

## **O PESO DO CORPO NEGRO FEMININO NO MERCADO DA SAÚDE: MULHERES, PROFISSIONAIS E FEMINISTAS EM SUAS PERSPECTIVAS**

ROSAMARIA CARNEIRO<sup>1</sup>

### **RESUMO**

O sistema público de saúde brasileiro tem por princípio a igualdade de acesso. No entanto, não são poucas as desigualdades em sua prática. Partindo da premissa de que surgem da hierarquização das diferenças entre os sujeitos, este artigo se dispõe a refletir sobre a importância da interseccionalidade entre raça, classe e gênero quando a temática é a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. Com esse foco, destaca-se como essa articulação analítica pode descortinar processos cotidianos discriminatórios. Para tanto, considera-se a etnografia de dois serviços de saúde de Brasília; entrevistas com gestores de saúde local e federal e a leitura de algumas feministas negras brasileiras e latino-americanas sobre o assunto. Dessa maneira, procura-se compreender como o corpo negro feminino é pensado pelas mulheres assistidas, pelos profissionais de saúde, gestores de políticas públicas e feministas negras.

**Palavras-chaves:** saúde, interseccionalidade, etnografia, política

### **THE WEIGHT OF THE FEMALE BLACK BODY IN THE HEALTH MARKET: WOMEN, PROFESSIONALS AND FEMINISTAS IN THEIR PERSPECTIVES**

### **ABSTRACT**

The Brazilian public health system is based on equality of access. However, there are not many inequalities in your practice. Based on the premise that they arise

---

1 Doutora em Ciências Sociais pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Brasil. Professora Adjunta III da Universidade de Brasília. Email: rosacarneiro@unb.br.

from the hierarchy of the differences between the subjects, this article is prepared to reflect on the importance of the intersectionality between race, class and gender when the subject is the sexual and reproductive health of the Brazilian women. With this focus, it is highlighted how this analytic articulation can reveal discriminatory everyday processes. For that, we consider the ethnography of two health services in Brasília; interviews with local and federal health managers, and the reading of some Brazilian and Latin American black feminists on the subject. In this way, it is sought to understand how the female black body is thought by the assisted women, health professionals, managers of public policies and black feminists.

**Key-words:** health, intersectionality, ethnography, politics.

## PRÓLOGO

*Era uma tarde de sexta-feira, como as que de costume passávamos na casa de parto. Estávamos, eu e uma estudante, praticamente nos despedindo, quando pelo corredor chega uma moça em uma cadeira de rodas, levada por uma profissional. “Ai meu pai, me ajuda! Me ajuda! Ai, ai, ai, ai que dor!”. Ela gemia e se contorcia na cadeira. Era jovem, negra, tinha os cabelos alisados e compridos, usava um short curto, uma blusa branca larga, chinelos e um esmalte vermelho já bastante descascado nas unhas do pé e das mãos. A barriga era pequena e, por isso, quando minha aluna me disse para esperarmos para ver o que aconteceria, primeiro, pensei: “Não é parto para hoje. É impossível”. Ela havia passado por uma consulta na casa de parto (CP) horas antes e, em tese, estava “tudo tranquilo”, salvo por uma anemia e pelas pouquíssimas consultas de pré-natal - o que havia feito com que a enfermeira, lhe dissesse da impossibilidade de dar à luz naquele espaço. No entanto, a moça havia retornado. Decidi entrar para me despedir depois de mais um dia de pesquisa de campo no local. Estava na recepção, quando então uma das técnicas passou e lhe perguntei se a moça estava parindo, já que minha aluna insistia para que esperássemos. E então, para minha surpresa: sim, estava parindo. Fui até a porta e de longe uma outra profissional me avistou. Quando me viu, comentou com a moça: “tem uma moça aqui na porta que pesquisa parto aqui conosco. Se você deixar ela entrar, ela pode segurar a sua mão. Você quer? Pode ser?” Marcella autorizou a minha entrada, dei-lhe minha mão e fiquei ao seu lado até o nascimento da criança. Foi um parto rápido, que trouxe*

