



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER**

GABRIELA FEITOSA PEREIRA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA PERSPECTIVA DE RAÇA E CLASSE SOCIAL

**Brasília
2018**

GABRIELA FEITOSA PEREIRA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA PERSPECTIVA DE RAÇA E CLASSE SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social. Orientador: Prof.^a Dra. Camila Potyara Pereira

**Brasília
2018**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Camila Potyara Pereira – Orientadora
Departamento de Serviço Social da UnB.

Prof. Ma. Maria Elaene Rodrigues Alves – Membro Interno
Departamento de Serviço Social da UnB.

Assistente Social Ma.Ludmila Weizmann Suaid Levyski – Membro Externo

Dedico este trabalho a minha supervisora Camila Potyara que aceitou encarar este conjuntamente, dedico também as minhas supervisoras de estágio Suely e Paula Juliana que foram partes importantes no processo de construção deste trabalho.

As mulheres que sofreram algum tipo de violência, em especial aquelas que participaram por meio da hashtag #nahoradefazernãochorou contanto seus relatos, espero que por meio deste trabalho suas dores não sejam esquecidas.

“Mulheres negras são como mantas Kevlar, preparadas na vida para suportar o racismo, os tiros, o eurocentrismo, abalam, mas não deixam nossos neurônios cativos”.

Eduardo Taddeo.

AGRADECIMENTOS

A prof^a. Dra. Camila Potyara por sua disponibilidade, paciência, contribuições e por aceitar participar deste processo de Trabalho de Conclusão de Curso. Além de sua postura diferenciada de preocupação para comigo. Suas considerações e apoio foram de extrema importância para o meu aprimoramento enquanto pessoa e profissional em formação.

As participantes da banca examinadora por aceitarem o convite para participar da avaliação deste trabalho, por suas contribuições e sugestões para aperfeiçoamento deste trabalho.

As participantes da hashtag #nahoradefazernãochorou, pela confiança no compartilhamento de seus relatos e por fazerem parte na construção deste trabalho.

Aos colegas da Universidade de Brasília e ao meu companheiro pelo suporte emocional e pela presença no processo de produção dessa monografia. Suas contribuições, sugestões e críticas foram de grande importância para finalização do trabalho.

.

RESUMO

A violência obstétrica se caracteriza, segundo o Ministério da Saúde, por práticas de agressões psicológicas, verbais, sexuais ou físicas que possam ocorrer na gestação, parto, pós-parto ou aos atendimentos de aborto. São negligências por parte da equipe de saúde, por meio de ações discriminatórias. O presente trabalho teve como objetivo compreender quais ações podem ser caracterizadas como violência e apontar sua prática recorrente em mulheres negras ou pardas de classe social mais baixa verificando o contexto de escravidão no Brasil que propiciou ao cenário atual de violações de direito. A problemática investigada será a inserção do médico e a institucionalização do parto na lógica atual, a maior recorrência de relatos de violência obstétrica sofrida por mulheres negras e o papel do Serviço Social na superação desta realidade. Esta investigação foi constituída por meio de pesquisa bibliográfica e documental com assuntos referentes à violência obstétrica e a realidade sofrida pela mulher negras. Foi realizada a coleta de relatos por meio da hashtag #nahoradefazernãochorou, criada pela presente pesquisadora e disseminada pelo Facebook e Instagram, além da experiência no atendimento de mulheres na maternidade do Hospital Regional do Gama – HRG e nas rodas de conversa realizadas no Centro de Saúde nº 03 do Gama no período de Estágio Supervisionado em Serviço Social e no decorrer da pesquisa acerca do tema. Constatou-se, que as práticas de violência obstétrica ainda são recorrentes nas instituições de saúde que atendem mulheres pelo Sistema Único de Saúde - SUS e que este cenário condiciona mulheres negras e pobres a esta prática por não terem como procurar outras alternativas. Considerou-se primordial o papel dos assistentes sociais inseridos nas áreas de saúde na promoção de empoderamento destas mulheres e na superação destas violações de direitos.

Palavras-chave: violência obstétrica; mulheres; serviço social; racismo; institucionalização do parto; classe social.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1- VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA – UMA ANÁLISE TEÓRICA	14
CAPITULO 2 –ESCRAVIDÃO NO BRASIL E A DISCRIMINAÇÃO DA POPULAÇÃO NEGRA	27
2.1 A realidade da mulher negra no Brasil	29
2.2 A saúde da população negra no Brasil	31
CAPÍTULO 3- SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO DAS DEMANDAS DA ÁREA DA SAÚDE	39
3.1. REDES SOCIAIS E SUA CONTRIBUIÇÃO NA MOBILIZAÇÃO DE MOVIMENTOS SOCIAIS	45
3.2. #NAHORADEFAZERNÃOCHOROU, RELATOS DE MULHERES SOBRE VIVÊNCIAS DO PARTO	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERENCIAS	55

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a violência obstétrica vivida por mulheres em sua gestação, parto e pós-parto, seja por meio da rede pública de atendimento ou rede privada influenciada pelo racismo e pelo preconceito de classe.

Os argumentos utilizados tiveram como base o período de estágio realizado no Hospital Regional do Gama - HRG, as experiências coletadas ao longo da realização do projeto de intervenção no Estágio Supervisionado em Serviço Social, sendo este realizado no Centro de Saúde nº 03 do Gama, se dando por meio de rodas de conversa com gestantes do terceiro trimestre de gestação, além da análise dos relatos colhidos por meio da hashtag #nahoradefazernãochorou, que foi criada pela presente pesquisadora e disseminada nas redes sociais. Por meio dela mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica relataram, por vontade própria, como se deram suas experiências.

Tratou-se, assim, o tema de violência obstétrica em sua perspectiva de raça e classe social, a fim de problematizar o fato de que as violências obstétricas são frutos também da vulnerabilidade social e da falsa democracia racial presente no Brasil que se perpetuou ao longo dos anos por meio de políticas de desfavorecimento da população negra, a fim de causar o embranquecimento no país. Este terá reflexo nas condições de saúde da população negra, fato confirmado por Moura (1994).

Considera-se que o histórico de violação de direitos da população negra foi tão massivo a ponto de suas consequências se perpetuarem até hoje no país, algo refletido na dificuldade da população negra em ter acesso às políticas públicas de saúde. Como ressalta Lima (2016), as mulheres negras e pobres são as que mais relatam vivências de violência obstétrica e este fato pode estar associado também ao imaginário criado com a cultura da escravidão de que as mulheres negras são mais resistentes à dor. Estas mulheres também apresentam maiores índices de pobreza, fato confirmado na pesquisa de Lima (2016) que afirma que mulheres autodeclaradas pretas e pardas são a maioria nos quesitos analfabetismo, renda baixa e

necessidade de acesso a programas de transferência de renda, como o Bolsa Família¹. Ademais, estas também têm suas gravidezes recorrentes com idades de 19 a 21 anos e sem planejamento ou apoio paterno.

Estas constatações são importantes para a construção da questão de partida que norteou esta pesquisa: a violência obstétrica está ligada somente ao fato da despreparação, falta de humanização e da mecanização dos serviços médicos ou esta falta de acesso aos serviços públicos de qualidade por parte da população pobre, feminina e negra é fruto do machismo, do preconceito de classe e do racismo enraizados no Brasil?

A abordagem de tal tema se torna importante para que assim seja entendido que a violência obstétrica sofrida por essas mulheres não se limita somente ao campo da saúde, pois tem reflexo numa condição estrutural de violação de direitos que se relaciona com o histórico brasileiro de escravidão, se fazendo necessário correlacionar os índices de violência e vulnerabilidade social sofridas pela população negra.

Este trabalho pretende mostrar as dificuldades de acesso a serviços de qualidade por meio do sistema de saúde, mesmo que o Sistema Único de Saúde - SUS tenha seus pilares de formação na universalização, na equidade e na integralidade. Ainda assim, há diversos relatos de mulheres que não tiveram seus direitos de acesso efetivados ou o tiveram, porém foram atendidas de forma violenta ou negligente. O racismo estrutural e institucional presente no país acaba por influir diretamente na vida das mulheres negras.

O Serviço Social, como profissão que se posiciona a favor da equidade e da justiça social, tem papel fundamental na superação destas questões, pois esta pode direcionar sua atuação para o empoderamento destas mulheres, no sentido de auxiliá-las a conhecer os seus direitos no período de gestação, parto e pós-parto, além de estar constantemente em aprimoramento para encontrar-se atualizado às necessidades das gestantes, em concordância com o princípio do Código de Ética do/a Assistente Social, do Conselho Federal de Serviço Social (2012) em que se deve considerar o “ X- compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 2012, p.24)

¹ É um programa de transferência de renda direta para famílias em situação de vulnerabilidade e pobreza em todo país. Disponível em <<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>> acessado em 12/11/2018.

O objetivo deste trabalho é entender o processo de racismo as discriminações raciais e de classe sofrido pelas mulheres analisando com base em sua realidade, especialmente entre as negras, periféricas e pobres, que demonstram uma condição ainda mais vulnerável quando estão gestantes, ressaltando o papel importante dos profissionais de Serviço Social no acompanhamento do pré-natal das gestantes e na disseminação de seus direitos. Procurou-se estabelecer uma visão mais realista dos casos de violência obstétrica, ressaltando o racismo institucional presente na área da saúde e a falta de efetividade das políticas de humanização do parto.

Os aspectos aqui abordados foram as dificuldades encontradas por mulheres negras e periféricas no acesso a serviços públicos, dando ênfase à negligência sofrida por essas na área da saúde, procurando salientar que o fato de a maioria dos relatos de violência obstétrica serem de mulheres pobres e negras não é mera coincidência, mas sim resultados da perpetuação de uma cultura racista e segregacionista. A partir destas constatações analisa-se o papel dos profissionais de Serviço Social destacando sua importância na promoção do empoderamento das mulheres no processo de gestação.

Neste trabalho utilizou-se uma análise qualitativa dos dados coletados no período de estágio, dos materiais teóricos acerca do tema e dos relatos de gestantes por meio da hashtag #nahoradefazernãochorou, buscando correlacioná-los com as categorias trabalhadas ao longo do TCC.

Com as análises críticas feitas nesse período, com os relatos das gestantes de terceiro trimestre acompanhadas no projeto de intervenção que se consistia em rodas de conversa realizada no Centro de Saúde nº 03 do Gama, e com a coleta de relatos foi evidenciado que as práticas de violência obstétrica continuam frequentes, especialmente entre mulheres negras e periféricas, que muitas vezes desconheciam seus direitos ou os tinham violados por profissionais da área de saúde.

O primeiro capítulo deste trabalho trouxe uma perspectiva histórica de como foi se modificando as formas de realização do parto para chegar ao modelo utilizado atualmente, sendo que, antigamente, o parto tinha como principal característica sua realização em domicílio e com o auxílio de parteiras de confiança das gestantes. Essa prática oferecia, em de fato, mais liberdade e autonomia para a mulher, sendo ela a figura principal no processo de parto. Entretanto, no final do século XVI esta realidade começa a se modificar com a inserção dos médicos, além da criação de instrumentos de intervenção ao parto. Com isto inicia-se um

processo de perda da autonomia e objetificação do corpo das mulheres, além da desqualificação das parteiras e a adesão destas gestantes ao modelo institucional que começa a se moldar tendo como atrativo uma falsa promessa que o parto institucionalização seria mais fácil e causaria menos dores as mulheres. Este capítulo trouxe, também, um apanhado histórico das políticas de saúde voltadas para a maternidade, além de constatar que estas se dão, principalmente, para a promoção e bem-estar do feto, deixando as gestantes em segundo plano.

O segundo capítulo apresentou o histórico de escravidão no Brasil e a análise do falso *status* de democracia racial, além de deixar como herança políticas que levaram a população negra brasileira à situação atual de desigualdades sociais e violência que se internalizaram, inclusive, nas áreas da saúde. Este capítulo tratou, também, dos avanços conquistados pelos movimentos negros voltados para as políticas públicas de saúde, que se classificam como grande conquista, pois, por meio destas, se dá o reconhecimento que a população negra está mais propícia a desenvolver certos tipos de doenças por conta da sua posição social, ressaltando ainda doenças frequentes em mulheres negras no período de gestação. Este capítulo traz à tona, ainda, a necessidade na discussão da condição atual da população negra no país, constatando o longo caminho que é preciso percorrer para a efetivação das políticas públicas para este grupo populacional.

Por fim, o terceiro capítulo apresenta o relato do período de Estágio Supervisionado em Serviço Social e o reconhecimento de sua importância na formação acadêmica dos profissionais de Serviço Social, mencionando também a experiência nas rodas de conversa realizadas no Centro de Saúde nº 03 do Gama no período como Projeto de Intervenção de Estágio e como este contribuiu para o desenvolvimento do trabalho atual. Reconhece neste a importância da inserção dos profissionais de Serviço Social ao longo da gestação das mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde -SUS, sendo importante sua presença desde o pré-natal, apontando ainda as dificuldades encontradas pelas assistentes sociais inseridos nas áreas de saúde em trabalhar de forma interdisciplinar com os outros profissionais de saúde por conta da hierarquização presente nesses espaços que concentra o poder na figura médica.

Este capítulo irá versar sobre a importância que as redes sociais têm atualmente nas mobilizações dos movimentos sociais em busca de melhores condições e efetivações de direitos, reconhecendo estas como de extrema importância para conclusão deste trabalho. Por meio da hashtag #nahoradefazernãochorou, criada para este TCC e disseminada no Facebook e Instagram, foi possível coletar relatos reais de mulheres que sofreram ou vivenciaram algum

tipo de violência obstétrica no seu período de gestação e correlaciona-los com as teorias estudadas neste trabalho.

CAPÍTULO 1- VIOLÊNCIA OBSTETRICA – UMA ANÁLISE TEORIA

O período anterior ao século XV, ou seja, antes da institucionalização do parto constituía-se em uma prática de confiança entre a mulher que paria e aquela que lhe auxiliava na concepção. Esta costumava ser próxima à gestante e era curandeira, parteira ou comadre. Como as autoras Nagahama e Santiago relatam que essas “eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria e eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655).

Neste período havia poucos médicos e os que existiam não eram familiarizados com as práticas do parto nem do nascimento. Além disso, esta atividade era considerada sem importância pelos cirurgiões e, por isso, estes as deixavam aos cuidados de outras mulheres. Porém, esta visão irá mudar no final do século XVI com o uso do fórcepe obstétrico² pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain. Tal prática irá influenciar na aceitação da obstetrícia como disciplina técnica e científica e que deve ser comandada por um homem, neste caso pelo médico (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

As parteiras da época não conseguiram acompanhar as novas técnicas desenvolvidas, nem adquirir os materiais de intervenção, por não terem condições financeiras para custeá-los. A partir disso inicia-se então o processo de controle do parto pelos homens, os conhecimentos adquiridos pelas parteiras com as experiências foram descredibilizadas por serem consideradas inferiores intelectualmente em relação aos médicos (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005)

Esta realidade, do intervencionismo médico, irá se concretizar e ganhar força no século XVII, com a descoberta do mecanismo de ovulação que traz a visão de que o corpo da mulher teria uma estrutura delicada e que corria perigo devendo então ser protegida pela medicina. Assim há uma diferenciação dos corpos femininos e masculinos em que entende-se o:

corpo, como uma máquina, sendo o corpo masculino considerado o protótipo desta máquina e o feminino um desvio do padrão masculino, considerado hereditariamente anormal, defeituoso, perigosamente imprevisível, regido pela natureza e carente do controle constante por parte dos homens” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p.655).

