

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS MARCAS DO PODER COLONIAL: UMA VISÃO INTERSECCIONAL DE GÊNERO, RAÇA E CLASSE SOCIAL

Camila de Freitas Moraes Garcia¹

Cássia de Carvalho Vilhena²

Mayra Rodrigues Negrão³

Yoná Ferreira dos Anjos⁴

Resumo: O referido texto aborda a violência obstétrica no Brasil como uma grave violação dos direitos das mulheres, destacando como o racismo, o sexismo e a desigualdade de classe aprofundam as injustiças no cuidado obstétrico. Mulheres negras são as mais impactadas, sofrendo práticas desumanas durante a gestação, parto e pós-parto, fruto de uma negligência institucional com raízes coloniais e racistas. O feminismo negro e os movimentos de direitos humanos denunciam essas violências e exigem políticas que assegurem o parto digno e os direitos reprodutivos. O texto também aponta a fragilidade das políticas de saúde frente ao racismo institucional e defende ações afirmativas, formação antirracista e escuta qualificada das usuárias do SUS como caminhos para a justiça reprodutiva e a equidade racial.

Palavras-chave: Interseccionalidade, Feminismo Negro, Violação de Direitos.

1. Introdução

No território brasileiro, a vivência da gestação, do parto e da maternidade está distante de ser experienciada de maneira equitativa. A maternidade, frequentemente idealizada em narrativas institucionais e midiáticas, encobre desigualdades profundas quando atravessada por marcadores sociais como raça, classe e gênero. Ter acesso a um parto respeitoso, seguro e de qualidade continua sendo um direito de poucas, enquanto inúmeras mulheres e pessoas com útero enfrentam, de forma cotidiana, práticas violentas, negligentes e desrespeitosas na rede de atenção obstétrica pública e privada. Tais condutas, mesmo que muitas vezes sejam banalizadas, configuram sérias violações aos direitos humanos e reprodutivos, caracterizando o que se reconhece como violência obstétrica.

Esse tipo de agressão institucional se manifesta como parte de um processo estrutural que não deve ser compreendido de modo isolado, dissociado da trajetória sociocultural e da construção histórica nacional. A dinâmica de dominação, herdada da colonização, do racismo estrutural e do patriarcado, forjou uma atenção obstétrica

¹ (UCPEL).

² (ESAMAZ).

³ (ESAMAZ).

⁴ (ESAMAZ).

marcada por hierarquias, por mecanismos de controle e pela negação da autodeterminação sobre o corpo reprodutivo. Como nos provoca Elza Soares, na música *A carne*, “a carne mais barata do mercado é a carne negra”, revelando que os corpos negros — especialmente os femininos — continuam sendo os mais expostos, descartáveis e violados, inclusive em situações que deveriam ser acolhidas e protegidas.

Neste contexto, compreender a violência obstétrica exige uma abordagem interseccional e decolonial, capaz de evidenciar de que forma os sistemas de opressão atuam de maneira articulada na produção de desigualdades históricas. Mulheres negras e periféricas, por exemplo, estão mais sujeitas a procedimentos sem consentimento, cuidados desumanizados e abandono institucional, como demonstram relatos presentes em Moraes (2023), cujas escritas escancaram o racismo obstétrico presente nas rotinas institucionais de cuidado. Além disso, como destacam Sousa et al. (2020), as experiências das gestantes com os serviços de saúde são atravessadas por desigualdades relacionadas à classe social, evidenciadas por condutas violentas no momento do parto, sendo esse um retrato concreto das iniquidades.

Diante desse cenário, esta pesquisa apresenta uma leitura crítica da violência obstétrica no Brasil com base nas contribuições do feminismo negro, da interseccionalidade e da crítica decolonial. A partir de uma análise teórica fundamentada em documentos institucionais, artigos científicos e produções de autoras negras, busca-se evidenciar como as lógicas de poder sustentam uma atenção obstétrica marcada pela desigualdade e pelo preconceito. A discussão será apresentada em duas partes: inicialmente, abordando a conceituação e as formas da violência obstétrica, com exemplos comuns no Brasil; e posteriormente, refletindo sobre como a herança histórico-colonial e racista sustenta a maneira como os corpos são tratados nos atendimentos de saúde. Por fim, a intenção é colaborar com a superação dessas práticas, ampliando as reflexões sobre justiça reprodutiva, atenção à saúde e equidade racial no cenário brasileiro.