*à vida, Manuela. Entre uma contração e outra Marcella me olhava fundo nos olhos e apertava com muita força minha mão. Estávamos somente nós - as enfermeiras, eu, minha aluna, a técnica, a parturiente e depois a menina recém-nascida. Marcella não conhecia nenhuma de nós. Deu à luz entre desconhecidas. Sozinha. Quando lhe perguntaram para quem ligar, quase não escutei a resposta. Mas ela, curiosamente, respondeu: “logo, logo, isso aqui estará lotado de gente. Todos virão me ver”. Depois de uma semana, voltamos para a CP e logo corremos ao prontuário. Para nossa surpresa e desconforto: Marcella havia sido removida da CP por conta de depressão pós-parto no dia seguinte. Segundo as enfermeiras, não recebeu nenhuma visita e passou a falar e caminhar sozinha pela CP, dizendo frases desconexas. Ficamos perplexas. Soubemos que Marcella tinha 30 anos, era o seu terceiro filho, era moradora de uma região rural próxima dali, “café sem troco”, que havia feito somente duas consultas de pré-natal e que, dos exames obrigatórios, só possuía as sorologias para HIV e sífilis. Marcella, uma mulher negra e jovem, foi, ao final, taxada de “louca”. Naquele dia, assim como no dia do parto, minha sensação era de incômodo diante da solidão daquela mulher. Foi um parto rápido, sem intervenções, mas embebido de solidão e abandono... Onde fica a ideia de humanização ou até onde pode ir? (notas do caderno de campo, maio de 2014)*

Marcella estava mesmo deprimida ou apresentava alguma desordem psíquica? Experimentou uma depressão pós-parto, ainda que carregasse todo o tempo a criança nos braços? Por que não recebeu visitas? Por que estava tão suja e anêmica? Estaria vivendo na rua? Onde estavam os outros filhos? Por que não quis telefonar para ninguém ao parir? Por que não realizou os exames de pré-natal: não teria dinheiro ou não haveria centro de saúde em sua localidade? Por que insistia em dizer que muitas pessoas viriam visitá-la? Parecenos impossível encontrar respostas para tantas perguntas e tampouco parece ser esse o propósito de quem faz antropologia. Podemos, porém, no limite, pensar sobre a solidão por ela vivida; no quanto nem sempre basta uma equipe adepta do parto natural para uma experiência positiva de parto; que um parto humanizado poderia

ser muito mais do que se pensa *a priori*; que o parto enquanto evento comporta inúmeras semânticas e que as particularidades vividas por mulheres jovens, pobres, sozinhas, negras e moradoras de regiões rurais, podem desenhar uma outra premissa de cuidado, para além da fisiologia ou da ausência de intervenções técnicas e farmacológicas.

Em um seminário sobre a pesquisa “Nascer no Brasil” da Fiocruz, realizado na Unicamp, em 2010, tomamos conhecimento, de maneira bastante informal, por meio da fala de uma pesquisadora negra de São Paulo, de que a mortalidade materna entre as mulheres negras é quase sete vezes superior à das mulheres brancas. Pouco tempo depois, de acordo a pesquisa de opinião da Perseu Abramo, “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados” (2010)<sup>2</sup>, sobre “violência no parto”, despontou o dado de que “quanto mais jovem, mais pobre e mais negra, mais violência no parto existiria”<sup>3</sup>. Se à essa época pesquisávamos as ditas “camadas médias” (VELHO, 1981), a saber, mulheres brancas e suas interpretações-práticas de parto, instigante era dar seguimento a essa pesquisa no SUS, entre mulheres negras, tentando compreender como essas mulheres percebem o parto; quais seriam os seus significados e de que maneira cuidam e têm os seus corpos cuidados pelos outros. Mas, sobretudo, de que maneiras ou por meio de que arranjos entre raça/cor e classe social adensariam (ou não?) a questão de gênero nas cenas de parto? Partilhando da perspectiva dos estudos sobre “marcadores sociais da diferença” (CARRARA, 2007; PISCITELLI, 2013 e 2008 e ZAMBONI, 2013) e interseccionalidade (CARNEIRO, 2009; BIROLI, 2015; BRAH, 2006 e CRENSHAW, 2002)? Essas inquietações, por fim, parecem nos ter inserido na cena recuperada no início deste artigo e mais especificamente em uma etnografia de uma casa de parto.

2 <https://nest.cienciassociais.ufg.br/n/35859-mulheres-brasileiras-no-espaco-publico-e-privado>

3 Para essa pesquisa foram usados os critérios de autotclassificação (espontânea) e depois também foram usadas as categorias do IBGE (estimuladas) (branco, indígena, pardo, preto e amarela), bem como questões sobre ascendência familiar (estimuladas). Para tanto, foram realizadas visitas domiciliares e empregados questionários estruturados. Desse modo, foram cotejadas classificações autotclassificação e heterotclassificação. Em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>.