² Instrumento obstétrico, se assemelha à duas colheres, são colocadas ao lado da cabeça do bebê para ajudar a retirá-lo do canal do parto.

Com a inserção, da metodologia de parto feito no ambiente hospitalar com intervenção médica, o trabalho das parteiras que tinham como objetivo a naturalidade do parto, o protagonismo da mulher, o auxílio psicológico às gestantes e a não utilização de medicamentos para indução do parto, mas sim de técnicas de massagens que auxiliavam e facilitavam a saída do bebê, é descartado e depreciado a fim de reafirmar as ações do médico (MAIA, 2010).

Pode-se destacar que tais ações, assim como afirmam as autoras Nagahama e Santiago (2005) se configuram em uma estratégia do capitalismo, sendo que este não se apropria somente da estrutura econômica, mas também das ações dos indivíduos que são sua força de trabalho, agindo de forma reguladora na construção de suas ideologias e sobre seus corpos.

Contudo há então a defesa da hospitalização do parto e da criação das maternidades, deixando este de ser íntimo e de protagonismo da mulher, para se tornar público. Assim como as autoras descrevem, esse processo traz consigo uma queda da mortalidade materna e neonatal, entretanto também se dirige à perda da autonomia feminina, de sua sexualidade e individualidade, ou seja, este processo se torna regulado pelo sistema de saúde, convertendo-se, a mulher, um objeto público de estudo. (SEIBERT et al. 2005)

No Brasil, esta institucionalização foi lenta, como ressaltado pelos autores Sabrina Lins Seibert et al. (2005), pois dependia da vinda de profissionais estrangeiros qualificados e do retorno de aristocratas que iam estudar na Europa para atuar no país. Com a vinda de parteiras francesas enviadas pela Faculdade de Medicina de Paris, inicia-se o processo de hospitalização do parto, inaugurando as primeiras faculdades do Brasil com cursos de obstetrícia que tinham como base o estudo teórico e o treinamento em bonecos. Neste mesmo período, como dispõem as autoras Leister e Riesco (2013), há a instalação dos primeiros leitos maternos em São Paulo. Entretanto, os partos ainda eram de competência das parteiras, sendo requisitada a presença médica apenas nos casos mais complicados.

Com o objetivo de estudar o corpo da mulher de forma prática, os médicos inserem o debate da importância da hospitalização dos partos, a criação de maternidades e descredibilidade das ações das parteiras. Tais questionamentos são reforçados pela diminuição das taxas de mortalidade depois da inserção dos médicos. Os autores citados anteriormente reforçam ainda que estes tinham grande apoio da igreja católica que condicionava o papel da mulher na sociedade a família e suas atividades do lar, além de entender o sofrimento do parto como importante na purificação dos pecados. Além disso, identifica-se que “sobre o início da dominação do corpo feminino, na época, relatam que de forma particular e decisiva a igreja teve como grande aliada à medicina. Médicos e padres” (SEIBERT et al. 2005, p.247).

Este projeto irá se prolongar até o pós-guerra, inserindo-se neste período o debate acerca do controle de natalidade nos países, que tem sua origem principalmente nos Estados Unidos e Europa, a fim de sanar as dificuldades causadas pelo período de guerras, além de adotar a percepção de “que o crescimento econômico e o desenvolvimento só poderiam ser alcançados com a redução do ritmo do crescimento demográfico.” (SEIBERT et al. 2005, p.247).

As mulheres também tiveram participação neste processo, como ressaltado pelos autores. As de classe alta não aceitavam mais a forma como parto era feito e a dor e os riscos que este lhes empunha, além do *status* que era conquistado com o fato de poder pagar pela assistência médica. A partir disto elas começam a se inserir nos hospitais, frequentando os consultórios de obstetras e pediatras, utilizando-se de medicamentos e consumindo mais produtos voltados para a maternidade. Essa visão positiva por parte das mulheres sobre as práticas institucionalizadas do parto contribuiu para o crescimento dos hospitais. De acordo com Leister e Riesco, “em São Paulo, o crescimento dos partos hospitalares foi de 5% para 29,5%, enquanto que os nascimentos em domicílio sofreram uma queda de 25% em 15 anos (1930 a 1945)”. (LEISTER; RIESCO, 2013, p.167).

Com todas essas forças repressivas e com o apoio da população feminina de classe alta, em meados do século XX há, enfim, a consolidação do parto hospitalar. Seibert et al destacam que esse processo se dá

juntamente com o surgimento das grandes metrópoles e a criação de hospitais, marcando o fim da feminização do parto, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, utilização de fórceps profilático e episiotomias desnecessárias. (SEIBERT et al. 2005, p. 248).

As autoras Leister e Riesco (2013) apontam a criação em 1967 do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) como fator importante para o aumento do parto hospitalar e, conseqüentemente, a diminuição dos partos domiciliares, sendo que, a partir da criação deste, houve uma expansão da assistência hospitalar que favorecia as empresas privadas de saúde, pois seu modelo operava com a participação de hospitais privado, da seguridade social dos empregados em situação regular de trabalho e do poder público. Este foi tão importante que as autoras mostram que

em 1968 e os primeiros anos de funcionamento do INPS em São Paulo, houve um aumento de 22% de partos hospitalares, de 54% para 76%. Pode-se então dizer que o modelo oficial de assistência ao parto que conhecemos hoje estava pronto e foi amplamente praticado a partir dos anos de 1970. Nesse período, médicos e hospitais de seguridade social recebiam mais pelo parto cirúrgico do que pelo parto vaginal, que foi uma das origens da epidemia de cesarianas. Para parar a tendência de aumento à escolha por esse tipo parto, em 1980,

todos os partos passaram a receber igual forma de pagamento. Porém, essa taxa continuou subindo e, em 1992, 40,5% dos partos no Estado atendidos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a cesarianas. (LEISTER e RIESCO, 2013, p.167).

Percebe-se que o modelo de parto criado no Brasil tem suas bases inicialmente na inserção do médico que procura regular os corpos das mulheres e garantir a efetividade da criação de novos trabalhadores para o capitalismo, além de inibir a sexualidade e a autonomia do corpo da mulher. Ou seja, o Estado se apropria do corpo feminino como objeto de procriação e o utiliza para benefício próprio além de posteriormente inserir os partos na lógica mercadológica, em que a mulher que pode custear os gastos com a cesariana tem essa opção, mostrando este como uma promessa de parto indolor e rápido.

O parto então, tornou-se um processo voltado para a tecnologia e distante das mulheres, tornando-se, em diversos casos, traumatizantes às gestantes. A percepção da figura da mulher nessa sociedade associa os processos naturais de seus corpos a doenças e entende que esses devem ser escondidos, fato afirmado por Seibert et al:

o poder de transformar eventos fisiológicos em doenças, representando uma forte influência ideológica na nossa cultura, capaz de tratar a gravidez e a menopausa como doenças, transformando a menstruação em um distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico (SEIBERT et al., 2005, p. 248).

No âmbito das políticas públicas a proteção materno-infantil ganhou visibilidade nos debates somente em 1920 com a Reforma Sanitária. Suas propostas eram voláteis e obedeciam sempre às políticas nacionais, além de abordar um viés associado aos cuidados médicos, sem o protagonismo da mulher. Como as autoras destacam, o primeiro órgão governamental a ser criado com a temática de cuidado materno-infantil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR), que teve início em 1940 e iria atuar até 1965. Este trazia consigo uma nova perspectiva de atendimento, englobando não só a criança, mas os cuidados com as mães. Entretanto, este ainda obedecia à lógica capitalista, sendo que nestes atendimentos a reprodução e a redução da mortalidade infantil deveriam ser priorizadas por considera-las importante para o desenvolvimento da sociedade e descartando as especificidades individuais das mulheres, além de reconhecê-las como mecanismos de criação de novos trabalhadores com potencial de mão de obra para o capitalismo (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Com a criação em 1953 do Ministério da Saúde, esta realidade não mudou. Suas diretrizes eram embasadas nas crianças como o futuro da nação e como tal deveriam ser

protegidas. Após esta data o tema materno-infantil iria ressurgir somente em 1971 com o documento de Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno- Infantil que previa:

programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, estímulo ao aleitamento materno e nutrição. Considerava ainda a possibilidade de oferecer às mulheres orientação no período intergestacional, com o propósito de espaçar o nascimento dos filhos por problemas de saúde. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005 p.653).

Os debates acerca do tema perpetuaram-se, como observado na III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada no Chile em 1972, sendo abordados temas relativos à saúde das gestantes e dos bebês e os cuidados para com o bem-estar das famílias, além de firmar o compromisso com a promoção desses temas. Em resposta a tal reunião o país cria em 1974 o Ministério Previdência e Assistência Social (MPAS) que coordena o Programa de Assistência Materno Infantil. Este enfatiza a prevenção das gravidezes de alto risco e as questões de insuficiência alimentar das gestantes e das crianças (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Destaca-se que as políticas públicas brasileiras voltadas às gestantes e seus bebês, nesta época, tentam diminuir as consequências da exploração do capitalismo, como mostram Nagahama e Santiago: são “ações planejadas que tinham como objetivo contribuir para as maiores produtividades com o ingresso de novas e mais hípidas gerações na força de trabalho” (NAGAHAMA; SANTIAGO 2005, p. 653).

Com tal preocupação do Estado em garantir o nascimento das crianças, este se volta às políticas públicas que regulamentam uma assistência especializada nos riscos da gravidez, como foi o caso do Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR), criada em 1978 pelo Ministério Público e que tinha o objetivo de prevenir os riscos com as gravidezes futuras (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Nas décadas de 1980, com a amplitude dos debates acerca de questões materno-infantil, há também o desenvolvimento da participação dos movimentos de mulheres que começam a pautar as discussões sobre a liberdade dos seus corpos e da sexualidade feminina, incluindo a anticoncepção como direito da mulher. Tal pensamento é amplamente difundido pelo mundo e apoiado por países como os Estados Unidos, que considerava importante o controle de natalidade nos países denominados de “Terceiro Mundo”. Além disso, os debates apontavam a importância em oferecer informações sobre o acesso aos métodos contraceptivos mais eficazes e a realização do planejamento familiar. Percebe-se aqui que o apoio aos movimentos

de mulheres é movido pelo interesse do capitalismo em controlar o nascimento com objetivos puramente econômicos (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Em 1984 esses debates encontram efetividade com a criação, pelo Ministério de Saúde, do programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática (AISM) e tinha como diretrizes:

A inclusão de atividades de planejamento família no Programa baseava-se nos princípios de equidade – oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população e no controle do risco gravídico exercido pelo médico. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p.654).

As autoras Nagahama e Santiago (2005) mencionam que este processo se dá devido a três forças: a pressão dos países em desenvolvimento para o controle de natalidade dos países subdesenvolvidos, dos movimentos sociais de saúde para mudanças em suas políticas e dos movimentos de mulheres que procuravam a efetividade dos seus direitos como cidadãs e não apenas como mães.

Neste mesmo período iniciaram-se os discursos acerca da humanização do parto e do nascimento, como a preocupação com o cuidado ofertado aos usuários, além da valorização do ser humano e o reflexão sobre os procedimentos médicos e suas práticas intervencionistas desnecessárias.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi realizada em 1986, debateu sobre os procedimentos médicos privados e os diagnósticos que eram feitos de forma superficial, que geravam diversas sequelas, inclusive nas práticas de cesáreas desnecessárias, sendo que as definições tomadas nesta tiveram grande influência na criação da Constituição de 1988 (MAIA, 2010).

Além do mais, com o cenário propício para a ascensão dos movimentos sociais, começam a surgir políticas relacionadas aos direitos reprodutivos, especialmente após a expansão do movimento feminista que propõe à sociedade a discussão sobre as garantias de direitos das mulheres. Os temas abordados por elas são a justiça social, garantias de igualdade, dignidade e autonomia no exercício de sua sexualidade e de sua liberdade reprodutiva. (MAIA, 2010).

Esses direitos reprodutivos estão ligados à liberdade da mulher, individualmente ou conjuntamente com seu parceiro, em decidir sobre a sua maternidade, sendo ela quem deve escolher quantos filhos quer ter, o espaço de tempo entre eles, como quer tê-los e se quer ou não ter filhos, sem que haja para essa, qualquer tipo de pressão ou coerção nesse processo,

buscando, assim, desmistificar toda a incumbência materna que é depositada nas mulheres, fruto da construção de uma sociedade patriarcal (MAIA, 2010).

Com a promulgação da Constituição Federativa de 1988 tem-se um marco nas Políticas Públicas no âmbito da saúde. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, traz como proposta uma nova visão, que se baseia nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Nesta mesma época, há a criação de políticas voltadas para as mulheres, que tinha como objetivo a atenção integral em todos os períodos da vida deixando para trás o ideal de acompanhamento apenas no período puerperal (MAIA, 2010).

Apesar da inserção da universalidade dos serviços e das políticas de melhorias de acesso para as mulheres, ainda havia um entrave que dificultava o avanço dos serviços relacionados ao parto. Este é a disseminação de que o corpo deve ser tratado como uma máquina que necessita de reparos, ideal este que perpassa pelos profissionais da saúde ao longo de suas formações e que terminam por incutir em seu imaginário a noção de que um parto seguro é feito com uma vasta intervenção da equipe médica e utilização de medicamentos. Segundo Maia (2010, p.35) “na percepção do corpo como máquina, o principal objeto do obstetra passa a ser o útero e o seu produto, em lugar da mulher. Dessa forma, o parto é considerado como o resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero”.

Por consequência da nova forma de realização do parto, tem-se a ausência do protagonismo da mulher que é transferido para a equipe médica, a desconsideração da naturalidade do parto, que deveria ser interrompido apenas em situação extrema. Além do mais, tal ação limita a locomoção da mulher na hora do parto, torna o processo mais doloroso e auxilia na justificação de procedimentos desnecessários que podem torna-lo de alto risco (MAIA, 2010).

Tais procedimentos são citados pelos autores Charles Dalcanale Tesser et al, em que citam a publicação “Assistência ao parto normal: um guia prático” divulgada pela OMS em 1996, que classifica as ações que podem ser consideradas ineficazes e até prejudiciais no parto. São elas: a infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto, uso indiscriminado de ocitocina, amniotomia usado para acelerar trabalho de parto, posição de litotomia (posição de exame ginecológico), episiotomia (incisão feita entre a área muscular da vagina e do ânus a fim de ampliar o canal do parto), manobra de Kristeller (força feita na parte superior do útero em direção ao canal do parto), restrição alimentar e hídrica e o impedimento de acompanhante (TESSER et. al., 2015).