2. Violência Obstétrica: Silêncios Institucionais

A violência obstétrica é uma das formas mais naturalizadas e invisibilizadas de transgressão de direitos básicos no Brasil. Trata-se de práticas e condutas abusivas cometidas contra mulheres e pessoas com útero durante a gestação, o parto, o puerpério e até mesmo em situações de aborto. Essas transgressões podem se manifestar de forma física, psicológica, verbal, simbólica ou institucional, sendo muitas vezes legitimadas por discursos médicos, culturais e sociais que colocam os corpos gestantes – sobretudo os corpos negros – como indiferentes, resistentes à dor e carentes de cuidado digno.

No cotidiano das maternidades, essa lógica violenta se traduz em condutas como episiotomias sem consentimento, cesáreas desnecessárias, esterilizações forçadas, recusa de anestesia, negativa do direito a acompanhante e atitudes desrespeitosas ou desumanas por integrantes da equipe médica (Moraes, 2023). A naturalização desses procedimentos revela um formato de cuidado obstétrico tecnocrático, hierárquico e autoritário, onde as decisões médicas se sobrepõem aos direitos e desejos das usuárias. Ademais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004) destaca a importância de que essas práticas sejam humanizadas, considerando os determinantes sociais que atravessam esse cuidado à saúde, como classe, raça, gênero e território. Ainda que o documento não utilize diretamente o termo “violência obstétrica”, ele reconhece que as desigualdades afetam desproporcionalmente as mulheres racializadas, as quais enfrentam restrições que comprometem o cuidado integral e equitativo.

Como destaca Gonzalez (1984), o corpo negro feminino foi historicamente construído como espaço de servidão e força, reflexo de uma lógica que a colocou como mão de obra e objeto de uso. Esse imaginário ainda ecoa nas práticas obstétricas atuais, mesmo que de modo velado, a falta de escuta, a desconsideração de suas dores e a negação de seus direitos ligados a reprodução são formas atuais de perpetuação da lógica colonial. Davis (2016) reforçou esse entendimento ao evidenciar que a desumanização das corporalidades negras foi uma ferramenta de controle durante o regime escravista, sobretudo no que concerne às mulheres, vistas apenas como produtoras da mão de obra, privadas do direito à maternidade e ao

cuidado. A permanência dessas condutas mostra que a violência obstétrica também é um prolongamento do projeto de dominação racial e de gênero que marca a história do Brasil.

Sob essa perspectiva, o artigo de Moraes (2023) se torna particularmente importante por trazer à tona, através de sua escrevivência, o relato de um aborto espontâneo em que a autora, mulher negra, foi submetida à dor física e emocional sem assistência adequada. O cuidado negligente, a demora e a ausência de recepção demonstram que a violência obstétrica não se limita a aspectos técnicos, mas também simbólicos e institucionais. O relato demonstra como a solidão imposta às mulheres negras nos serviços de saúde reflete uma estrutura que, sistematicamente, apaga suas vivências e naturaliza o seu sofrimento.

3. Perspectiva Histórico-Colonial e Racista da Violência Obstétrica

Por conseguinte, importa frisar que a compreensão da violência obstétrica no Brasil não pode ser dissociada da formação histórica do país e da maneira como os corpos negros, especialmente das mulheres, foram moldados socialmente dentro de uma lógica colonial, racista e patriarcal. Desde o período escravocrata, como já mencionado anteriormente, o corpo da mulher negra foi instrumentalizado como força de trabalho e reprodutora, sendo excluído do lugar de sujeito de direitos e incluído no sistema produtivo apenas como objeto de uso e controle. Essa construção atravessa séculos e ainda hoje estrutura práticas no campo da saúde, particularmente na assistência obstétrica.