Assim como Marcella, na casa de parto (CP), conhecemos e tivemos notícias de outras mulheres de regiões periféricas que, a despeito do discurso da humanização do parto, talvez escolhessem a cesárea ao invés do parto vaginal, caso lhes fosse ofertada a possibilidade; que pediriam por analgesia se o hospital tivesse o insumo e que se encontravam sozinhas no momento do parto - sem a doula<sup>4</sup>, a bola, a música ou o incenso, como ocorre nas experiências das adeptas do parto “mais natural” de camadas médias e altas no Brasil. Mulheres essas que, logo depois de parir, estavam, antes, preocupadas com dinheiro e com quem cuidaria de seus filhos enquanto estivessem trabalhando. Ou, então, que morreram ao parir, como aconteceu com Alyne<sup>5</sup>, no Rio de Janeiro.

De maneira bem diferente, durante as conversas em campo, poucas mulheres falavam sobre o parto em si, mas sobre uma totalidade de eventos nos quais o mesmo se via inserido. Entre elas, não era raro ver, por exemplo, nas salas de alojamento comum, os outros filhos, os mais velhos e nem tão mais velhos, cuidando dos irmãos recém-chegados, enquanto a mãe tomava banho e o pai estava fora, registrando o novo filho no cartório da Unidade Mista de Saúde.

---

4 Doula é geralmente uma mulher que oferece suporte emocional, afetivo e corporal para gestantes durante a gestação, o parto e o pós-parto. Não precisa ser necessariamente uma profissional de saúde, mas alguém que tenha experiência sobre gravidez, parto e amamentação. É uma figura cada vez mais comum e solicitada no universo do parto humanizado. Enquanto profissional atende não somente a mulher, mas o casal e a família envolvida nas cenas de parto. Para mais, ver [www.ando.org.br](http://www.ando.org.br)

5 O caso foi narrado do seguinte modo em um blog de mulheres negras: “Dois dias depois, voltou à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo (RJ) onde foi constatado que ela carregava um bebê morto. Não operaram Alyne. Induziram seu parto e só 14 horas depois de dar à luz a uma criança morta, Alyne foi operada para retirada da placenta. Já era tarde, a jovem já tinha hemorragia e vomitava sangue. Tentaram transferi-la para outra unidade médica. Mas Alyne teve que esperar oito horas pela ambulância e chegou ao Hospital Geral de Nova Iguaçu já em coma. A moça morreu cinco dias depois de buscar ajuda hospitalar pela primeira vez. (...) Negra, pobre e moradora de área periférica, a descrição de Alyne se encaixa perfeitamente com a minha. Sua imagem em preto em branco surgiu na minha mente dias depois de descobrir que estava grávida. O medo de um pré-natal no SUS, de não ter um atendimento respeitoso, de ter a minha saúde e a do meu bebê negligenciada fixou na minha mente o rosto daquela jovem de 28 anos como eu, grávida de seis meses como eu, negra, como eu”. (*Blogueiras Negras*, post, 24 de abril de 2014).

Ou quando, recorrentemente, não havia pai presente na cena. Em sua maioria, eram, aos nossos olhos, mulheres pardas ou pretas e pobres.

Nesse sentido, compreender essas possíveis interfaces foi o propósito da pesquisa “E a cor do meu corpo importa? Percepções de raça/cor no campo da saúde” (2012)<sup>6</sup>, que contou com a etnografia de dois serviços de saúde; com uma sequência de entrevistas com gestores do governo local e federal para a compreensão da criação e prática das políticas públicas dedicadas ao assunto e, por último, com uma observação flutuante, porque itinerante, em espaços virtuais de feministas negras brasileiras (*Criola, Géledes e Blogueiras Negras*). Vale dizer, entretanto, que nesse artigo consideraremos basicamente a primeira frente de investigação, o experienciado nos serviços de saúde.