Entretanto, por mais que tais procedimentos sejam considerados de risco e ineficazes, são ainda práticas recorrentes no país, como é destacado por Tesser et al em análise da pesquisa “Nascer no Brasil”³. Em que:

Entre as entrevistadas, 70% foram rotineiramente puncionadas, 40% receberam ocitocina e realizou-se amniotomia em 40%. Entre as mulheres que pariram (48% da amostra), 92% estavam em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas a episiotomia, 37% receberam a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo). Somente 26% puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto e 18,7% contaram com acompanhante. Apenas 5% tiveram partos sem nenhuma intervenção (TESSER et. al., 2015, p. 4-5).

A partir destas práticas abusivas no âmbito da saúde, foi necessário discutir a violência obstétrica que tem como concepção, segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, em sua declaração de 2014, intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, é qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puerperal (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê (OMS, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014) são exemplos: violência física, qualquer tipo de humilhação, abusos verbais, ações médicas coercitivas e sem consentimento, falta de confidencialidade ou de esclarecimento relativo aos procedimentos médicos, violação da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto que possam levar a complicações que poderiam ser evitadas ou que ameacem a integridade física da paciente, descumprimento de leis que procuram diminuir a vulnerabilidade sofrida pela mulher no período de gravidez, julgamentos e insultos feitos pela equipe médica durante ou após o parto (OMS, 2014).

Para elucidar melhor a realidade sofrida pelas mulheres em todo o período gestacional a Fundação Perseu Abramo divulgou em 2010 a pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado” a qual trouxe a preocupante constatação de que uma a cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência durante o parto. Os casos mais comuns segundo o estudo são gritos dos profissionais, procedimentos dolorosos sem consentimento ou sem prévia informação e a negligência por parte dos profissionais de saúde (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

³ é formada por profissionais da coordenação geral da Escola Nacional de Saúde Pública e conta com pesquisadores com formação em epidemiologia, obstetrícia, perinatologia, pediatria e enfermagem obstétrica de outras instituições. Tem como objetivo estudos voltados para a área de saúde da mulher e da criança, além da melhora na qualidade dos serviços de obstetrícia e neonatal. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/quem-somos/>>.

Há também outros casos mais sutis e que já estão enraizados no sistema de saúde que muitas vezes acabam por não ser considerados pelas mulheres como violência e sim como um procedimento padrão do hospital. Pode-se tomar como exemplo o impedimento ao acompanhante, algo que ocorre mesmo que tal prática seja assegurada pela Lei 11.108/05⁴.

Além disso, naturalizaram-se atitudes de deboche, de grosseria, inferiorização das mulheres utilizando nomes infantilizados ou diminutivos, o toque excessivo de diversos médicos e residentes, que reforçam o ideal do corpo da mulher como objeto público de estudo pra o homem, e a prática da episiotomia que se tornou prática padrão do procedimento médico e que muitas vezes é desnecessário e torna o período de reabilitação da mulher maior, os riscos de infecção hospitalar se ampliam e há a possibilidade de sequelas que possam até mesmo diminuir o prazer sexual da mulher (MAIA, 2010).

Tem-se, da mesma forma, as práticas de cesáreas desnecessárias, que podem ser consideradas como um tipo de violência obstétrica. Deve-se frisar que há situações em que está se faz necessária, mas ocorre-se atualmente um uso excessivo desta prática por ser mais conveniente aos médicos. Assim, os autores Tesser et. al. destacam que: "a cirurgia cesariana, quando necessária, salva vidas e diminui morbidades para a mulher e o concepto" (TESSER et. al. 2015, p. 5).

Todavia, o problema então está no excesso de cesáreas realizadas, que estão em discordância com a Organização Mundial de Saúde - OMS (1985), que aponta que a taxa ideal de cesáreas em um país é de 15%, como é evidenciado pelo autor Alberto Beltrame, no seu anexo presente na portaria nº 306, DE 28 DE MARÇO DE 2016 - Diretrizes de Atenção À Gestante. A Operação Cesariana⁵, sendo essa realizada sem motivos que pudessem explicar os números citados pelo autor, que demonstra que: "a taxa de operação cesariana no Brasil está ao redor de 56%, havendo uma diferença significativa entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%)" (BELTRAME. 2016, p. 13).

É pertinente trazer o debate proposto pelas autoras Riscado, Jannotti e Barbosa (2016) que justificam o fato de as cirurgias cesarianas serem mais recorrentes nos serviços privados de saúde por conta dos interesses econômicos e por se ter no Brasil um modelo mercantilizado de

⁴ Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, assegura as gestantes a presença de um acompanhante de sua livre escolha independente do sexo, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, em que torna obrigatório aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS a permissão da permanência desse.

⁵ Tem como objetivo sistematizar informações científicas relacionadas às práticas voltadas a cesariana, a fim de fornecer material para orientação dos envolvidos no cuidado e bem-estar da mulher e da criança.

saúde, fato este confirmado pelas autoras, que segundo elas, "o conhecimento técnico-científico tornou-se uma ferramenta do "comércio" do parto, pois o discurso médico disfarça os interesses mercantis por trás da prática da cesárea." (RISCADO; JANNOTT; BARBOSA. 2016, p.7).

A autora Maia (2010), propõe também que, a fim de fortalecer a procura pelas cirurgias cesáreas, os médicos acabam criando uma visão distorcida e amedrontadora sobre o parto normal, difundindo uma ideia de que trará uma segurança maior ao bebê. Além disso, no período do pré-natal, como salientado pelas autoras, não há uma preparação da mulher sobre o parto, não é discutido conjuntamente com a gestante as vias de parto e suas consequências, técnicas de relaxamento ou massagens que diminuam a dor durante o parto, ou seja, não há autonomia ou uma socialização das informações para com as gestantes, que acabam por se manterem por fora do processo que está sendo realizado no seu próprio corpo (MAIA, 2010).

Esta imagem de segurança criada em torno do parto cesáreo é tão bem difundida que ocorre uma preferência por este parto por parte das gestantes de nível socioeconômico baixo, que associam esta prática a uma alternativa de mais cuidado, como afirmam as autoras, "não se trata só de falta de informação, mas de uma situação real e concreta de desigualdade no atendimento em que requerer intervenções significa solicitar um atendimento de qualidade. Tecnologia se torna, assim, sinônimo de boa assistência". (RISCADO; JANNOTT; BARBOSA. 2016, p.7).

Percebendo-se estas divergências nos atendimentos e considerando os dados acima citados sobre a realização das cirurgias cesáreas, é necessário reconhecer os riscos que este acarreta para a mulher e para o bebê e se trabalhar na implementação de políticas voltadas para humanização do parto (MAIA, 2010).

O Ministério da Saúde (2001) tem como conceito de atenção humanizada:

um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001, p. 9).

Essas práticas têm sua consolidação em planos como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1983. Este programa foi considerado um marco e trazia à tona o pensamento de como era feita a assistência da saúde da mulher, a partir disto surgiram diversas políticas no âmbito da saúde da mulher, houve grande participação do movimento feminista que se torna um movimento crescente e ativo dentro do Brasil (MAIA, 2010).

As políticas de atenção à mulher gestante procuram melhorar a qualidade dos acessos e da cobertura dos atendimentos, por vias do pré-natal, da assistência ao parto em relação aos direitos dessas e acesso ao parto humanizado, ou seja, a criação de um espaço acolhedor para a mulher por meio de condutas da equipe médica que rompam com o método tradicionalista de intervenção na hora do parto (MAIA, 2010).

Observa-se também a criação de diretrizes que reconheçam o caráter emergencial da necessidade de diminuição dos índices de partos cesáreos e que possam sistematizar uma ação médica, como é o caso da Portaria nº 306, de 28 de março de 2016, citada anteriormente, que aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante, a operação cesariana, em que são feitas recomendações acerca dos partos cesarianos a fim de normatizar ações médicas, além disso:

estão diretamente relacionadas ao modo de nascimento e fornecem informações a mulheres, gestantes ou não, seus parceiros e população em geral sobre as circunstâncias desse procedimento. Para os profissionais da saúde que assistem o nascimento (obstetras, enfermeiros (as) obstétrico (as), obstetrizes, pediatras e anestesistas, entre outros), estas Diretrizes pretendem constituir-se em referencial para as condutas relacionadas ao procedimento e os cuidados com a mulher e o recém-nascido (BELTRAME. 2016 p. 13).

Outra prática que vale ser ressaltada é a assistência realizada pelas Casas de Parto, que são voltadas para as gestantes que não tenham nenhum risco na gravidez, procurando promover a humanização dos partos por meio de:

[...] valorizar o fenômeno do parto e nascimento em sua essência fisiobiológica como um processo natural e na sua dimensão social. Funciona como uma unidade autônoma, dispondo de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência de qualidade às gestantes, parturiente e aos nascituros. (MARTINS et al. 2005, p. 2).

Destacam-se, como exemplos destas, a Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da UERJ (FACENF), citada pelas autoras Velho, Oliveira e Santos (2010) que destacam que a instituição foi:

estruturada a fim de oferecer as mulheres um ambiente acolhedor, que valoriza suas necessidades, interesses e preocupações; e que respeita os direitos da mulher e criança. Ela dá suporte ao processo de nascimento, estimula a participação ativa da mulher durante o trabalho de parto e parto, com o mínimo de intervenções possíveis e incentiva a participação dos familiares (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010, p.654).

Em Brasília, há também a Casa de Parto de São Sebastião, que é de caráter público e oferece serviços de atendimento ao período de gestação, parto e pós-parto, com objetivo de atender os padrões da Organização Mundial de Saúde, trabalhando-se a perspectiva de partos humanizados com a participação da gestante.

Além destes, deve-se reconhecer a crescente inserção das profissionais doulas, que são acompanhantes que estão presentes em todo o período da gestação, seja antes do parto, em que procura explicar sobre os procedimentos e auxilia na preparação emocional e física da gestante ou do casal; durante o parto, sendo responsável por explicar os termos médicos e os procedimentos hospitalares, também auxiliando a mulher a se locomover, a fim de encontrar posições que sejam mais confortáveis para esta, mostrando formas de respirações e medidas que possam aliviar as dores, como banhos massagens e relaxamentos; e, por fim, está presente após o parto, seja em visitas à família ou oferecendo dicas de amamentação e cuidados com o bebê.

Leão e Oliveira (2006)⁶, citam que, atualmente, o Brasil vem desenvolvendo cursos de formação para essas profissionais: "as entidades Doulas do Brasil – São Paulo – e Associação Nacional de Doulas (ANDO) – Brasília – são exemplos de locais que fornecem certificados e tem cadastro de doulas, além de sites atualizados com informações disponíveis para a comunidade" (LEÃO, OLIVEIRA. 2006. p. 26).

Em 2016 o Instituto Federal de Brasília – IFB, lançou a publicação de que iniciariam cursos presenciais de extensão e Formação de Doulas⁷, em que seriam ofertadas duas turmas de 50 alunos cada, nos Campus de Ceilândia e São Sebastião. O IFB destaca ainda que tais ofertas dos cursos eram em parceria com a Associação de Doulas do Distrito Federal (ADDF).

Como ressalta Maia, (2010), o fato dessas profissionais se utilizarem de outras técnicas, que não as normatizadas nos sistemas hospitalares, mas que apoiam as gestantes durante o trabalho de parto, seja pela via emocional por meio de encorajamento e de sua presença constante durante o parto, ou na parte física mediante aplicação de técnicas de massagens a fim de diminuir o desconforto da mulher, ou por meio de orientação e busca dos direitos da gestante através de orientações, instruções e conselhos, trouxe a popularização das Doulas e uma crescente associação destas ao processo de humanização do parto, destacam se também por resgataram as práticas utilizadas pelas parteiras de antigamente, trazendo novamente a autonomia e inserção das mulheres no parto, compreendendo elas como protagonistas do parto. (MAIA, 2010).

As doulas se tornaram tão requisitadas que se começou a pensar a regulamentação destas como profissionais de nível médio, medida que está prevista no Projeto de Lei nº 7.274, de 2017 da deputada Erika Kokay que se encontra em tramitação e prevê o cadastro da profissão por

⁶ Disponível em <<https://www.doulas.com.br/artigos.php>>

⁷ Disponível em <<http://www.ifb.edu.br/reitori/12810-ifb-oferece-curso-de-formacao-de-doulas>>

meio de: "Art. 4º. As doulas devem ser regularmente cadastradas nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos congêneres da rede pública e privada onde atuarem, de acordo com a regulamentação”.

Este Projeto de Lei compreende como Doulas as:

acompanhantes qualificadas, capazes de trazer segurança, apoio emocional e conforto especialmente na hora do parto, lançando mão de técnicas para alívio não farmacológico da dor como as respiratórias, massagens, posições e banhos. Além disso, trabalham para a plena integração do cônjuge e familiares no processo e trazem informações e esclarecimentos que permitem escolhas conscientes para o plano de parto. São desse modo, colaboradoras valiosas da humanização na gravidez, parto e puerpério. (PL 7.274, 2017, p.3).

É importante ressaltar que o projeto antevê que o trabalho das Doulas deva ser realizado conjuntamente com as equipes obstétrica, sendo esta responsável por promover complementação do quadro médico, a fim de que esta possa tranquilizar a gestante e assim facilitar o encaminhamento do parto (PL 7.274, 2017).

É necessário relatar que tais práticas de parto humanizado, ainda não são totalmente disseminadas pelo e encontram-se com mais recorrência nas redes privadas de saúde ou nos atendimentos domiciliares, portanto parte da população de baixa renda, que é atendida nos serviços públicos ainda tem dificuldades em ter acesso às novas práticas de parto humanizado, que infelizmente se encontram, em sua maioria, ainda elitizadas e presentes muitas vezes apenas na realidade das mulheres brancas, que conseguem por meio do poder aquisitivo fugir da lógica mercadológica atualmente inserida nas instituições de saúde do país.

Percebe-se então que ao longo da historicidade do parto teve-se a perda de autonomia da mulher que acaba por ter seu corpo regulado pelos interesses do capital. As práticas médicas por consequência acabam se definindo por mecânicas e autoritárias que ocasionam as violências obstétricas. Essas ações vêm sendo cada vez mais questionadas, principalmente com a inserção da lógica de parto humanizado, que traz consigo uma nova perspectiva de atenção ao parto, além disso, temos ainda a figura das parteiras refletida no papel das Doulas atualmente que procuram resgatar a autonomia da mulher.