Gonzalez (1984), ao discutir o racismo e o sexismo na cultura brasileira, destacou que a mulher negra foi historicamente submetida a uma dupla opressão: de classe e de gênero, ambas racializadas. A figura da “mucama”, moldada no imaginário brasileiro como serviçal dócil, erotizada e submissa, serviu como símbolo de um corpo negro destinado ao cuidado e à reprodução, mas desprovido de autonomia. É notório que essa herança escravocrata se reflete nas maternidades contemporâneas, onde mulheres negras continuam sendo vistas como resistentes à dor, menos sensíveis e, portanto, menos dignas de atenção, escuta e cuidado respeitoso. Esse processo de desumanização também é analisado por Davis (2016),

que evidencia como o controle dos corpos femininos negros serviu como instrumento para a manutenção das estruturas de poder do sistema escravista e do capitalismo racial. Segundo a autora, durante a escravização, mulheres negras foram impedidas de exercer qualquer decisão sobre seus próprios corpos e filhos, sendo tratadas como “ventres disponíveis” para uma reprodução forçada. Esse legado ainda persiste na lógica institucional de muitos serviços de saúde, onde mulheres negras, especialmente as mais pobres, são violentadas em seus direitos reprodutivos de forma sistemática.

Ainda hoje, a ausência de políticas públicas eficazes para combater o racismo institucional no campo da saúde contribui para o prolongamento da violência obstétrica contra mulheres negras. Embora o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) reconheça a necessidade de considerar raça e classe na formulação de políticas voltadas à atenção obstétrica, a falta de ações concretas revela a distância entre o discurso e a prática. O resultado disso são taxas mais altas de mortalidade materna entre mulheres negras, acesso precário ao pré-natal e maior exposição a condutas agressivas e desrespeitosas durante o parto. Por isso, compreender a violência obstétrica a partir de uma perspectiva histórico-colonial é reconhecer que ela não surgiu de forma espontânea, mas que é sustentada por condutas que naturalizam a dor de algumas mulheres e pessoas com útero enquanto humanizam outras.

4. Interseccionalidade: Raça, Gênero e Classe no Parto no Brasil

A partir dessa perspectiva, nota-se que existem determinantes para viver, adoecer, morrer e até mesmo nascer, visto o desafio de parir um bebê no Brasil em um contexto hospitalar atravessado por inúmeras variantes que estão para além de dores físicas como contrações, em destaque para as mulheres e pessoas com útero pobres e pretas, pois são atravessadas pelo machismo, acesso precário a serviços de qualidade e racismo, ou seja, fatores que são entrelaçados e formam diferentes vertentes de opressão (Davis, 2016). Essas camadas são evidenciadas através de uma visão baseada na interseccionalidade, termo inaugurado em 1989 por Kimberlé Crenshaw, expondo como o racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado são os principais pilares de manutenção da subalternidade da mulher negra (Akotirene,

2018). Visto isso, é primordial entender a interseccionalidade como mecanismo para identificar quais grupos são afetados por um sistema que opera pela morte de sujeitos específicos, ou seja, onde começa o racismo e termina a transfobia, xenofobia, misoginia e assim por diante. Nesse viés, a sociedade brasileira, em razão da disseminação do mito da democracia racial, normaliza o racismo e violências sofridas por corpos pretos. Em razão dessas condutas discriminatórias naturalizadas, verifica-se a relevância de considerar panoramas a partir de uma perspectiva interseccional para não cair em vieses de análises universalizantes compreendendo o potencial analítico da interseccionalidade (Gonzalez, 1984).

Como apresentado anteriormente, a dor das mulheres negras durante o período gestacional, trabalho de parto e puerpério é minimizada, com o pensamento racista colonial enraizado de que elas aguentariam mais dor e que não adoecem com facilidade, operando na manutenção de estruturas hierárquicas de dominação racial em instituições e disseminando-as nas redes de assistência à saúde, assim exacerbando relações de poder, onde o manejo médico inadequado pode levá-las a óbito (Werneck, 2016). Mulheres negras tem seus corpos constantemente sexualizados e objetificados, entretanto, em momentos da necessidade do cuidado, o não-desejo e a desumanização corpórea prevalecem sobre a humanidade, assim, colocando-as no lugar de “o outro” (Akotirene, 2018), a partir disso, é reforçado o racismo obstétrico, que representa a intersecção entre racismo médico e violência obstétrica. Essa opressão se manifesta quando a paciente tem suas vontades e corpo desrespeitados pelos profissionais e equipe de saúde, sendo agravada pelo racismo, este que, de acordo com González (1984), silencia o corpo negro, configurando uma barbárie naturalizada.