### **RACIALIZAÇÃO NO BRASIL: NOTAS DE UM DEBATE INCONCLUSO**

Não são poucos os autores que têm pesquisado e escrito sobre os recentes “tempos de racialização” na sociedade brasileira (MAIO e MONTEIRO, 2005, 2010; MAIO e SANTOS, 2010; Trad et. al, 2012; Santos et. al, 2008; LAGUARDIA, 2004, e GUIMARÃES, 2011). Se a questão despontara de maneira mais intensa com a ideia de políticas de ação afirmativa na educação e na saúde, não é de hoje que se discute a questão racial de modo aliado à ideia de nação brasileira<sup>7</sup>. Na realidade, o que se tem feito nas últimas décadas é uma historicização do advento da ideia de raça como categoria política, bem como de sua defesa enquanto instrumental equalizador de diferenças sociais, ponto fulcral dos debates daqueles que se opõem à utilização do marcador racial.

---

6 Esse projeto de pesquisa está vinculado à Universidade de Brasília, sob minha coordenação como docente e é composto de projetos menores, entre ProICs e TCCs, que procuram explorar a interface raça, gênero e saúde sexual e reprodutiva em diferentes regiões e instâncias institucionais do Distrito Federal. Para tanto, conta com pesquisadoras bolsista e não-bolsistas, todas estudantes de graduação da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

7 Desde os clássicos como Gilberto Freire, Florestan Fernandes e Darcy Ribeiro até mais contemporâneos, para citar alguns: Guimarães, 2004, 2005 e 2011; Moutinho, 2004; Maggie, 2008 e Ribeiro, 2008.

Em que pese não ser o propósito central, pensamos ser interessante recuperar de que modo essa tal proposta chegou ao campo de estudos da saúde e como tem se apresentado ultimamente. Sabe-se que historicamente o Brasil partilhou do “mito das três raças” (DAMATTA, 2010) ou da imaginada “democracia racial”, por conta de enaltecer antes a mistura do que a pureza das raças. Nesse sentido, se, nos EUA, o negativado adviria da mescla racial, o racismo à brasileira viera ancorado na ideia de conservação social (DAMATTA, 2010, p. 42). Interessante é que, nas linhas de DaMatta, justamente por isso, entre nós, a ideia de raça teria se tornado “totalizante” e, por vezes, assemelhada à noção de “cultura ou de etnia” (2010, p.92).

Para Guimarães (2011, p.265), deparamo-nos com o embraquecimento social, principalmente, entre 1940 e 1970, quando grande parte da população se autodeclarava branca. Depois disso, a discussão racial teria caído em desuso também no Brasil, sobretudo, em razão do cenário pós-guerra no mundo: Holocausto, segregação no sul dos EUA e apartheid no sul da África. Segundo o sociólogo, o termo somente reaparece por volta de 1991, com a alteração da pergunta realizada pelo IBGE que, ao invés de ser, “Qual é a sua cor?” passa a ser “Qual é a sua raça/cor?”. Essa discussão teria, portanto, recuperado fôlego principalmente nas mãos do movimento negro no começo do século 20, denominado de “Movimento Homens de Cor” e depois, a partir dos anos de 1970, de Movimento Negro Unificado.

Para Guimarães (2011), a ideia de raça retorna recentemente como um “conceito nominalista”, para expressar algo que, não existindo, adquire força social efetiva. Enquanto conceito político, mais recentemente passou a agrupar no IBGE os que se declaram pretos e pardos como negros. Justamente por isso, a ideia de raça tem, em nossos dias, se demonstrado muito mais ampla do que a cor, passando não somente por outros traços físicos, mas também pela ideia de família, de ancestralidade e de cultura.

Para Quijano (2000), sociólogo peruano e um dos precursores do “pensamento decolonial”, a ideia de raça seria uma invenção no

interior de um sistema de classificação concebido à época dos processos de colonização. Nesse sentido, seria um mecanismo de controle, tecido entre os séculos 15 e 16 e atualmente ainda vigente, enquanto tática de “colonialidad del poder”, que, em última instância, seria uma construção ideológica suportada por uma “natureza biológica imaginada”.

No campo da saúde brasileira, ao que parece, a ideia de raça no começo do século 20 também teria operado como grade explicativa de diferenças sociais, à lá as teses de Nina Rodrigues, bem como teria justificado intervenções sanitárias, sobretudo, nos anos de 1950 e 1960, considerados como os “anos desenvolvimentistas”. Enquanto que, depois, na época da repressão política, teria sido privatizada e pouco teria se pensado a respeito da diferença de raças.