O próximo capítulo irá tratar-se do impacto que a abolição tardia da escravidão trouxe para as condições de vida da população negra, destacando ainda as políticas de embranquecimento no país que desfavorecia os negros em contrapartida que se implementava um falso ideal de democracia racial. Este terá o foco nas consequências de tais ações no cotidiano da mulher negra e seu acesso as políticas públicas atualmente, destacando os encontros destas no período de gestação.

CAPITULO 2 – ESCRAVIDÃO NO BRASIL E A DISCRIMINAÇÃO DA POPULAÇÃO NEGRA

Inicialmente deve-se compreender o processo de discriminação sofrido pela população negra no Brasil, considerando também o histórico de escravidão e o fato deste processo ter perdurado por mais tempo no Brasil. Destaca-se ainda, o impacto que este causou, moldando as relações sociais, econômicas e culturais atuais, além da desqualificação da população negra, resultando em dificuldade de acesso às políticas públicas, marginalização e estereótipos que se perpetuam e dificultam vivência destes que contemplam a maior parte da população na sociedade atual.

O Brasil foi o último país a abolir a escravidão e durante esse processo houve a promoção de políticas que tinham como objetivo final o extermínio da população negra e impossibilitando a ascensão e igualdade de condições para os escravos libertos, dificultando ainda sua subsistência e desencadeando um processo de “embraquecimento”⁸ no país. O Estado e a elite da época tinham o propósito de descartar as nações não brancas⁹, por não serem mais considerados de utilidade. Além disso, o ideal da hegemonia branca e o medo da formação de uma classe média negra subsidiaram as ações das elites brancas¹⁰ para que se mantivesse em situação de privilégio em detrimento dos outros grupos raciais (MOURA, 1994).

Dentre as políticas da época, Moura (1994) cita o favorecimento da mão de obra estrangeira europeia após a libertação dos escravos, que visava impedir que o negro pudesse se sustentar e melhorar sua qualidade de vida. Além disso, houve também a aprovação da Lei da Terra, nome popular da Lei nº 601 de 18 de setembro de 1850, segundo a qual o Estado abria mão do seu direito às terras e as colocava à disposição dos imigrantes da Europa, impedindo assim a democratização das terras aos que já residiam aqui. Esse movimento se configurava, inclusive, como uma resposta à ameaça de libertação dos negros escravizados e a sua possível inserção na sociedade brasileira, pois o Estado não tinha o interesse em doar à população liberta as terras que seriam de seu direito. Segundo o autor:

A política programada para uma manobra de branqueamento no nível ideológico nada tem a ver com o favorecimento à integração das populações brasileiras compostas por negros, mulatos, mamelucos e não brancos em geral.

⁸ Este é utilizado pelo autor Clovis Moura (1994) para caracterizar o conjunto de políticas da época que impossibilitava a vivência plena da população negra.

⁹ Termo utilizado pelo autor Clovis Moura (1994), para denominar as populações negras, mestiças e indígenas.

¹⁰ Caracterizam-se pelos senhores de terra e os representantes da Coroa

Com essa montagem seletora e discriminatória no setor agrário, essas populações ficam nos espaços marginais de estrutura agrária. Ela é montada, pelo contrário, para que a corrente migratória tenha as possibilidades concretas de conseguir ser proprietária no Brasil. Finalmente, resguarda-se o latifúndio escravista de ser aprovada no Parlamento uma lei que doe as terras do Estado aos escravos libertos após a Abolição (MOURA, 1994, p.78-79).

Desde antes da abolição da escravidão, criaram-se empecilhos, que acabaram por se tornarem estruturais, para que os escravos libertos não pudessem se desenvolver economicamente. Entretanto, o Estado procurava camuflar esta realidade disseminando a ideia de que todos eram iguais e que existiria uma democracia racial no país (comprovadamente falsa), justificando, assim, que a ascensão da população negra não ocorria graças à falta de persistência e mérito do indivíduo, e não pelas condições estruturais racistas que se construía no país. Moura firma que

essa dinâmica discriminatória foi acompanhada por uma dinâmica de julgamento social que a completava, pela qual à medida que esse processo discriminatório se aprofundava e a população diversificava-se cromaticamente, via miscigenação, criava-se, em contrapartida, um julgamento de valor para cada uma dessas diferenças (MOURA, 1994, p.150)

Essa construção da meritocracia e culpabilização da população negra tornou o país indiferente às dificuldades étnicas, sendo que, se estes tivessem tido realmente as mesmas oportunidades de progresso e não existissem todas as políticas de restrições discriminatórias, teriam, hoje, papéis diferentes na sociedade. Após a libertação dos escravos, a população negra teve que lutar por sua sobrevivência, já que experimentaram a permanência estrutural do racismo e seu massacre cotidiano, em que sua cultura, suas crenças, suas relações afetivas foram praticamente exterminadas e o que restou, seguiu-se sendo atacado.

Assim, por mais que a sociedade quisesse disseminar um imaginário de igualdade racial no Brasil, o processo de desconstrução da cultura negra foi e ainda é de tamanha intensidade que os próprios negros começaram a internalizar essas políticas. Como Moura destaca:

O negro foi obrigado a disputar por sua sobrevivência social, cultural e mesmo biológico em uma sociedade secularmente racista, na qual as técnicas de seleção profissional, cultural, política e étnica são feitas para que ele permaneça imobilizado nas camadas mais oprimidas, exploradas e subalternizadas (MOURA, 1994, p.160).

O processo discriminatório ao qual a população negra foi submetida e a impossibilidade da construção de direitos sociais para os libertos trouxeram como consequência para essa população, a sobrevivência em meio às mazelas sociais e a existência em um sistema que a nega a todo instante. Seus direitos são negados em todos os âmbitos sociais culturais e econômicos,

sendo o processo tão duradouro que barreiras são construídas a fim de ditar o caminho de desenvolvimento do negro. Conforme Moura (1994) "o preconceito racial ao lado do processo de marginalização imposto ao negro, são os dois elementos determinadores do seu comportamento. Determinam as suas formas de organização e o seu comportamento individual" (MOURA,1994 p.212).

2.1. A realidade da mulher negra no Brasil

A autora Maria da Penha Silva (2010), afirma que a escravidão no Brasil foi um fenômeno que moldou a construção identitária do país e as relações em que as mulheres negras estão envolvidas. Esta irá destacar ainda que a mulher negra no século XIX irá ter dois tipos de papéis predominantes:

a primeira apresenta uma especificidade: destaca de forma especial as mulheres brancas empobrecidas, onde a escrava torna-se trabalhadora importante para seu sustento trabalhando nas ruas como quitandeiras e outras atividades e assim garantindo a sobrevivência de ambas. A segunda tem como objetivo pensar a mulher escrava ressaltando seu papel social e sexual, perpassando pela relação proprietário/escrava e destacando sua condição de mãe e trabalhadora. (SILVA, 2010. p. 1).

Outro papel da mulher negra que se torna importante no período de escravidão e pós-escravismo, seria o das amas-de-leite ou "mães pretas" quando as negras que tinham acabado de parir eram usadas para amamentar os filhos das mulheres brancas. Ou seja, elas tinham que deixar seus próprios filhos para atender a família de seus senhores. Este papel pode ser assimilado também ao fato de que às mulheres negras que trabalham como empregadas domésticas atualmente, sendo que estas dispõem de pouco tempo para os cuidados de seus próprios filhos ou até mesmo se veem obrigadas a deixá-los aos cuidados de outras pessoas, seja na região em que residem ou em outro estado, para garantir, dessa forma, o sustento da família (SILVA, 2008).

No que se refere às escravas como propriedades e trabalhadoras é válido ressaltar que as mulheres negras estão no nível hierárquico mais inferior da sociedade, construída de forma sexista e preconceituosa. Elas eram frequentemente utilizadas como mecanismos de reprodução de novos escravos para seus senhores, além de objeto sexual a fim de atender os desejos sexuais dos seus "donos" e por vezes esses estupros geravam crianças que eram destinadas também a trabalhar na condição de escravos. Essa construção da imagem do corpo da mulher negra como

objeto sexual e libertino é algo que perdura até hoje nos estereótipos que foram herdados da sociedade escravagista (SILVA, 2010).

Além disso, havia também um quadro de negligência para com essas mulheres quando grávidas: elas desempenhavam os mesmos papéis e não dispunham de condições mínimas de sobrevivência para o desenvolvimento do bebê, pois, como ressalta a autora, os senhores não tinham interesse em perder trabalhadoras, sendo o seu objetivo maior explorar ao máximo a mão de obra dessas, o que resultava nestes obrigando essas mulheres a desistir de seus filhos.

Assim uma mulher negra grávida era mantida desenvolvendo trabalho compulsório e com respeito aos filhos, a esses nenhuma importância era dada já que aos olhos do senhor eram antieconômicos, e não são raros os relatos de abandono de crianças por representarem uma despesa a mais para os senhores e também motivo para que a mãe negra passasse a desempenhar com menor intensidade suas tarefas visto que teria de dedicar-se ao filho. (SILVA, 2010. p. 3)

Por outro lado, havia também as mulheres que viam na prática do aborto e do infanticídio uma forma de resistência, procurando por meio desta atitude não submeter seus herdeiros à vida de submissões e sofrimento. Como confirma Silva (2010) nesta atitude se reflete o desespero destas mulheres que viam na morte de seus filhos a sua liberdade perante a condição de escravizados que lhes aguardavam. (SILVA, 2010)

Essa dor e a resistência vivida por essas mulheres são consideradas pelo compositor Eduardo Tadeo como uma atitude honrosa, sendo representada em sua poesia “Mulheres Negras”:

Enquanto o couro do chicote cortava a carne, a dor metabolizada fortificava o caráter. A colônia produziu muito mais que cativos, Fez heroínas que pra não gerar escravos, matavam os filhos Não fomos vencidas pela anulação social (TADDEO, 2012).

Essas violações foram tão massivas e se perpetuaram por tanto tempo que se internalizaram nas relações sociais atuais. A miscigenação que se observa hoje e que constrói a identidade do país, frequentemente utilizada para subsidiar o argumento falacioso da democracia racial, é fruto de violação colonial, de estupros sofridos pelas mulheres negras. Conforme Carneiro irá concluir, “violência sexual colonial é, também, o “cimento” de todas as hierarquias de gênero e raça presentes em nossas sociedades”. (CARNEIRO, 2011. p.1)

Carneiro expõe ainda que a cultura nacional nega estas violações e ainda romantiza as relações dos homens brancos com as mulheres negras, sendo estas vítimas das relações de

opressão que se perpetuam, além de estarem inseridas no mercado de trabalho há mais tempo e serem invisibilidades pelas políticas públicas de saúde.

Fazemos parte de um contingente de mulheres ignoradas pelo sistema de saúde na sua especialidade, porque o mito da democracia racial presente em todas nós torna desnecessário o registro da cor dos pacientes nos formulários da rede pública, informação que seria indispensável para avaliarmos as condições de saúde das mulheres negras no Brasil, pois sabemos, por dados de outros países, que as mulheres brancas e negras apresentam diferenças significativas em termos de saúde. (CARNEIRO, 2011. p.2).

2.2 A saúde da população negra no Brasil

Em meio a este cenário em que a saúde da mulher negra e suas especificidades são ignoradas, faz-se necessário apresentar as diferenças de tratamento que ocorrem nos espaços de saúde, sendo que por meio dos movimentos sociais procurou-se estabelecer novas normas de atuação do Estado e dos profissionais de saúde, buscando assim a efetividade dos direitos da população negra no Brasil atual.

As autoras Viegas e Vargas (2016) irão salientar que, no âmbito da saúde, o entendimento da necessidade da inserção de políticas públicas específica da população negra terá início com a elaboração, em 2007, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negras (PNSIPN), aprovada pelo conselho Nacional de Saúde e que tinha como objetivo metas para melhorar a saúde desta população com destaque para a população quilombola.

Além desta ação, em 2003 é criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) que procura garantir a efetividade dos direitos da população negra no Brasil, por meio de cobranças aos governos. As autoras irão citar também a criação do:

O Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) foi constituído pela Portaria Ministerial 10/2004. O referido Comitê era composto por especialistas em saúde da população negra, pesquisadoras e pesquisadores, militantes, representantes das áreas técnicas do MS além dos Conselhos Nacionais de Secretários Municipais e Secretários Estaduais de Saúde. (VIEGAS; VARGAS, 2016, p. 621).

Por meio destes mecanismos tem-se a efetivação do primeiro Seminário Nacional de Saúde da População Negra, em 2004, na qual abordavam doenças que acometiam principalmente a população negra como a anemia falciforme, hipertensão arterial, cânceres e miomas, doenças essas que as autoras irão relatar que ocorrem devido, principalmente, à insuficiência de recursos por parte desta população. (VIEGAS; VARGAS, 2016)

As autoras irão frisar que por mais que estas conquistas sejam recentes, o movimento negro no Brasil, em geral já vem lutando por melhores condições para a população negra e que essas conquistas são fruto de diversos embates políticos, tendo assim o SEPPPIR o objetivo de construir:

[...] um novo relacionamento entre o Estado e a população negra no SUS, em que as especificidades desse segmento social sejam reconhecidas, respeitadas e tratadas de formas adequadas. Para tanto, há a urgente necessidade de capacitação dos profissionais que possam atendê-las, conforme preconiza o plano operativo da PNSIPN (VIEGAS; VARGAS, 2016, p. 622).

No campo da saúde da mulher negra encontram-se especificidades ainda maiores. É válido lembrar, como dito anteriormente que na escala social hierárquica construída historicamente a mulher negra se encontra nos níveis mais baixos, assim esta sofre ainda mais com a falta de políticas públicas.

As autoras Viegas e Vargas ressaltam que as mulheres negras brasileiras sofrem “maior incidência e prevalência de miomas uterinos [...], alta prevalência de doença falciforme em mulheres em idade fértil, alta prevalência de violência doméstica e no trabalho, entre tantos agravos que acometem, com muito maior incidência e prevalência, a saúde dessas mulheres” (VIEGAS; VARGAS, 2016, p. 622). Entretanto, apesar de tantas violações aos seus direitos, essas mulheres são maioria no país e seu número continua a aumentar.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde, “Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras”, de 2005, as mulheres negras, em sua maioria, encontram-se abaixo da linha da pobreza, sendo essas chefas de família que tem que sustentar seus filhos e outros familiares, além de terem menos acessos a serviços de saúde de qualidade, tendo também menos acesso às políticas de assistência obstétrica e aos pré-natais. Por consequências disto, essas também têm um risco maior de contraírem alguma doença e morrerem mais cedo. (VIEGAS; VARGAS, 2016).

As autoras apontam ainda que a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) é mais frequentes em mulheres negras, o que se caracteriza “pelo aumento dos níveis pressóricos e constitui a primeira causa de morbimortalidade materna no ciclo gravídico puerperal.” (VIEGAS; VARGAS, 2016, p. 623). Este tem como justificativa o fato de as mulheres negras terem mais propensão à hipertensão arterial, sendo que este quadro pode

causar, segundo as autoras, toxemia gravídica¹¹, doença que está entre as principais causas de mortes em gestantes negras.