Em 2004, o Ministério da Saúde levantou estudos sobre a saúde da mulher no Brasil e postulou que ao formular políticas públicas é necessário considerar as questões socioeconômicas e os recortes de gênero e raça/etnia, pois a realidade é multifacetada, destacando que há um agravamento na desigualdade ao se tratar de mulheres negras, dessa maneira, também aponta que boa parte delas estão abaixo da linha da pobreza quando comparada às mulheres brancas, assim as consequências dessa realidade é o acesso restrito à assistência obstétrica, tanto

durante o pré-natal quanto no parto ou no puerpério, para mais, 11,1% das mulheres negras não recebem anestesia no parto normal, em contrapartida com 5,1% das brancas e 27,0% das negras puderam ter acompanhantes, em comparação com 46,2% das brancas (Brasil, 2004). Ao aprofundarmos sobre os dados de mortalidade materna, o quadro torna-se ainda mais alarmante, visto que são 45,21% de mulheres negras em relação a 17,81% das brancas que vem a óbito por aborto, conforme estudo de Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva de 2021 (Criola, 2021)

Nesse aspecto, ao analisarmos índices de violência contra as mulheres, as negras são as mais afetadas, os índices de mortalidade andam em conjunto com fatores relacionados a raça, pois, como Piedade (2017) explica, se os números de feminicídio crescem, os de mulheres negras mortas também, posto isto, a ótica da “dororidade” proposta pela mesma autora, condensa sobre as violências que afetam pessoas do gênero feminino negras, visto que elas são frequentemente alvo de práticas abusivas durante o parto, refletindo um sistema de saúde que perpetua desigualdades raciais e socioeconômicas (Piedade, 2017).

A política de morte naturalizada de corpos específicos e o não acesso aos serviços de saúde são comorbidades de um Estado que opera a partir de uma necropolítica, pois a prevenção, promoção e cuidado em saúde não se concretizam da mesma forma ao notarmos os dados díspares de mulheres brancas e negras (Saraiva; Campos, 2023). Moraes (2023) ao relatar sua vivência, revela uma realidade cruel que envolve racismo e violência obstétrica, a qual durante todo um processo de dor agonizante, obrigada a esperar longas horas para ser atendida, também lhe foi negado o direito a ter um acompanhante, sendo assim, essa escrivência, apesar de ser pessoal e subjetiva também é coletiva, pois as experiências semelhantes que mulheres negras passam confirmam que há uma estrutura que inflige essas mulheridades, obrigadas a encarar uma solidão atravessada pelo racismo e misoginia que esfacela pessoas com fenótipos marcados pela colonização.

5. Atuação dos Movimentos de Mulheres e Feminismo Negro

A luta pela dignidade e pelos direitos reprodutivos dos corpos negros no Brasil é uma pauta central do feminismo negro, o que escancara que mulheres negras, historicamente, têm sido privadas de direitos básicos. Ao remontarmos o passado

escravocrata, mulheres negras não tinham direito se quer de ser mãe de seus próprios filhos e obrigadas a sobreviver em um sistema que negava sua existência como sujeitos de direitos (Davis, 2016).

Diante disso, revela-se evidências de uma abolição inconclusa (Piedade, 2017), pois as marcas dessas violações são produzidas e reproduzidas até os dias atuais ao marginalizar e silenciar mulheres sobre seus próprios direitos sexuais e reprodutivos, principalmente grávidas, parturientes e puérperas. Assim o racismo institucional, fomentado pelo Estado guiado por uma gestão necropolítica, fazem a manutenção de práticas que pregam a colonialidade corporal. Posto isto, feministas do sul global e do movimento negro promovem uma análise não-universalizante frente às violências interseccionais ao resistir a invisibilização e dizibilização de suas experiências, pois como analisado, nem todas as mulheres podem usufruir do mito do amor materno. Além disso, esses movimentos corroboram por uma ótica que se contrapõe a medicalização do parto e, em frente ao silenciamento da mulher sobre o próprio corpo, sinalizam o protagonismo e autonomia como imprescindíveis para a valorização de direitos básicos.

Logo, a elaboração de um sistema de saúde que considere as especificidades das mulheres negras é basilar para a promoção de uma atenção holística à saúde, tal perspectiva implica em reconhecer que as condições de vida e saúde das mulheres negras são atravessadas por múltiplas dimensões de opressão como o racismo estrutural, o sexismo e as desigualdades socioeconômicas que impactam diretamente no acesso aos serviços e na qualidade do cuidado recebido. Desse modo, é preciso considerar, como proposto pelo Ministério da Saúde em suas diretrizes, os atravessamentos que uma mulher negra carrega (Brasil, 2004). Em suma, os movimentos de mulheres e do feminismo negro no Brasil é uma resposta à desumanização histórica colonial das mulheres negras e à luta por seus direitos reprodutivos.