É nos idos anos da década de 1990, e como reflexo social, que a discussão sobre raça reaparece na saúde enquanto ferramenta analítica e categoria política, para que se passasse a pensar também sobre as desvantagens simbólicas/materiais vividas por negros brasileiros na seara do cuidado e do bem-estar. É no governo FHC, mas tão somente depois de muita pressão do movimento negro e, mais intensamente, das denúncias realizadas pelas feministas negras sobre esterilização no país e dilemas na saúde sexual e reprodutiva, que começa a existir um processo de “racialização positiva” (MAIO e MONTEIRO, 2005, p. 431) em nome de um conceito mais sociológico e menos biológico de raça/cor no país. Nessa época, é criado o Comitê Interministerial de Saúde da População Negra, bem como um Programa de Saúde para Anemia Falciforme (PAF), ações desenvolvidas depois da Marcha Zumbi dos Palmares em 1995 e do I Plano de Direitos Humanos para o Brasil em 1996. Nessa fase, também se inclui o quesito raça/cor nos formulários de saúde e, assim, começam a despontar a ideia das ditas “doenças negras, étnicas ou racializadas”.

Não obstante tais iniciativas, é somente após a Conferência de Durban, em 2001, na África do Sul, que o assunto ganha destaque e importância na agenda de governo federal, com a criação da Secretaria

Especial de Políticas e Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), em 2003. E por último, com a criação da “Política Nacional de Assistência Integral da Saúde da População Negra” (2009), texto no qual consta que a necessidade de tal política diferencialista ou de “ação afirmativa” se deveria a três motivos de agravo à saúde dessa parcela da população:

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferrosa, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses. (BRASIL, 2009. p.15, grifos nossos)

A categoria de raça negra, portanto, havia retornado como a soma das categorias censitárias de pretos e pardos, bem como através de uma política afirmativa. Muitos argumentam sobre os perigos dessa racialização política, no sentido de que acabe, contrariamente, reificando categorias evolucionistas e separatistas de outrora, bem como eliminando a diversidade existente entre pretos, pardos e negros ou, ainda, a possibilidade de autoclassificação para além de categorias rígidas e previamente dadas. Essas seriam as preocupações e críticas de autores negros como Hall (1992) e Gilroy (2010).

Nesse meio de campo, para Santos (2008) e para Ribeiro (2008), é papel do Estado a criação de políticas compensatórias. Para as autoras, tais políticas veem pautadas na “lógica complexa” da demanda por reconhecimento e necessidade de redistribuição, da qual nos fala Nancy Fraser (2006). Enquanto proposta, então, surgiram as políticas compensatórias com o crescimento da ideia de diversidade

e como decorrência de “um casamento necessário e imprescindível entre políticas universalistas e políticas públicas específicas, como as de ação afirmativa” (SANTOS, 2008, p. 919).

É justamente essa noção de equidade que parece reverberar nas políticas atuais de saúde que, ao partirem de um leque mais amplo de agravos para a saúde da população negra, pautam a necessidade de políticas ou de um cuidado específico com o “racismo institucional” e com os determinantes sociais desiguais de saúde entre brancos e negros no Brasil. Nesse sentido, a política nacional de saúde para a população negra parece vir amparada tanto em aspectos sociais, quando nos remete ao racismo institucional e às desigualdades sócio-econômicas, como também em aspectos fisiológicos e supostamente genéticos, ao mencionar uma maior propensão a determinadas doenças, como diabetes mellitus, anemia falciforme e hipertensão. Segundo o próprio texto dessa política, para o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2009, p.18)

Para Laguardia (2004, p. 211), no campo da saúde o debate sobre raça se vê dividido entre “reforçar mudanças necessárias para eliminar as desigualdades em saúde ou perpetuar uma noção reificada de ‘raça’, racializando indevidamente certas doenças”. Haja vista a possibilidade de uma pura biologização do debate e, assim, de seu empobrecimento. Diante desse cenário, o autor acredita que a ideia de raça deve ser fundamentada em “discussões aparentemente técnicas, tendo como base os aspectos biológicos, históricos e políticos que interagem na construção do conceito de ‘raça’ e sua utilização em distintos grupos sociais” (2004, p.199). O autor recomenda que a epidemiologia considere três pontos diante do assunto: o caráter polissêmico da ideia de raça; os aspectos históricos e sociais do termo e as dificuldades/importância de se fazer pesquisa em saúde com recorte racial. Tudo no sentido de evitar a pura naturalização da questão e por conta de entender que,

Ser negro não é, como sugerem esses modelos, geneticamente determinado, nem se define por certo tom de pele, por condições de vida individuais ou pela má escolha de um estilo de vida, mas sim por uma determinada posição em hierarquias sociais conjuntas de “raça” e classe, com a concentração desproporcional dos negros em todos os estratos mais baixos das classes sociais e, conseqüentemente, com sua discriminação racial (LAGUARDIA, 2004, p.211)

Laguardia lembra como a sífilis e a tuberculose já foram doenças racializadas ao longo de nossa história social, não por uma viés biológico, como poderia se esperar, mas por marcadores sociais que justificariam tais ideias.