Entende-se então a necessidade de políticas públicas voltadas para o atendimento dessas demandas específicas das mulheres negras. A partir desta constatação se instaura o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Neste procura-se atender as prioridades das mulheres na atenção obstétrica, assistência aos abortamentos previstos em lei, a qualificação e humanização dos profissionais de saúde, visando assim reduzir a mortalidade materna, especialmente das mulheres negras. Além disso, este plano traz uma nova concepção da saúde feminina, trabalhando as perspectivas de gênero, raça e etnia, procurando romper também com as políticas públicas anteriores que se limitavam à saúde reprodutiva e sexual da mulher, procurando enxergar o indivíduo mulher e suas particularidades como ser humano (VIEGAS; VARGAS, 2016).

Com o enfoque na mulher negra, esta política tem como o objetivo a promoção da atenção à ela por meio da capacitação dos profissionais de saúde, a produção de dados referentes à cor, a implantação de programas voltados à anemia falciforme, dando ênfase maior para as mulheres em período fértil, além de incluir o recorte racial nas ações de saúde e a interação com os movimentos sociais que se relacionem as políticas de saúde da população negra. Além deste plano, segundo as autoras, há, em 2007, a implementação da Política Nacional Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que se torna um marco importante, pois traz integralmente a perspectiva de cor (VIEGAS; VARGAS, 2016).

Entre suas estratégias, como mencionado pelas autoras, está a humanização e qualificação dos profissionais para com o atendimento à saúde da mulher negra. Neste pode-se ressaltar a importância do reconhecimento do Estado para com o tratamento diferenciado sofrido pela população negra, incluindo a assistência ginecológica e obstétrica e nas situações de abortamento. Esta Política irá definir ainda o atendimento qualificado e prioritário à população quilombola, para assim tentar superar a realidade que apresenta os indicadores sociais entre os piores para esses indivíduos, tendo como objetivo a promoção da equidade racial na saúde, procurando identificar as particularidades destes grupos, sejam eles inseridos

¹¹ Complicação potencialmente perigosa que se caracteriza por aumento na pressão arterial, ocorrendo principalmente após a vigésima semana de gravidez. Disponível em <https://www.gstatic.com/healthricherkp/pdf/pre_eclampsia_pt_BR.pdf>

no campo ou nas áreas urbanas. Ademais, procura criar estratégias para atender as diferentes demandas destes (VIEGAS; VARGAS, 2016).

Entretanto, mesmo com estes avanços as ações discriminatórias construídas historicamente ainda afetam a população negra, em especial as mulheres negras. Essa ideia é reforçada por Lima (2016), quando ressalta que as mulheres negras são as mais afetadas pelas violências presentes no Brasil e esse quadro não se diferencia em relação à violência obstétrica, sendo as mulheres negras e pobres as maiores relatoras de casos de agressões no parto.

Destaca-se ainda que muitas dessas práticas abusivas são reforçadas pelo mito de que mulheres negras são mais resistentes à dor e aos processos do parto. Além das violências serem mais direcionadas às mulheres negras e periféricas, está associada também à dificuldade de acesso às políticas públicas, sejam no âmbito da educação, da saúde ou do trabalho (LIMA, 2016).

A autora, em sua pesquisa para Rede Cegonha¹², mostra que as mulheres autodeclaradas pretas e pardas são, em sua maioria, analfabetas, de baixa renda, e têm maior necessidade de inclusão em programas de transferência de renda, como o Bolsa Família¹³. Além disso, suas gravidezes são mais recorrentes entre as idades de 19 a 21 anos, sem planejamento familiar e, muitas vezes, sem o apoio paterno. Esse quadro encontra-se em divergência com o das mulheres brancas que, em sua maioria, engravidam depois dos 30 anos, com escolaridade completa até o nível superior, com a realização de um planejamento familiar e com apoio paterno, além de terem acesso às redes privadas de saúde (LIMA, 2016).

Os autores Leal et al também trazem à tona questão de raça nas violências. Em “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil” (2017), por meio da pesquisa “Nascer no Brasil” eles procuram constatar as diferenças de cuidados entre as mulheres pretas, pardas e brancas, sendo identificado por estes uma menor difusão de informações sobre o período gestacional para as mulheres pretas e pardas, além destas serem menos alvo de práticas intervencionistas. Para eles,

As mulheres pretas e pardas se diferenciam das brancas por apresentarem prevalências mais altas de parto pós-termo¹⁴, provavelmente como reflexo de

¹² Estratégia a fim de assegurar as mulheres o direito ao planejamento e a atenção humanizada à gravidez. Esta ação tem caráter nacional, que busca a diminuição das taxas de mortalidade infantil e materna. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>

¹³ Programa de Transferência de renda, direcionada as famílias em situação de pobreza e de pobreza extrema, que busca superar as situações de vulnerabilidade. Disponível em <<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>>

¹⁴ Gestação que dure 42 semanas ou mais.

um “menor cuidado” devido a menos intervenções que as necessárias, que no caso de crianças pós-termo poderia ser requerida. Ainda que este estudo não tenha sido concebido para investigar especificamente a questão, é plausível argumentar que tal padrão de cuidado diferenciado possa se relacionar à ocorrência de discriminação pelo recorte de raça/cor (LEAL et al, 2017, p. 10).

Além disso, os autores, para confirmar as dificuldades de acesso das mulheres pretas e pardas aos serviços de saúde, fazem um comparativo em que é demonstrado que:

Em comparação às brancas, puérperas de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado (OR = 1,6; IC95%: 1,4-1,9), falta de vinculação à maternidade (OR = 1,2; IC95%: 1,1-1,4), ausência de acompanhante (OR = 1,7; IC95%: 1,4-2,0), peregrinação para o parto (OR = 1,3; IC95%: 1,2-1,5) e menos anestesia local para episiotomia (OR = 1,5 (IC95%: 1,1-2,1). Puérperas de cor parda também tiveram maior risco de terem um pré-natal inadequado (OR = 1,2; IC95%: 1,1-1, e ausência de acompanhante (OR = 1,4; IC95%: 1,3-1,6) quando comparadas às brancas. (LEAL et al, 2017, p. 1).

A importância dessas constatações está em reconhecer que as práticas de violências sofridas pelas mulheres negras e pobres estão condicionadas à sua posição social, falta de apoio do Estado e de políticas públicas efetivas que tenham por objetivo diminuir as dificuldades sociais encontradas, pois estas dificuldades vão se propagando, sendo passadas de mãe para filha e assim sucessivamente. Além disso, é necessário o empoderamento dessas mulheres que, por estarem alienadas de seus corpos e do sistema de saúde, acabam naturalizando as violências sofridas (LIMA, 2016).

As autoras Guedes e Penna (2009) discorrem sobre a importância de mais materiais no campo de raça/etnia, a fim de quebrar com a construção discriminatória que se tem culturalmente na sociedade. Segundo elas,

A discriminação racial e de gênero na sociedade brasileira, tem sido um forte instrumento de exclusão, segregação e de dominação ideológica que não foi institucionalizada explicitamente, mas a ideologia da supremacia branca, que através de discursos subjetivos se preocupavam com uma sociedade que poderia ser composta por negros. Acreditamos que quanto maior as produções científicas que abordem as questões relacionadas à população negra, e em particular sobre a saúde da mulher negra hão de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e equânime. A partir da instrumentalização deste grupo de mulheres poderemos num futuro próximo vislumbrar um país onde as desigualdades sociais e raciais sejam menos maléficas aos indivíduos que compõem esta sociedade. (GUEDES; PENNA. 2009; p.538).

A saúde da mulher deve ser pautada como problema de saúde pública e, para isso, é necessário que se faça uma reflexão crítica sobre a saúde da mulher no Brasil, especialmente considerando as mulheres negras como indivíduos mais vulneráveis socialmente.

A autora Messias (2008) evidencia o debate tardio da saúde da mulher, ela irá discorrer que este será evidenciado nos anos de 1980 com a II Conferência Internacional de Promoção a Saúde, realizada na Austrália, que por meio da Declaração de Adelaide (1988) irá incluir a saúde da mulher como uma das quatro áreas prioritárias nas ações de promoção à saúde, discorrendo a respeito das políticas públicas de saúde e seu acesso sendo feito de forma igualitária, propondo que:

[...] os países comecem a desenvolver planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, nos quais os pontos da agenda do movimento de mulheres fossem respeitados e priorizados, incluindo como sugestão as seguintes propostas: igualdade de direitos na divisão de trabalho existente na sociedade; práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres; mecanismos de apoio à mulher trabalhadora, como: apoio a mulheres com crianças, licença-maternidade, licença para acompanhamento dos cuidados a filhos doentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.73).

Pode-se citar ainda que as políticas públicas realizadas pela Secretaria Especial de Promoção de Políticas da Igualdade Racial - SEPPIR, tem como objetivo a inclusão da dimensão racial nos debates realizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, para que este possa incluir em suas pautas a eliminação das discriminações recorrentes nos ambientes de saúde. Além destas práticas, a SEPPIR contribuiu também para preparação do Seminário Nacional de Saúde da População Negra que objetivou o diálogo sobre a saúde da população negra e o aprimoramento do SUS para propostas voltadas às questões de raça, delimitando os seguintes desafios a serem superados:

de um amplo processo de disseminação de informação sobre a doença falciforme, enquanto patologia de grande prevalência na população negra. Priorização de ações processo decisório da gestão em saúde, na agenda de pesquisa e na educação permanente. Organização de ações na área de atenção à saúde que levem em consideração as desigualdades sócio raciais, para que sejam garantidas respostas às necessidades da população negra e à integralidade sem discriminação. dirigidas às comunidades quilombolas, de modo a incluí-las nas ações do SUS. Utilização do quesito cor na produção de informações para o (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.4).

Por mais que se tenha conquistado um avanço nas discussões na área da saúde em relação ao recorte de gênero, a temática ainda não alcançou políticas efetivas, como é criticado por Messias:

Apesar da violência contra a mulher ser reconhecida como problema de saúde pública no Brasil, não foi incluído o recorte étnico racial às reflexões. É neste sentido, que a continuidade da luta pela conquista de direitos e melhorias na vida das mulheres negras brasileiras, e a luta pelo reconhecimento da violência praticada como algo não natural se torna algo imprescindível e necessário,

para que se possa um dia vislumbrar um país com menos violência e menos desigualdades entre homens e mulheres, entre raças e gêneros. (MESSIAS, 2008, p.14).

Por seu turno, Alaerte Leandro Martins (2006) afirma que, além dessas violações serem uma questão de saúde pública, a morte materna no Brasil é reflexo da falta de políticas públicas que se atentem às necessidades das populações pobres e das violações recorrentes dos direitos sociais. Sendo que:

[...] o desafio está em relacioná-lo com a situação econômica e social e sua influência no desenvolvimento da humanidade, em um contexto explícito ou não, no qual as políticas populacionais nos colocam frente a frente com realidades diversas: fome e miséria no terceiro mundo, clonagem de seres humanos e novas tecnologias reprodutivas conceptivas e contraceptivas, para servir a alguns poucos. (MARTINS, 2006, p. 1-2).

Por consequência temos então uma taxa crescente de mortalidade entre a população pobre. Entre as mulheres, as mortes são mais recorrentes em pretas e pardas que, como apontado pela autora, morrem cerca de cinco vezes mais que as mulheres brancas. Além disso, destaca-se ainda que a morte materna é o segundo maior fator de morte entre as mulheres pretas e pardas (MARTINS, 2006).

Cruz (2004) confirma a alta porcentagem de mortes maternas e complementa que os casos muitas vezes são consequência de partos sem apoio a gestantes e de descaso para com estas por parte da equipe médica. A autora estabelece que estas constatações estejam associadas ao racismo enraizado em nossa cultura e que interfere até nas formas de atendimento e nos procedimentos médicos, em que:

A brutal diferença das taxas de mortalidade materna entre os grupos étnicos aponta para a possibilidade de os profissionais de saúde poderem vir a ser denunciados pelo crime ético negligência em razão de preconceitos sobre a característica racial da clientela. (CRUZ, 2004, p.4).

Tais constatações trazem à tona a reflexão de que os dados encontrados sejam eles nas áreas de mortalidade, de rendas baixas, dos baixos índices de escolaridade, sejam de gravidezes precoces, contempla, em sua maioria, a população negra e estão associados ao histórico de violações de direitos e as políticas que buscam garantir a supremacia branca e a desvalorização negra. Assim, devemos associar que estes dados não são meras coincidências, e que o Estado não garante de forma eficaz os direitos à população negra desde a abolição formal da escravidão. Sendo assim:

[...] observou-se que o sistema social de direitos civis, liberal e conservador, estava estruturado de modo a valorizar a propriedade em vez da justiça e que os avanços sociais só seriam promovidos pelo grupo hegemônico caso

também promovessem seus próprios interesses. Por fim, o grupo hegemônico só aceita o custo das soluções para os problemas raciais e de gênero caso estas soluções não ameacem seu status quo" (CRUZ, 2004, p.2).

Entende-se, então, que a população negra vive à mercê do Estado, que por sua vez é complacente com ideais que não sejam contraditórios à sua continuidade no poder. Por este motivo, o processo de adoecimento da mulher negra tanto na fase da escravidão quanto na atualidade, seja ela gestante ou não, é proveniente da perpetuação dos processos sociais aos quais elas foram submetidas e que dificultam a conquista de maiores oportunidades dentro da sociedade, inclusive no âmbito da saúde.

Neste processo podemos ressaltar o papel das unidades hospitalares, que como aponta Cruz (2004), age de forma discriminatória, se baseando em estereótipos preconceituosos, além de não ter, por parte dos profissionais da área da saúde, interesse em construir material acadêmico que possa reconhecer as demandas das mulheres negras a fim de lhes atender melhor:

[...] aspectos relativos às mulheres negras, em particular, podem ser notados pelos baixos indicadores sociais e de desenvolvimento, assim como pela demora em se estabelecer políticas públicas afirmativas na área da saúde e da educação que promovam o bem-estar social e a qualidade de vida deste segmento da população (CRUZ, 2004, p.3).

A autora constata ainda, que as mulheres brancas costumam ter melhor tratamento durante o processo de gestação do que as mulheres negras, mesmo sendo estas pertencentes às mesmas classes sociais. Além disso, chama a atenção para a responsabilidade do Estado, pois cabe a este a promoção de políticas que eliminam esse tipo de violência, que poderiam ser feitas por meio de “promoção de um contexto político voltado para a equidade, cidadania e a emancipação que seja também culturalmente sensível, isto é, que observe as particularidades da população negra brasileira” (CRUZ, 2004, p.6).

Esta também retrata, como mecanismos para sanar as violações de direitos por parte das equipes médicas, cursos de capacitações a fim de sensibilizar e capacitar esses profissionais com intuito de entender que a saúde também pode fazer parte do processo de violência da mulher. (CRUZ, 2004)

Por fim percebe-se que a população negra sofre diversas violações em seus direitos ao longo da história do país, sendo que estes ainda hoje não foram superados. Destaca-se ainda a vulnerabilidade que sofre a mulher negra que necessita de políticas públicas efetivas para a garantia de sua sobrevivência.