6. Racismo Obstétrico como Expressão da Colonialidade: Desafios para as Políticas de Saúde

No Brasil, as desigualdades raciais estão intrinsecamente vinculadas a um processo histórico iniciado no período colonial. Compreender os primórdios da

colonização brasileira a partir das crenças, práticas, superstições e saberes médicos relacionados ao corpo da mulher negra e ao feto é reconhecer raízes que foram semeadas na Europa medieval e que, atravessando mais de três séculos, ainda se fazem presentes nas estruturas sociais e institucionais contemporâneas.

Durante o período escravocrata, as mulheres negras eram tratadas como instrumentos de força física e reprodutiva, submetidas a trabalhos pesados como carregar lenha e água, realizar exaustivos serviços domésticos e até amamentar os filhos dos senhores, mesmo em detrimento de seus próprios. Essas funções, marcadas por sobrecarga física e violência emocional, exemplificam as múltiplas formas de violação de seus direitos. Para o pensamento colonial, a força e a subserviência eram características naturais desta raça, assim como a ausência da razão e lógica (Mbembe, 2024). Dessa forma, a força atribuída ao corpo da mulher negra foi historicamente instrumentalizada como justificativa para a violação de seus direitos e a exploração de sua corporeidade. Como destaca Gonzalez (1984), a mulher negra é submetida a um lugar de subalternidade onde a animalização de seu corpo justifica abusos sob a roupagem da normalidade. O estereótipo racista da “mulher preta como boa parideira” consolidou-se como um mito desumanizador, que naturaliza a dor, a negação de humanidade e da sensibilidade dessas mulheres, perpetuando assim, práticas violentas que atravessavam gerações.

Neste aspecto, Hooks (2019) acrescenta que a negação da subjetividade das mulheres negras é um dos pilares do racismo estrutural, o que se manifesta de modo alarmante na violência obstétrica contemporânea. Já Akotirene (2018) denuncia como a interseccionalidade de raça, classe e gênero toma essas violências ainda mais letais. Para Gonzalez (1984), o racismo é considerado uma neurose cultural brasileira. Que atua de forma velada nas estruturas de práticas sociais e políticas sociais de saúde no Brasil. A constituição da ginecologia moderna está profundamente ligada à exploração de mulheres negras escravizadas, que foram submetidas a procedimentos médicos invasivos sem anestesia ou consentimento, como aponta Davis (2016), revelando o caráter racista e desumanizador que moldou as bases da medicina reprodutiva ocidental.

Diante de uma realidade histórica, da reprodução humana de mulheres negras, forçada ao aumento da força escrava, por muitos anos no Brasil, essa herança ainda está presente em forma de Racismo Obstétrico. Segundo Góes (2020, p. 197), “Racismo Obstétrico é a manifestação do racismo institucional nas relações de cuidado às mulheres negras durante o ciclo gravídico-puerperal. Ele se expressa na negligência, desumanização e violência simbólica, física ou verbal, sustentadas por estereótipos raciais”. Uma pesquisa conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no período de 2010 a 2018, revelou que mulheres negras recebem, em média, menos anestesia durante o trabalho de parto quando comparadas às mulheres brancas (Leal, 2015). Além disso, os índices de mortalidade materna e neonatal são significativamente mais elevados entre a população negra, apontando para um padrão de exclusão e negligência institucionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dados apontam não apenas para desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado, mas para um cenário de violência sistemática que coloca em risco a vida de mulheres e bebês negros. O racismo obstétrico, portanto, reafirma-se não como um fenômeno isolado, mas um produto direto do racismo estrutural que organiza a sociedade brasileira.

Segundo Werneck (2016), é necessário racializar o debate sobre parto humanizado no Brasil. A mulher negra continua sendo tratada como corpo reprodutivo e não como sujeito de direitos. Apesar de a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009, com objetivo de enfrentar as desigualdades raciais em saúde no SUS, promovendo ações específicas para garantir acesso, acolhimento e cuidado qualificado à população negra, especialmente às mulheres, historicamente afetadas pelo racismo institucional (Brasil, 2010). Essa reflexão normativa representa um avanço histórico ao reconhecer o racismo como um determinante social de saúde pública, socialmente reconhecida. Ainda assim, é preciso questionar os desafios vigentes dessa Política Pública, que impactam negativamente a execução dos serviços de saúde, prestados à população negra majoritariamente usuária do SUS.