Quanto ao parto especificamente, assunto deste artigo, tal política aponta para a taxa de mortalidade materna maior entre as mulheres negras, baixo peso ao nascer e hipertensão das gestantes. Vale dizer também que anteriormente, em 2005, já havia sido criado um capítulo relativo às mulheres negras na “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” e em seu “Plano de ação para 2004-2007”, no qual se reconhece que as negras contam com “maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças” (BRASIL, 2005, p. 7). Ou então a partir de uma premissa de que

... as causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial, fatores relacionados à dificuldade de acesso e à baixa qualidade do atendimento recebido e a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas (BRASIL, 2005, p. 11).

Se esse é o desenho da política no âmbito nacional, quando nos voltamos ao Distrito Federal é possível constatar que a política local de assistência à saúde da população negra se encontra em franca criação, ainda em expectativa de implementação, conforme algumas entrevistas realizadas com gestores e administradores de saúde em 2013. O órgão que realiza a articulação de tal política é a Secretaria

Especial de Políticas e Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) local ou distrital, que conta com auxílio e participação da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Estadual de Políticas para Mulheres, no sentido de tornar prático ou real no DF o propugnado no plano nacional de saúde da população negra<sup>8</sup>. Segundo o texto da política nacional, cada unidade da federação deve implementar sua proposta de acordo com as urgências locais de cada região. Da proposta de política do DF, por exemplo, constatamos que umas das ações é justamente mapear a saúde da população negra local, em termos de fragilidades e doenças ditas “prevalentes”, ou seja, realizar pesquisas que mostrem essa situação, e que há uma preocupação específica com a saúde da mulher negra e com a assistência ao parto das mulheres negras.

Se esse é, em breves tintas, o cenário macro-institucional atual, muitas parecem ser as suas frentes de problematização, como se pode perceber a partir dos dilemas instalados pelos “tempos de racialização” e de ponderações genéticas sobre doenças negras prevalentes. Todavia, não se pode negar, as altas taxas de mortalidade materna entre as mulheres negras e a violência nas cenas de saúde. Desse modo, interessa-nos perceber de que maneiras essas questões têm sido pensadas nas pontas do sistema de saúde e pelos movimentos feministas contemporâneos de mulheres negras.

### **NOS SERVIÇOS DE CUIDADO E DA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Para refletir sobre esses e outros pontos, uma parte da pesquisa foi desenvolvida em um centro de saúde de Ceilândia, região periférica no Distrito Federal, e outra em uma casa de parto da cidade. Escolhemos tais espaços por conta do interesse em discutir as pontas do sistema de saúde e por estarem localizados em áreas de moradia de camadas populares que fazem uso do SUS. Nesse sentido, parecia fazer sentido iniciar o trabalho de campo nas primeiras portas

---

8 Sobre essa questão, vale dizer que São Paulo foi um dos primeiros estados a pensar a prática da política nacional, mesmo antes de sua publicação. E já desde 2006 possui programas de ação nesse sentido.

de entradas do SUS, um centro de saúde – onde se realiza assistência primária a saúde (prevenção, promoção e baixa complexidade) e uma casa de parto, por conta do interesse no cotidiano da assistência do pré-natal, parto e pós-parto de mulheres negras, que foi, a bem da verdade, a mola propulsora da investigação. O critério de escolha se deveu também aos serviços estarem em regiões periféricas do DF, onde as pessoas recorrem muito mais ao sistema público de saúde e serem de fácil acesso aos pesquisadores, dada a rotineira presença em campo. Foram praticamente 12 meses de pesquisa de campo, realizada semanalmente em ambos os serviços, por de um grupo de pesquisadoras, composto por uma professora e seis alunas de cursos de graduação da área da Saúde, orientandas de iniciação científica e de trabalho de conclusão de curso.