O próximo capítulo tratará das experiências no período de Estágio Supervisionado de Serviço Social na área da maternidade, além disso, apresentará as dificuldades encontradas pelos profissionais de Serviço Social na efetivação de suas ações no ambiente elitizado das instituições de saúde, além de trazer os relatos coletados por meio da hashtag #nahoradefazernãochorou que demonstram de forma práticas as ações de violência obstétrica que ocorrem nesses espaços.

3. SERVIÇO SOCIAL E O ATENDIMENTO DAS DEMANDAS DA ÁREA DA SAÚDE

Neste capítulo será apresentado o período de Estágio Supervisionado em Serviço Social, que se deu entre 19/09/2016 a 30/12/2016 e 27/03/2017 a 15/07/2017, realizado no Hospital Regional do Gama. Além disso, serão debatidas as experiências coletadas no projeto de intervenção que foi realizado no Centro de Saúde nº 03 do Gama, que se deu por meio de rodas de conversa com gestantes que realizaram o pré-natal nesta unidade de saúde, além do colhimento de experiências de mulheres que sofreram violência obstétrica, relatadas de forma livre por mulheres que viveram ou presenciaram algum tipo de prática violenta, por meio da hashtag #nahoradefazernauchorou na rede social Facebook e Instagram, no período do mês de setembro, esta teve como retorno cerca de vinte relatos de mulheres nas redes sociais

Primeiramente, deve-se entender a importância do Estágio Supervisionado em Serviço Social e seus objetivos na formação de novos assistentes sociais. As autoras Guerra e Braga (2009) destacam o período de estágio como uma forma de inserir o futuro profissional nos espaços de atuação de assistentes sociais, pois, assim, o graduando consegue ter uma dimensão da atuação, dos avanços e os retrocessos que ocorrem no ambiente de trabalho, procurando realizar este de forma crítica e com o suporte acadêmico, sendo que:

[...]uma abordagem da supervisão concebida a partir das suas funções pedagógica, socio profissional, ética e política, e analisada criticamente no contexto da crise contemporânea e de seus impactos no Estado, nos espaços sócio ocupacionais, nas demandas e no exercício profissional, constitui-se, ainda, uma lacuna a ser preenchida pela produção teórico-bibliográfica crítica. (GUERRA e BRAGA, 2009, p.2)

Este período serve para que os futuros profissionais possam articular de forma crítica o trabalho com a formação, procurando associar os instrumentos aprendidos em sala de aula com a prática interventiva para que, desta forma, se possa “cumprir com os princípios de compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, bem como com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional, expressa no nosso projeto ético-político profissional”(GUERRA e BRAGA, 2009, p.2).

Vale ressaltar que os instrumentais de atuação do Serviço Social consistem em um “conjunto de recursos ou meios que permitem a operacionalização da ação profissional, devendo ser concebido como algo dinâmico” (SILVA e CARVALHO, 2013, p.5).

As autoras Guerra e Braga (2009) destacam ainda que esta supervisão deve se dar com uma base teórica, ética e política, pautada na área de inserção e sua análise crítica sobre os indivíduos e suas relações com os sujeitos e com as políticas sociais, tanto no âmbito público como no privado. As autoras defendem que o estágio deve obedecer à relação teórica do projeto ético político, do código de ética e das referências bibliográficas do Serviço Social entendendo a prática de forma conjunta com a teoria. A supervisão é entendida por elas

[...] como uma atividade imprescindível à formação não só acadêmica, mas direcionada para a formação e capacitação profissional permanente, que detém a possibilidade de orientar o aprimoramento da intervenção profissional que se realiza por meio da formulação e implementação de políticas e serviços sociais. É um processo de estimular, provocar, acompanhar e contribuir na capacitação de estudantes e/ou profissionais, equipes e executores e/ou formuladores de políticas, programas e/ou projetos a apreender e interpretar, na conjuntura, a particularidade do fenômeno com o qual trabalham, com a finalidade de analisar e encontrar o modo mais qualificado de operacionalizar a intervenção profissional. (GUERRA; BRAGA, 2009, p.5).

Com base na importância deste processo de Estágio Supervisionado de Serviço Social e das impressões observadas nele viu-se a necessidade de publicitar seus resultados neste Trabalho de Conclusão de Curso. Ao longo do período de estágio foi possível perceber a dificuldade de acesso a políticas públicas por parte das mulheres gestantes que não tinham dimensão dos benefícios existentes e de como os requerer, além de serem frequentes os relatos de insatisfação com algumas atitudes da equipe médica, algo que limitava a ação da assistente social, por exemplo, nos casos de acesso a benefícios sociais, pois a maioria destes deve ser requerida durante a gestação ou o acesso ao acompanhamento que se dá durante o parto (MATOS, 2017).

O Serviço Social, como profissão que se posiciona a favor da equidade e da justiça social, tem papel fundamental na superação destas questões, pois seus profissionais podem direcionar sua atuação para o empoderamento destas mulheres, no sentido de tornar compreensíveis os direitos conquistados no período de gestação, além de procurar se atualizar em relação às demandas dessas. Com isso, torna-se necessária a discussão do posicionamento dos assistentes sociais inseridos na área de saúde, nas questões de violência obstétrica. pois cabe a estes fazer uma análise mais aprofundada dos casos de violência, sempre considerando

as dificuldades encontradas no ambiente hierárquico e baseado em encaminhamentos médicos que é área da saúde (CFESS, 2012).

Portanto, a rotina das assistentes sociais no âmbito dos hospitais, em sua maioria, se dá por meio dos encaminhamentos realizados após o atendimento médico, tendo seu modelo baseado no médico como a figura central e a assistência à saúde tratada de forma privada e no atendimento de interesses específicos e particulares, algo que configura a ação profissional, tanto nos espaços públicos quanto privados. Algo que se percebe neste campo e que deveria ser trabalhado são as ações interdisciplinares realizadas pelos profissionais de forma fragmentada, isso reflete em um mau atendimento aos usuários. (MATOS, 2017).

A partir da análise destas ações fragmentadas e da necessidade de orientação das gestantes sobre o processo de gestação, cabe ressaltar as dificuldades das profissionais que estão inseridas no hospital em trabalhar com as mães após o parto, já que experimentam limitações quando ao espaço físico, à evasão dessas mulheres e ao próprio atendimento, que se realizado de forma tardia, acaba se tornando obsoleto. Entendemos que essas ações deveriam ser realizadas no período que antecede e que precede imediatamente o parto, sendo observada a necessidade de se trabalhar conjuntamente as ações das assistentes sociais da área da maternidade do hospital com as dos Centros de Saúde, que atendem as gestantes no pré-natal. Assim, as dúvidas e requerimentos deveriam ser realizados antes das mulheres chegarem ao hospital, cabendo às assistentes sociais do hospital o suporte na efetividade e atendimento de outras demandas que se fizessem pertinentes no período após o parto.

Constatando as dificuldades de atuação dos assistentes sociais, as autoras Silva e Carvalho (2013) destacam que o Serviço Social como profissão que trabalha com as “questões sociais”¹⁵ deve desenvolver mecanismos para superação destas, sendo necessário que:

Diante disso, podemos dizer que é imprescindível que o assistente social faça o movimento de decifrar as diferentes facetas das desigualdades sociais, que são recepcionadas pelos diferentes serviços, pois a realidade social, ainda segundo Yamamoto (2001), instiga o profissional a formular respostas tanto no âmbito do exercício profissional, quanto no âmbito acadêmico. Nessa perspectiva, o conhecimento da realidade e dos fenômenos sociais, neste caso a violência de gênero, é condição fundamental para o exercício profissional. (SILVA; CARVALHO, 2013, p.3).

¹⁵ São um conjunto de expressões que definem as desigualdades dentro da sociedade.

Estas revelam ainda que os profissionais de Serviço Social que atuam com as questões de gênero têm que lidar com grandes entraves na sua atuação, pois as mulheres apresentam dificuldades específicas, sendo que

o acesso aos serviços básicos, fundamentais para a superação do fenômeno - saúde, educação, segurança pública etc., se dá de forma precária, não levando em consideração sua magnitude e suas consequências para o fortalecimento da cidadania feminina. Assim, reafirmamos a importância de uma prática profissional preocupada em desvelar as diferentes determinações do fenômeno da violência de gênero, a fim de propor projetos de intervenção que contribuam com a sua superação. (SILVA; CARVALHO, 2013, p.4).

Desta maneira fez-se necessário contatar as assistentes sociais dos Centros de Saúde do Gama que atendessem as demandas de pré-natal das gestantes. Nesse movimento, percebeu-se que no Centro de Saúde nº 03 do Gama eram realizadas rodas de conversas com as gestantes. Essas eram divididas nos três trimestres da gravidez, sendo o primeiro mais informativo sobre os direitos que são conquistados neste período e como require-los e os dois últimos eram dedicados a discussões sobre técnicas que promovessem maior conforto para as gestantes. Ressalta-se que a assistente social deste Centro de Saúde havia feito um curso de Doula o que lhe dava propriedade nesta área, percebendo assim a importância do constante aprimoramento dos profissionais de Serviço Social para com o seu público alvo, mesmo não sendo obrigatório a realização específica deste curso, para uma maior qualidade nos atendimentos prestados.

As práticas de atividades em grupo, como ressaltado por Matos (2017), é instrumental da atividade dos assistentes sociais, e mesmo com sua importância, esta vem sendo desprivilegiadas nas intervenções profissionais, sendo recorrente a falta de continuidade destas. O autor afirma que estas costumam se dar da seguinte forma:

Na saúde, a realização de grupos, na sua maioria, são: salas de espera, grupos com usuários internados, grupo com seus acompanhantes e grupos de usuários por programas de saúde. Esses tipos de grupos podem ser importantes, desde que sua dinâmica realmente possibilite a participação dos integrantes dos grupos e que se direcione as necessidades reais dos usuários, conforme Eiras (2012) refere não se restringindo a indicação das normas da instituição e sobre as patologias vividas pelos usuários. (MATOS, 2017, p. 137).

O autor traz, no trecho acima, informações sobre como as atividades em grupo são realizadas de forma dificultosa e relata que tais dinâmicas devem ser continuadas desde que seja efetiva a participação dos usuários nestas atividades. Outra questão pertinente que as autoras Silva e Carvalho (2013) tratam é que as atividades de grupo não contemplam apenas uma temática, percebendo-se que:

[...] as atividades em grupo se apresentam como uma oportunidade de problematizar alguns temas do cotidiano das participantes, que, muitas vezes, aparecem nos atendimentos individuais, tais como: saúde da mulher, violência urbana, violência de gênero, relações de gênero, preconceito, entre outros. É importante frisar a importância desse instrumento de intervenção, na medida em que permite ao profissional perceber o movimento da realidade social e suas contradições. (SILVA; CARVALHO, 2013, p. 5).

Portanto percebe-se as rodas de conversa, mecanismo legítimo para atuação dos profissionais assistentes sociais, é instrumento de extrema relevância que deve ser valorizado, tendo em vista que este proporciona aos usuários um espaço de fala que talvez este não tenha nos demais espaços em que se insere, principalmente as mulheres que vivem uma realidade de violência doméstica e/ou profissional.

Tendo em vista a importância das atividades em grupo, foi realizado como Projeto de Invenção do Estágio Supervisionado em Serviço Social três encontros com gestantes no primeiro trimestre de gestação. Este tinha como objetivo a entrega de cartilha que continha informações sobre os direitos adquiridos pelas gestantes, além de procurar criar um espaço de fala para que essas pudessem compartilhar seus relatos e se sentirem acolhidas.

Inicialmente foi requerido aos profissionais de enfermagem que fizessem as marcações dos encontros, pois estes têm acesso às Caderneta da Gestante, sendo que nesta contém informações sobre os:

direitos antes e depois do parto; o cartão de consultas e exames, com espaço para você anotar dúvidas; dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta; informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebê, alguns cuidados de saúde, o parto e o pós-parto; informações e orientações sobre amamentação; como tirar a Certidão de Nascimento de seu filho. Além de o profissional de saúde anotar na caderneta todos os dados do pré-natal e escreverá o resultado de consultas, exames, vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento da gestação.¹⁶ (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Entretanto, mesmo sendo expresso pelo Ministério da Saúde que esta Caderneta da Gestante deve conter registro das consultas e tudo mais que for importante para o acompanhamento da gravidez, ainda sim encontraram-se dificuldades para que essas fossem marcadas. As profissionais alegavam ter esquecido de fazer a marcação ou não ter tido tempo para a sua realização. A assistente social responsável pela realização das rodas de conversa constatou, ao longo do período trabalho, que se configura como prática recorrente dos

¹⁶ Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/caderneta-da-gestante>, acessado em 05/11/2018.

profissionais de saúde que descredibilizam a atuação profissional do Serviço Social na área da saúde, sendo esta constatada também por Matos no

poder de gerência na divisão do trabalho coletivo; as disputas de poder, o espaço físico da UTI como um ringue; a diferença de classe dos trabalhadores que se expressa pela roupa, mesmo que todos estejam aparentemente iguais, ou seja, vestidos de branco; a disputa de ego entre os trabalhadores mesmo que disfarçado no trabalho daí o termo “egogêneses”; as estratégias de transgressão – inclusive dos profissionais com menor autonomia. (MATOS, 2017, p. 42).

Assim essa disputa de “egos” presente nos espaços de saúde acaba incidindo no atendimento aos usuários que utilizam a rede de saúde, sendo que as rodas de conversa só se tornaram possíveis porque a assistente social buscou os prontuários das gestantes e entrou em contato com estas para a realização dos encontros, algo que seria mais ágil se as enfermeiras, ao encontrarem as gestantes, marcassem as consultas com a assistente social. Essa é uma prática recorrente nas consultas com os outros profissionais da saúde, que permite o atendimento interdisciplinar, procurando seguir o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde e compreendendo, assim, “o homem enquanto uma totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos neste processo” (MATOS, 2017, p.105)

Portanto, percebe-se que, além de um sistema de saúde hierarquizado, em que a figura central se concentra no médico, há também a dificuldade enfrentada pelos profissionais de Serviço Social em trabalhar de forma conjunta com os outros setores da área da saúde. Matos (2017) irá relatar que isto ocorre, não comente com assistentes sociais na área da saúde, mas, também, nos espaços ligados às políticas de previdência e assistência social. Esta ação irá incidir de forma negativa na atuação profissional o que irá desencadear:

a dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal de direitos que o SUS preconiza, bem como à forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Esta problemática não atinge só o trabalho dos assistentes sociais, mas, sim, o coletivo dos trabalhadores da saúde. (MATOS, 2017, p. 64).

