relacionam as iniquidades com a atenção a saúde da mulher negra. Esse cenário se explica pela perspectiva do descaso e despreparo explanados, em que se registram casos de negligência de demandas de gestantes negras que resultaram em morte materna por causas diretas²⁰.

Conclusões

As iniquidades quanto ao atendimento obstétrico, que afetam majoritariamente as mulheres negras e pobres, apresentam-se como problemática de gestão, evidenciando a não aplicabilidade de políticas públicas que busquem aplacar o racismo institucional; o desconhecimento/despreparo dos profissionais quanto à aplicabilidade dessas políticas públicas; não aplicabilidade de um atendimento

humanizado; desconhecimento/ desinteresse no SUS sobre as pautas sociais e de saúde das mulheres negras. Todo esse panorama exemplifica as diferentes formas que o contexto interseccional interfere em atendimentos obstétricos no campo da Saúde Pública, especificamente no caso desta investigação, em comunidade quilombola, localizada no interior do estado do Ceará.

Salienta-se a necessidade de formação continuada para os profissionais de saúde, visando qualificação para o atendimento à saúde da mulher negra e o desenvolvimento de estratégias para execução de um atendimento, tanto no pré-natal como no momento do parto, mais humanizado e equânime. É necessário sensibilizar os profissionais para um olhar mais holístico para o atendimento deste público, ao mesmo tempo em que se faz necessário que esses estejam capacitados para avaliar o contexto biopsicossocial dessas mulheres e, assim, levar esses aspectos em consideração na produção do cuidado em saúde. Além disso, há necessidade de um despertar político para que a gestão desenvolva estratégias e planejamento financeiro para um funcionamento adequado das Unidades Básicas de Saúde e fornecimento de serviços como exames complementares, que são direito da gestante.

O estudo fomenta, ainda, o debate sobre a interseccionalidade de gênero, raça e classe no SUS, englobando tanto a Atenção Primária, por meio do pré-natal, como a Atenção Secundária, a partir do atendimento realizado na maternidade, de forma que seja problematizada a correlação do contexto socioeconômico e do racismo institucional e como eles refletem em seus padrões de saúde. Além de contribuir com a literatura acadêmica, infelizmente ainda exígua sobre a temática. A propósito, o déficit na literatura demonstra a necessidade da abordagem da temática no âmbito da Saúde Pública brasileira, para que se possa conhecer melhor esta realidade para intervir e, assim, aplacar as iniquidades no atendimento em saúde.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2019: Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil - 2019. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica. 2019; 41(01):01-12. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf

2. Crenshaw K. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. Revista de Estudos Feministas. 2002; 01(01):177-188. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/abstract/?lang=pt>
3. Oliveira LGSM, Albuquerque A. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. 2018. 15 f. (Monography). Curso de Direito, Centro Universitário de Brasília, 2018. Disponível em:
http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf
4. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade. 2016; 25(03):535-549. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>
5. Leal MC et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2017; 33(01):01-17. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/abstract/?lang=pt>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 3. ed. Brasília; 2017. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
7. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz-Neto O, Gomes R. (orgs.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. Atlas: Rio de Janeiro; 2002.
9. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. Revista Lusófona de Educação. 2018; 40(40):139-153. Disponível em:
<https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>
10. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos. 5. ed. Campinas, SP: Pontes; 2005.
11. Akotirene, C. Interseccionalidade. 1th ed. São Paulo: Pólen; 2019.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras. Brasília; 2005. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf
13. Batista LB, Barros E. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública 2017; 01(33):02-05. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516>

14. Cabecinhas R. Preto e branco: A naturalização da discriminação racial. 2. ed. São Paulo: Húmus; 2017.
15. Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(11):3509-3514. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>
16. Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
17. Silva CR et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 1(1): 1111-1117. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>
18. Brito CMC, Oliveira ACGA, Costa APCA. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2020; 09(1):120-140. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Cartilha Parto humanizado. Brasília; 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
20. Ferreira MS, Gonçalves E. Parirás com Dor: a violência obstétrica revisitada. *Sociedade e Cultura*. 2020; 23(01):01-37. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fcs/article/download/60230/35735/300472>
21. Marques SB. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário*. 2020; 09(01):97-114. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>
22. Cardoso EM, Cockell FF. Atenção à saúde da mulher negra no ciclo gravídico puerperal: percepções em primeira pessoa. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*. 2019; 12(40):112-126. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/9485>
23. Santos GFL, Araujo MM. Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura. *Revista Científica Facmais*. 2016; 06(02):56-61. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/artigo-6-politicas-de-humanizacao-ao-pre-natal-e-parto.pdf>