Com isso, se quer dizer que muitos profissionais ainda não reconhecem a legislação vigente ou não possuem formação adequada no que tange ao

enfrentamento do racismo obstétrico. Além disso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) não conta com um plano financeiro próprio e independente, tampouco com dispositivos eficazes de fiscalização. Dessa forma, o racismo estrutural e a discriminação obstétrica tornam-se ainda mais evidentes no âmbito das políticas públicas e dos programas sociais implementados no Sistema Único de Saúde (SUS). Corroborando com essa análise, Moraes (2023) afirma que as experiências de dor vivenciadas por mulheres negras revelam que o ato de maternar está frequentemente associado a situações de genocídio e violência obstétrica, as quais se perpetuam no interior das políticas públicas.

Nesse contexto, o racismo obstétrico não pode ser compreendido como um ato isolado ou pontual, mas como parte de um sistema de opressão que desumaniza corpos negros, especialmente os corpos das mulheres negras, perpetuando lógicas coloniais de controle, exploração e invisibilização. As violências simbólicas e físicas vivenciadas por essas mulheres, tais como a negligência da dor, o desrespeito às suas escolhas, a medicalização forçada e a ausência de acolhimento são manifestações concretas de um Estado que falha em garantir o direito ao cuidado digno, ético e antirracista.

Desse modo, Akotirene (2018) destaca que o racismo não se expressa de forma isolada em sociedade, mas estabelece estrutura coletiva de poder que influencia o acesso aos direitos das Políticas Públicas de forma significativa. Esse viés analítico da autora, manifesta uma idônea indagação a respeito da Política Nacional de Saúde no contexto do SUS. Visto que, o princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde - SUS, que deve garantir o atendimento a todas as pessoas, independentemente de raça, gênero, idade, condição social ou qualquer outra característica que em sua prática, ignora as desigualdades raciais vivenciadas por usuários negros (Brasil, 2023). Convém destacar que existem disparidades no contexto atual de Políticas Públicas no SUS. De acordo com o Ministério da Saúde, pesquisas apontam que mulheres negras enfrentam desigualdades no acesso à saúde e são menosprezadas no atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS. Aumentando a taxa de mortalidade materna entre mulheres negras evidenciando disparidades estruturais no cuidado obstétrico (Brasil, 2023).

Considerando a Portaria nº 1.459, de Junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e atenção integral à saúde da criança (Brasil, 2011). Contudo, deve-se analisar a experiência da mulher negra e o impacto colonial em meio as políticas públicas e programas sociais dentro do Sistema Único de Saúde - SUS. Embora o Programa Rede Cegonha seja considerado um avanço significativo na saúde materna do Brasil, é notável que não possui pluralidade eficaz em seus atendimentos frente as desigualdades raciais e às violações de direitos, que são velados de violência vivenciadas por mulheres negras. (Brasil, 2023)

Todavia, a universalização dos direitos assegurados pelo Programa da Rede Cegonha é baseada sobre práticas de cuidado que, muitas vezes, desconsideram os marcadores sociais da diferença, como raça, classe e gênero, sexualidade. De fato, a ausência de uma abordagem interseccional compromete a efetividade das políticas públicas, especialmente no que diz respeito à atenção obstétrica prestada às mulheres negras. De acordo com Akotirene (2018), interseccionalidade requer que sejam considerados em conjunto raça, classe social e gênero, sejam analisadas de forma articulada, sem estabelecer hierarquização entre as formas de opressão, pois esses fatores atuam de forma integrada na vivência social das mulheres negras.

Denota-se que, ao invisibilizar as marcas históricas da mulher negra durante o período colonial, como a hipersexualização de seus corpos e a brutalidade enfrentada nos partos desde então, o Programa Rede Cegonha reproduz uma aparente neutralidade institucional que, na prática, contribui para a perpetuação de desigualdades, especialmente de ordem racial. Essa omissão contraria os princípios da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a qual reconhece a equidade racial como elemento central para a efetivação do direito à saúde.