Além disso, constatou-se que a interdisciplinaridade das ações dos profissionais da área da saúde não se configurou com único problema para acesso às gestantes. As próprias mulheres recusavam-se a comparecer nas rodas de conversa porque associavam a atuação da assistente social com controle, vigilância ou punição, de um lado, ou prática caritativa e assistencialista,

apenas necessária em casos de extrema necessidade financeira, de outro. Esta “má fama” das assistentes sociais incidiu em uma baixa adesão das gestantes em todas as rodas de conversa, algo que foi rapidamente desmistificado nos encontros, que se converteram em espaço de escuta para as gestantes que trouxeram diversas dúvidas tanto relacionadas aos seus direitos quanto aos procedimentos médicos, que, pelos relatos, ficou claro que muitas não compreendiam porque estavam sendo submetidas a eles.

Por fim, percebeu-se a importância da atuação dos profissionais do Serviço Social de forma conjunta nas áreas de saúde, tanto nos hospitais como nos centros de saúde, além da necessidade em superar a hierarquização posta neste ambiente. A atuação dos assistentes sociais é desqualificada em contraponto a atuação médica e a superação desta lógica permitirá a implementação de um sistema de saúde de qualidade e que atenda todas as demandas e especificidades dos usuários que dela necessitam.

3.1. Redes sociais e sua contribuição na mobilização de movimentos sociais

Atualmente tem -se o uso das redes sociais é generalizado. Sendo que estas:

podem ser efetivadas por interações que visam mudanças na vida das pessoas, para o coletivo ou ainda para organizações, visto que tais interações podem ser estabelecidas em razão de interesses particulares, em defesa de outros ou em nome de organizações. Além dessas motivações, as redes podem ser estabelecidas em função de movimentos sociais com finalidades sociopolíticas (TAVARES ; PAULA, 2015. p. 219).

Por conta deste caráter não só de entretenimento, mas com viés político, as redes sociais vêm se desenvolvendo conjuntamente com as mobilizações sociais seja por meio de protestos, vídeos, campanhas, marcações de encontros, que se tornaram cada vez mais frequentes nos ciberespaços. Recuero afirma que

essas dinâmicas tornam-se mais relevantes também com o advento dos sites de rede social, que provêm um novo contexto para as redes, permitindo o registro de parte dessas dinâmicas sociais e seu acesso pelos pesquisadores. É tal registro que permite, pela primeira vez, que interações e conversações sejam mapeadas e estudadas em larga escala. (RECUERO, 2014, p.61).

A autora (2014) afirma que as redes sociais começam a se desenvolver no início do século XX, diferenciando-se das relações de grupos que temos atualmente.

Entretanto há diferenciações consideráveis nas relações sociais do ciberespaço, sendo que, como a autora destaca, nas conversações nas redes online podem ser deixados rastros que podem ser acessados posteriormente, algo que pode ser considerado como positivo, pois as informações fornecidas da internet são facilmente recuperáveis e buscáveis. O segundo ponto é que essas redes “constituem-se em redes mais estáveis e, com isso, mais complexas, maiores e compreendendo uma pluralidade de relações mais ampla que aquela das redes offline.” (RECUERO 2014, p.62)

Por seu turno, Santos (2011) afirma que as mídias sociais do ciberespaço se configuram em uma nova ferramenta de informação para os cidadãos, pois este tem acesso a diversos meios de comunicação tendo sua funcionalidade em uma disseminação das informações de forma democráticas, sendo essas utilizadas de forma a:

[...] funções desempenhadas pela mídia o fornecimento de informações para discussões, a contribuição para as competências comunicativas e para qualidade dos argumentos formulados por cidadãos bem informados, bem como o provimento de tópicos em torno dos quais se estruturam esferas privadas e públicas de conversação cotidiana. (SANTOS, 2011, p.5).

Assim pode-se destacar que, com a sua disseminação, há também uma maior pluralidade de materiais visíveis ao público. Assim, a hegemonia das grandes mídias tradicionais reconfigura-se tornando o espaço online mais democrático, aumentando a disputa pelos espaços midiáticos com a implementação de novas fontes de informações, que ampliam as vozes e trazem novos questionamentos que podem ser repassados de forma direta ao coletivo. Cabe ressaltar que o aumento da pluralidade de informação não acaba com a hegemonia das mídias conservadoras, além desses espaços também serem utilizados a fim da fortificação das pautas conservadoras. (SANTOS, 2011).

Com base neste processo de democratização dos ciberespaços, os movimentos sociais, como os autores Tavares e Paula (2015) descrevem, se inserem nas redes sociais a partir dos anos de 1970, período classificado como um “boom” de novas abordagens acerca dos movimentos sociais. A partir desta década passa-se a procurar o aumento da participação popular no debate sobre justiça social, visando a construção de uma sociedade igualitária e as redes sociais contemplam essa ação, por meio da facilidade encontrada nesta de se disseminar conteúdos e informações. Os autores citam ainda como exemplos destes movimentos contemporâneos as:

estratégicas de denúncias - Diretas Já, Caras Pintadas, Grito dos Excluídos; redes de estratégias de desobediência civil – Movimento dos Sem Terra, Movimentos dos Sem Teto; redes de luta contra a exclusão – Ação da Cidadania, Economia Solidária; e, redes de negociação na esfera pública – Agenda 21, Conselhos Setoriais, Orçamento Participativo. (TAVARES; PAULA, 2015. p.,224).

Sendo assim, estes grupos se apropriam desta ferramenta em prol da divulgação de suas pautas e demandas, caracterizado ainda pela praticidade que estes espaços trazem, pois, por meio deles, conseguem se reunir movimentos de diferentes regiões com buscas parecidas, além de disseminar informações sobre encontros, eventos e mobilizações que sejam realizadas, tendo como objetivo a

busca por emancipação, igualdade e/ou tipos de reconhecimento que tem sido realizada exclusivamente em espaços virtuais de interação ou como extensão dos espaços reais/físicos disponíveis, especialmente pela possibilidade de aproximação dos indivíduos, ainda que distantes geograficamente. (TAVARES; PAULA, 2015. p.213).

Reconhecendo esta aproximação das redes sociais com os movimentos sociais é possível observar que este tem se apropriado desta ferramenta como mecanismo de propagação de materiais que buscam a garantia da equidade social e o comprometimento com a denúncia das ações de violência e negligência de direitos. Além disso, considerando-se a eficiência, o longo alcance e o impacto que as redes sociais no cotidiano das pessoas, viu-se a necessidade de englobar este campo para este trabalho atual, procurando contemplar um número maior de relatos sobre os casos de violência obstétrica. O instrumento utilizado para a coleta de relatos nas redes sociais foi a hashtag. Moura denomina esta como “uma palavra ou uma frase prefixada, precedida pelo símbolo # (hash, em inglês)” (MOURA, 2014. p.150).

Esta pode ser uma combinação qualquer de letras ou caracteres que formem algum tipo de mensagem e que devem vir precedida pelo símbolo “#” que classifica estas palavras como uma hashtag, sendo que a partir disto essa pode ser acessada e utilizada por todos por meio das redes sociais. Sendo assim, basta que as pessoas façam seus relatos e associem a hashtag e por meio disto todos que pesquisarem por ela poderão acessá-los. Podemos citar como exemplo a hashtag denominada de #porramarido¹⁷. Esta tem como objetivo a socialização de situações cotidianas vividas pelas mulheres com os seus namorados, maridos, irmãos, companheiros que

¹⁷ Disponível em <https://twitter.com/hashtag/porramarido>. Acessado em 07/11/2018.

trazem à tona o debate sobre a participação dos homens nas atividades de cunho doméstico ou relacionadas à maternidade e paternidade.

As hashtag tiveram uma aderência e popularidade grande, principalmente no Twitter, que acabou por se tornar um instrumento político frequentemente utilizado em protestos de movimentos sociais. Moura destaca que a sua propagação foi tamanha que a rede social Twitter criou uma forma de contabilizar a utilização destas por meio do “Trending Topics”, ou seja a quantidade de vezes em que a hashtag foi utilizada e debatida. Entretanto esta não é utilizada apenas para fins políticos, sendo marcada também em conteúdos individuais ou para denominar grupos específicos servindo de marcação para facilitar buscas posteriores ou para compartilhamento de informações. (MOURA, 2014).

A seguir irá tratar-se sobre a adesão da hashtag #nahoradefazernãochorou como mecanismo de denúncia de práticas de violência obstétrica relatado por mulheres nas redes sociais.

3.2. #Nahoradefazernãochorou, relatos de mulheres sobre vivências do parto

Com base no crescente acesso nas mídias sociais do ciberespaço e com a necessidade de ampliação dos espaços de debate, para este trabalho foi criada e divulgada no Facebook e Instagram a hashtag #nahoradefazernãochorou. O objetivo era coletar, por adesão e de livre e espontânea vontade, relatos de mulheres que sofreram ou presenciaram algum tipo de violência obstétrica. Os relatos foram feitos por mulheres que se sentiram a vontade de compartilhar de forma pública as suas vivências, sendo preservado o anonimato daquelas que preferiram fazer de forma privada, por meio de mensagens pessoais. A escolha desta frase foi pela sua frequente utilização, em especial por profissionais da saúde, nos contextos de violência obstétrica. Esta é uma entre tantas ações que podem ser classificadas como violência obstétrica. Outras podem ser

[...] dizer frases como “na hora de fazer não gritou”, com comandos para ficar calada, para não se mexer ou expressar dor, realizar procedimentos intimidatórios como deixar a mulher nua e sem comunicação, raspagem de pelos pubianos, exames de toques repetitivos, lavagens intestinais, impedir que a mulher se alimente ou ingira líquidos durante o parto, e até mesmo a proibição da mulher ser acompanhada na forma da lei. (SOUSA, 2015, p.5).

Estas ações são fruto da reprodução da apropriação do corpo das mulheres e de seus processos reprodutivos, prática recorrente na violência obstétrica e que condiciona a gestante a não sentir dor ou reclamar, pois se entende no parto uma forma de castigo à mulher que praticou

o ato sexual, remetendo ao ideal de mulher pura aquela que não tem relações sexuais e a pecadora aquela que tem relações sexuais. (SOUSA,2015).

Um dos relatos coletados pela hashtag criada para a presente pesquisa foi:

- Então, dia 17/08 2016 lá estava eu com 41 semanas de gestação. Minhas contrações começaram pela manhã estava acompanhando regularmente quando começou chegar de um em um minuto, então acionei o 192. Cheguei ao hospital do gama por volta das 9 da noite, com muita dor...imediatamente fui atendida um médico fez o toque e riu na minha cara " nossa moça a dor que está dizendo que está sentindo não condiz com dilatação, pode voltar pra casa pra dilatar está apenas começando 2 centímetros dilatados, eu falei não vou poder voltar pra casa; estou 41 semanas e 3 dias ou seja 10 meses. Chamou outro médico (oriental) que me internou. Resumindo fiquei 12 horas sentindo dor e sofrimento. Quando já estava lá pelas 23:00 o médico oriental deu o toque e disse a dilatação está diminuindo eram 3 centímetros estava em 2, então me levou pra sala de cirurgia. Me preparando pra receber a tão temida anestesia. Uma médica residente falou vc usa maconha? Cocaína? A verdade que eu estava muito desgastada só queria parir! não tive nem palavras...Minutos depois Taiozinho chegou, daí meu temor em ter uma mocinha. Só terei novamente se for particular. Eu iria ter uma hemorragia pois eu não tive passagem. A bolsa foi rompida 15:00 e Taio só chegou às 23:15.¹⁸

Este relato trata-se da experiência de uma das participantes ao conceber seu primeiro filho na rede pública de saúde por meio do SUS. O relato foi transcrito da forma relatada a fim de conservar as emoções da mulher ao descrever as situações vividas por esta em seu parto. Cabe ressaltar que a vítima se classifica como mulher negra e faz parte das mobilizações do movimento negro de Brasília. Este posicionamento é importante pois os questionamentos feitos pela médica carregam discriminação ao associar a figura da mulher negra a uma usuária de drogas. Este relato fortifica a afirmação feita anteriormente em que as mulheres negras, no geral, sofrem mais discriminações no parto e recebem menos intervenções médicas que podem aliviar suas dores.

Esta narrativa demonstra o que a autora Sousa (2015) vai descrever como práticas sem o consentimento das gestantes, sendo que esta não é informada dos riscos referentes aos procedimentos, não é informada previamente sobre os processos aos quais será submetida, além de não ser questionada sobre sua autorização ou não, sendo que:

[...] a gestante/parturiente quando dá entrada no atendimento de saúde tem sua vontade própria e autonomia colocados em segundo plano e passam a ser tratadas pelos profissionais de saúde como um sub tipo de cidadão, sem poder se expressar e sem direito a exercer qualquer controle sobre o processo de

¹⁸ Relato de uma das participantes da hashtag #nahoradefazernãochorou

parto e nascimento, sendo tratadas como meras “embalagens de bebê e não mais como cidadãs ou mesmo seres humanos” (SOUSA, 2015, p.13-14).

Ainda não bastando este processo de retirada de autonomia da mulher para com as decisões sobre o seu corpo, essa ainda tem que lidar com piadinhas ou com falas discriminatórias, como pode ser percebido no relato acima, sendo que a esta não cabe nem mesmo a argumentação tendo em vista a dor e o cansaço pelo qual está submetida. Sousa (2015) destaca ainda que essas práticas só continuam se propagando porque temos uma realidade de incapacidade por parte dos profissionais de saúde em realizar um atendimento digno e também pela omissão dos órgãos governamentais responsáveis pela garantia de direitos. (SOUSA, 2015)

- Eu já tinha dois filhos, o mais novo tinha 1 ano quando descobri que estava grávida, foi complicado pois demorei a perceber a gravidez era quase 6 meses de gestação, passei pelo SUS para fazer os exames a médica reclamou que comecei muito tarde o pré-natal, então fiz muitos exames para saber se estava tudo bem meu problema mesmo começou quando estava já se aproximando das 40 semanas, pois eu já tinha duas cesarianas o hospital achou melhor marcar cesariana, isso na sexta quando, marcaram para segunda, no domingo eu sentia muitas dores, muita mesmo, tinha febre fui até o hospital, assim que cheguei perceberam e levaram para o centro cirúrgico eu pensando que ia ser a cesárea mas não, o bebê estava morto já, o médico disse que a culpa era minha porque fiz o pré-natal tarde, mas eu sentia as contrações me deram anestesia e começaram a empurrar minha barriga, disse que não valia a pena fazer a cesárea pois era melhor sair naturalmente já que o bebê estava morto, como eu já estava fraca usaram o fórceps naquele momento foi muito ruim, triste, já tinha a perda do bebê e eles falando que a culpa era minha, depois passei dias com dor pois ainda fizeram aquele corte do lado na vagina, é muito ruim mesmo, não desejo a ninguém isso.¹⁹

O relato acima evidencia dois pontos, primeiramente a falta de sensibilidade para com os sentimentos da mulher, que sofreu a dor de perder seu bebê e durante este processo ainda teve que lidar com o julgamentos dos profissionais de saúde, que a todo momento, segundo o relato, culpabilizaram ela pelo o atraso ao início do pré-natal, algo que como percebe-se não é culpa da mesma. O segundo ponto, é a descrição de práticas que são consideradas violências obstétricas e que segundo a Organização Mundial de Saúde devem ser evitados. Essas são a prática da episiotomia, que segundo a autora Sousa (2015) foi expressamente recomendado pela Federação de Obstetrícia e Ginecologia – FEBRASGO, em 2009 que não fosse realizada, devido aos prejuízos causados por esta. Além desta podemos destacar a prática da Manobra de Kristeller relatada pela participante. Essa consiste no pressionamento da barriga realizado por um profissional de saúde para “facilitar” a saída do bebê pelo canal vaginal. O relato traz ainda que neste processo de parto foi utilizado o fórceps, outro tipo de parto que se configura em

¹⁹ Relato de uma das participantes da hashtag #nahoradefazernãochorou.

violência obstétrica e que como dito anteriormente era prática utilizada no século XVII e que se continua sendo utilizada nos dias atuais, algo que demonstra a resistência na quebra com o modelo conservador de assistência médica. (SOUSA, 2015)

Analisando o relato acima pode-se perceber que pelos menos três das práticas que devem ser evitadas em um parto segundo a OMS, ou seja, isso demonstra que mesmo não sendo aconselháveis tais práticas se torna procedimentos padrões realizados pela equipe médica, algo que a autora Sousa (2015) configura como práticas médicas que são descriminalizadoras para com as mulheres e que essas englobam também as violências por essas sofridas, sendo que “se partirmos então deste pressuposto da violência contra a mulher, na concepção mais moderna e atual dos direitos fundamentais, chegamos no entendimento de que a VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONSTITUI VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS UNIVERSAIS”. (SOUSA, 2015, p.40)

Cabe ressaltar também as discrepâncias de tratamento para com as gestantes que acessam a rede de saúde particular e aquelas que acessam a rede privada de atendimentos, o relato a seguir demonstra perfeitamente essa diferença.

- Na noite em que me internei pra Madalena nascer, fui conduzida a uma sala de pré parto, com a minha avó me acompanhando. Quando cheguei lá, haviam quatro leitos e no último da ponta direita, uma mulher quase nua, com dilatação completa, sem lençol, sem travesseiro e urrando de dor. Eu me lembro que ela mal respirava, que tentava se tapar com o avental e uma enfermeira puxava da mão dela toda hora com rispidez. Minha avó e eu ficamos muito preocupadas com ela e quase esquecemos de mim. A acompanhante dela, relatou que ela estava lá desde muito cedo, mas, que como era SUS, o bebê tinha que coroar pra então conduzirem ela pra outro lugar. Eu fiquei duas horas nessa sala e sai de lá antes dela. Eu tinha só dois cm de dilatação. Aquela mulher foi destrutada por três profissionais diferentes, enquanto eu estava lá. Frases como "ou você geme ou faz força!", "Você não tá fazendo nada direito", "na hora de fazer tava bom né?!" E "eai, tá gostando? Era isso que você queria?!", foram ditas por essas pessoas que deviam estar ali pra ajudar ela, ou melhor, pessoas que só tem emprego porque ela estava ali. O meu tratamento era completamente oposto ao dela, apesar de serem os mesmos profissionais, afinal, eu tive a sorte de poder pagar e parir em rede particular. Soubemos na manhã seguinte, que os dois quase não resistiram e só poderiam se ver depois de 48 horas, dependendo de como fosse a recuperação dela e do filho dela. A parturiente tem direitos assegurados por lei. Se informe. Violência obstétrica é crime. Não se cale. #nahoradefazernaóchorou²⁰

²⁰ Relato de uma das participantes da hashtag #nahoradefazernaóchorou

Neste relato pode-se perceber a diferença de tratamento entre as mulheres atendidas no SUS e aquelas na rede particular. Este demonstra a vivência da gestante que se encontra em sofrimento e tem os seus direitos violados, sendo esta vítima da violência obstétrica que condiciona a mulher a um tratamento desumano e traumático, além da falta de empatia da equipe médica para com a mesma. Interessante destacar também a reflexão que a participante provoca a si mesma, em relação a sua posição de privilégio de tratamento em comparação a outra mulher presente.

Por fim é necessário a continuidade na discussão das práticas de violência obstétrica, pois essa questão está longe de ser superada mesmo com a implementação de um modelo humanizado de parto, pois este ainda está condicionado a práticas conservadoras e que limitam a ação da mulher e tiram o protagonismo desta no próprio parto. Além disso há a necessidade da disseminação de informação sobre o que é violência obstétrica para as gestantes que por vezes não entendem que estão sendo violentadas por conta de as práticas serem institucionalizadas nas redes de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou a violência obstétrica sofrida por mulheres em seu período de gestação, parto e pós-parto. Essas práticas estão enraizadas no sistema de saúde e acabam se tornando procedimentos padrões, mesmo se constituindo como graves violações dos direitos. Analisou também a maior recorrência de práticas abusivas em mulheres negras ou pardas e de classe social mais baixa.

As considerações feitas tiveram como base a coleta de relatos de mulheres que vivenciaram ou foram vítimas de violência obstétrica por meio das redes sociais Facebook e Instagram e a experiência em Estágio Supervisionado em Serviço Social, tanto na área da maternidade do HRG quanto das rodas de conversa realizadas no Centro de Saúde nº 03 do Gama, considerando também a importância da atuação do assistente social nesses casos de violência agindo para empoderamento destas mulheres e de seus acompanhantes.

Este trabalho teve seu surgimento com a necessidade de problematizar as questões percebidas no campo de estágio, sendo elas os relatos frequentes de violência obstétrica por parte das gestantes do HRG. Além disso, há grande interesse da pesquisadora em trabalhar as questões de gênero, classe social e raça. Após a coleta de referencial teórico percebeu-se a escassez de material que unissem o tema das violências obstétricas ao atendimento precário sofrido pela população negra e pobre na área da saúde, portanto, considerou-se relevante a abordagem do tema a fim de fortalecer o desenvolvimento de material teórico que trabalhe as políticas pós escravidão e seus reflexos na atualidade, inclusive ao acesso aos serviços de saúde.

Percebeu-se, então, a importância de se problematizar a situação atual da população negra brasileira que é condicionada por uma realidade de falsa democracia racial. A partir disso, expõe-se a relevância deste tema para a comunidade acadêmica, pois este trabalho procura demonstrar que mesmo com os avanços da inserção dos métodos humanizados nos partos do Sistema Único de Saúde – SUS o cenário de violências sofridos pelas mulheres ainda é grande e este prioriza mulheres negras, pardas e pobre seu atendimento, tendo em vista que essas não possuem recursos para procurar meios alternativos para fugir destas violações.

Pode-se concluir ainda que as mulheres sofrem historicamente uma objetivação de seus corpos, que acabam por serem regulados pelo Estado e pela figura masculina que se insere no parto e institucionaliza as suas práticas. A mulher, assim, fica condicionada à dominação do médico e se torna segundo plano no processo do parto e das mudanças que seu corpo sofre, sendo considerada uma máquina provedora de mão de obra para o mercado capitalista. O foco

é o nascimento do bebê e, nesse processo, as necessidades da mulher são esquecidas e sua autonomia atacada, para que ela se torne apenas mãe.

Além disso há a culpabilização da mulher, pois, a vida sexual desta é considerada impura. Esta é uma perspectiva religiosa que se perpetua em julgamentos morais até os tempos atuais, e isso, conforme comprovado pelos relatos do trabalho de campo, irá se perpetuar pelas falas dos profissionais de saúde quando afirmam: “na hora de fazer estava gostando, agora aguenta”, ou “não se preocupa não que você esquece a dor e ano que vem está aqui de novo”, ou seja, o parto na visão desses profissionais é o castigo da mulher por ter praticado o ato sexual.

Os objetivos deste trabalho foram alcançados e a hipótese confirmada, pois percebeu-se nas práticas de violência obstétrica seu viés elitista e racista. Vale ressaltar que esta não é condicionada a esses dois elementos, mas deve-se reconhecer que as práticas diversas de violência nas políticas públicas condicionam os grupos pobres e negros a uma realidade de maior vulnerabilidade, algo que se reflete também na hora do parto, notando-se a falta de efetividade dos direitos conquistados historicamente pelos movimentos sociais.

Por fim entende-se que é necessário se fazer um debate maior sobre as condições de vulnerabilidade sofrida pela população negra, além de procurar a efetivação dos direitos já existentes. Faz-se necessário também a produção de referências teóricas que relatem essa perspectiva de cor a dificuldade de acesso às políticas públicas do país.

Além disso é necessário a superação da hierarquização dos espaços de saúde para a eficácia dos trabalhos interdisciplinares, sendo percebido ainda a necessidade de se trabalhar de forma conjunta os Centros de Saúde e os Hospitais, considerando que este trará maior qualidade ao atendimento das demandas dos pacientes.

REFERENCIAS

- BELTRAME, Alberto. **DIRETRIZES DE ATENÇÃO À GESTANTE: A OPERAÇÃO CESARIANA**. In Portaria no 306, de 28 de março de 2016. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra: síntese do relatório: 18 a 20 de agosto de 2004: Brasília – DF / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, Projeto de Lei nº 7274 de 30 de mar. De 2017. **Dispõe sobre o exercício profissional da atividade de Doula.**, Brasília, DF, mar 2017. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2127867> acesso em 20 ago 2018.
- CARNEIRO, Sueli. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**. In: Racismos contemporâneos. Organização, Ashoka Empreendedores Sociais e Takano Cidadania. Rio de Janeiro: Takano Ed, 2003. (Coleção valores e atitudes. Série Valores; nº 1. Não discriminação).
- CARVALHO, Érica Fernanda Marins de; SILVA, Cristiane de Oliveira Vargas. **Roda de Conversa: uma experiência de intervenção no enfrentamento a violência de gênero**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.
- CÓDIGO de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - **10ª. ed. rev. e atual.** - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]

- CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2004, vol.38, n.4, pp.448-457. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000400011>> acesso em 20 ago 2018.
- GUERRA, Yolanda; BRAGA, Maria Elisa. **Supervisão em Serviço Social**. In: CFESS. ABEPSS. (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: 2009.
- LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; CARMO, Cleber Nascimento do; SANTOS Ricardo Ventura. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.33, suppl. 1. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>> acesso em 20 set 2018.
- LEÃO, Viviane Murilla; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de O PAPEL DA DOULA NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE, **REME – Rev. Min. Enf.**; 10(1):24-29, jan./mar., 2006. Disponível em < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/380>> acesso em 20 set 2018
- LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. **Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980**. Texto contexto - enferm. [online]. 2013, vol.22, n.1, pp.166-174. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100020>> acesso em 20 ago 2018.
- LIMA, Kelly Diogo de. **Raça e violência obstétrica no Brasil/ Kelly Diogo de Lima**. — Recife: [s. n.], 2016.
- MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. Disponível em <<https://static.scielo.org/scielobooks/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>> acesso em 20 out 2018.

- MARTINS, Alaerte Leandro. **Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.11, pp.2473-2479. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>> acesso em 20 out 2018
- MARTINS, Cleusa Alves; ALMEIDA, Nilza Alves Marques; SOUZA, Marcus Antônio; CANDÉ, Tchernó Alliu; SIQUEIRA, Karina Machado; BARBOSA, Maria Alves. **CASAS DE PARTO: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 03, p. 360 - 365, 2005. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> acesso em 20 set 2018
- MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional** – 2ed. – São Paulo: Cortez, 2017.
- MESSIAS, Ana Elisa Araújo. A saúde da mulher: a violência como problema de saúde pública e a importância do recorte étnico/racial. *Revista África e Africanidades*. 2008;
- MOURA, Clovis. **Dialética Radical do Brasil Negro**. São Paulo. Editora Anita, 1994.
- MOURA, Fernanda Costa. **Proliferação das #hashtags: lógica da ciência, discurso e movimentos sociais contemporâneos**. In: *Ágora*, v. XVII Rio de Janeiro: 2014.
- MULHERES, Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**, Perseu Abramo. Pesquisa de Opinião de Opinião Pública. 2010. Disponível < https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf> acesso em 20 ago 2018
- MULHERES NEGRAS, Compositor: Eduardo Taddeo. 2012
- NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida ; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.3, pp.651-657. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>> acesso em 20 set 2018
- ORGANIZAÇÃO, Mundial de Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=E820B774A74D02D46EA5584BD5D5B9A6?sequence=3> acesso em 20 out 2018
- PENNA, Lucia Helena. Garcia; Guedes, Claudia Rosane. **Violência institucional no atendimento pré-natal: percepção de gestantes negras**. In: 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde, 2009, Recife. 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde. Recife: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Pernambuco, 2009. v. 1. p. 535-538. Disponível em <http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id40r0.pdf> acesso em 20 out 2018
- RECUERO, Raquel. Contribuições da Análise de Redes Sociais para o Estudo das Redes Sociais na Internet: O caso da hashtag #Tamojuntodilma e #CalaabocaDilma. *Revista Fronteiras*. Vol 16, p.1, 2014.

-RISCADO, Liana Carvalho ; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões . **DECIDINDO A ROTA DA ENTREGA NO BRASIL: TEMAS E TENDÊNCIAS NA PRODUÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE**. Texto contexto - enferm. [conectados]. 2016, vol.25, n.1, e3570014. Epub 22 de março de 2016. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>> acesso em 20 ago 2018

- SANTOS, Nina. **As transformações da mediação e o poder do cidadão: o caso da hashtag “#dilmafactsbyfolha”**. In: IV Encontro da Compolítica, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 15 de abril de 2011.

- SILVA, Maria da Penha, **MULHERES NEGRAS: SUA PARTICIPAÇÃO HISTÓRICA NA SOCIEDADE ESCRAVISTA**. Cadernos Imbondeiro. João Pessoa, v.1, n.1, 2010. Disponível em < <http://periodicos.ufpb.br/index.php/ci/article/viewFile/13509/7668>> acesso em 20 set 2018

-SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto: puerpério e abortamento** – São Paulo: Artemis, 2015.

- TAVARES, Wellington; PAULA, Ana Paula Paes de. Movimentos Sociais em Redes Sociais Virtuais: Possibilidades de Organização de Ações Coletivas no Ciberespaço. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 213-234, 2015.

-TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguias; DINIZ Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015;10(35):1-12. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)> acesso em 20 out 2018

-VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de ; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. bras. enferm. [online]**. 2010, vol.63, n.4, pp.652-659 Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400023>> acesso em 20 set 2018

- VIEGAS, Deuzilene Pedra; VARGA, István van Deursen. **Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil**. Saude soc. [online]. 2016, vol.25, n.3, pp.619-630. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162577>> acesso em 20 set 2018