Dessa forma, evidencia-se uma falha entre políticas públicas governamentais, pois enquanto a PNSIPN propõe ações afirmativas e reparatórias com foco nas desigualdades raciais, a Rede Cegonha adota uma abordagem supostamente universalista, mas que, ao desconsiderar as especificidades da população negra,

acaba por reproduzir práticas discriminatórias. Já que, o racismo obstétrico, portanto, não se resume a episódios isolados de violência, mas constitui uma forma sistemática de desumanização, que afeta desproporcionalmente as mulheres negras nos serviços de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal. Aqui, Werneck (2016) chama atenção para o fato de que a mortalidade materna de mulheres negras, ainda hoje, representa uma tragédia anunciada, sustentada por um sistema que se recusa a reconhecer a vida dessas mulheres como digna de cuidado e proteção.

Portanto, para que políticas como a Rede Cegonha cumpram, de fato, o princípio da equidade, é imprescindível que integrem uma perspectiva antirracista, ancorada no reconhecimento das desigualdades históricas e estruturais que atravessam os corpos das mulheres negras. Isso implica não apenas mudanças nos protocolos de atendimento, mas também investimento na formação crítica dos profissionais de saúde, no fortalecimento de mecanismos de controle social e na escuta ativa das vozes historicamente silenciadas, emudecidas.

7. Considerações Finais

Portanto, a violência obstétrica deve ser entendida como continuidade de um projeto de dominação iniciado na colonização, o que muda são os espaços e os discursos, mas a lógica de exclusão e controle permanece. O sistema de saúde, que deveria acolher e proteger, muitas vezes age como reprodutor de práticas coloniais, perpetuando a ideia de que certos corpos não são dignos de cuidado integral e respeitoso.

Reconhecer essas raízes históricas é fundamental para que se possam construir práticas obstétricas verdadeiramente humanizadas e antirracistas. Isso implica no ajuste das políticas públicas, mas também na formação crítica de profissionais da saúde e na valorização da escuta das mulheres, sobretudo das negras. Como afirma Gonzalez (1984), é necessário romper com o mito da democracia racial e compreender que o racismo no Brasil é estruturante, sendo reproduzido inclusive no campo do cuidado.

Sendo assim, a construção de Políticas Públicas que respeitem e valorizem o protagonismo das mulheres sobre seu próprio corpo, sobre suas experiências e

desejos frente à maternagem é um passo ímpar para garantir que todos os corpos, independentemente de sua raça, etnia, sexualidade ou classe, sejam tratados com dignidade e respeito. A luta é contínua e a mobilização coletiva é fundamental para transformar a realidade das mulheres negras no Brasil, ao pressionar estruturas e instituições para a realização de um sistema de saúde que realmente atenda às suas necessidades e respeite suas vidas.

8. Referências

- AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatórios sobre desigualdades no acesso à saúde no SUS*. Brasília, DF, 2023.
- CRIOLA; SIQUEIRA, Lia Maria Manso (org.). *Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva 2020-2021*. Rio de Janeiro: Criola, 2021.
- DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- GOÉS, Emanuelle. Racismo obstétrico: uma análise interseccional. In: PIUCCO, Marina; CONCEIÇÃO, Jaqueline (org.). *Mulheres negras e racismo institucional*. Salvador: Ogum's Toques, 2020. p. 195-208.
- GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: _____. *Lugar de negro*. 1984.
- HOOKS, Bell. *Olhares negros: raça e representação*. São Paulo: Elefante, 2019.
- LEAL, Maria do Carmo et al. *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- MBEMBE, Achille. *Crítica da razão negra*. São Paulo: n-1 edições, 2024.
- MORAES, Camila de Freitas. Escrivivências da dor: racismo, solidão e aborto. *Editora Científica Digital*, v. 3, p. 71-82, 2023.
- PIEDEDE, Vilma. *Dororidade*. São Paulo: Nós, 2017.
- SARAIVA, Vanessa Cristina dos Santos; CAMPOS, Daniel de Souza. A carne mais barata do mercado é a carne preta: notas sobre racismo e violência obstétrica contra mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 2511-251, 2023.

SOARES, Elza. A carne. In: *Do cóccix até o pescoço* [CD]. Warner Music, 2002.

SOUSA, K. P. de et al. Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Saúde e Pesquisa*, v. 13, n. 3, p. 625-634, 2020.

WERNECK, Jurema. Saúde da população negra. In: BATISTA, L. E. et al. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.