Estar nesses ambientes nos proporcionava a possibilidade de nos aproximar das pessoas que buscavam cuidado e dos profissionais de saúde e, assim, de suas leituras e experiências da questão racial na saúde. Pelo que pudemos depreender, para a maior parte dos profissionais com os quais convivemos nesse período enfermeiras, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos, porteiros, médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas não haveria necessidade de um cuidado diferenciado para negros e negras que chegassem ao serviço de saúde. O interessante é que para justificarem suas respostas, recorrentemente, lançavam mão da Lei 8080/90 e do princípio de universalidade que norteia o atendimento do SUS no Brasil. Desse modo, afirmavam que nos locais pesquisados não havia diferenciação de raça: “aqui não tem diferença, todo mundo é igual. Se fizéssemos diferença, então, sim, seria racismo” (enfermeira do centro de saúde, notas de campo, 2013).

Em sua maioria, também disseram “tratar igualmente a todos”, importando para a diferença da assistência à saúde a questão do “risco de vida e gravidade da doença” e não a cor da pele. Dessa maneira, parecia prevalecer a leitura biomédica da doença e não a importância do marcador social de raça/cor. Essa prática pôde ser percebida, por exemplo, na distribuição para atendimento em hospitais ou centros de

saúde de senhas verde, amarela ou vermelha. O verde significa baixo risco de vida e, portanto, uma situação que pode esperar mais pelo cuidado, o que, de maneira oposta, não se configuraria nos casos de etiqueta vermelha. Essa sim, segundo os profissionais com os quais convivemos, parecia ser a grande diversidade encontrada entre as pessoas nesses espaços e não em razão da geração, gênero, classe social ou raça. Não haveria, assim, um tratamento diferenciado pactuado ou prescrito pela equipe em virtude de raça; e, caso houvesse, entenderiam essa experiência curiosamente como racismo.

No que tange à produção de conhecimento em saúde, por meio de formulários que contenham o quesito raça/cor, previsto desde 1997 por meio de uma resolução do Ministério da Saúde, na casa de parto não havia referência à raça/cor das mulheres que ali haviam parido ou passado por consulta de emergência em seus prontuários e/ou livros de registro. Diante desse dado, procuramos saber das enfermeiras a razão de sua ausência e/ou o que pensavam sobre o assunto. Um dia, em uma conversa longa com Isabele, uma das enfermeiras do local, escutamos que não interessava a mulher ser negra ou não para acompanhar o parto e que, por isso, nada havia nesse sentido nos registros. Segundo ela, estava ali para fazer o trabalho pela mulher, não importando se branca ou negra (notas de campo, 2014). Em outra situação, no corredor da casa de parto, quando também perguntada sobre a ausência do quesito raça/cor nos registros, Helena, outra enfermeira da equipe, nos dissera:

Não, não... aqui não há essa diferença e não seria preciso. Não entra no nosso protocolo de atendimento os casos de hipertensão [referindo-se às mulheres negras, depois de meu comentário sobre a pressão alta entre mulheres negras e possível importância de uma atenção diferenciada]. Então, nesses casos [mulheres negras] nem fica aqui, por isso que não aparece essa diferença [a questão racial] (Helena, enfermeira, casa de parto, notas de campo, 2013).

Vê-se, portanto, que no *front* do atendimento ou do cuidado importava mais a fragilidade ou a disfuncionalidade fisiológica, como

era mesmo de se esperar em situações de urgência, apresentadas por uma parturiente ou por um hipertenso que buscasse auxílio no centro de saúde. Essa seria uma diferença importante a ser observada. Vê-se assim a persistência da lógica do risco de vida e da universalidade de acesso ao sistema de saúde como o que alicerça a inexistência de um cuidado diferenciado e de situações de racismo em tais espaços de cuidado. Outro ponto a ser analisado.

Procurávamos por outras brechas saber de eventuais cenas de racismo no interior desses serviços e também das características daqueles que mais os buscavam: se brancos ou negros. Em que pese ao nossos olhos, grande parte da população que ali buscava cuidado fosse negra, aos olhos daqueles que ali trabalhavam não havia tal recorte, embora, segundo dados da CODEPLAN<sup>9</sup>, a maioria da população da Ceilândia e de São Sebastião seja negra. Quanto ao racismo no interior das instituições, na perspectiva de gestores dos serviços, como já era se de esperar, parece nunca ter existido. Porém, há que se pensar que dificilmente um trabalhador do local admitiria situações de racismo, bem como aqueles que ali buscavam cuidado, já que se viam na expectativa do mesmo e assim, um pouco a mercê das relações ali estabelecidas. Admitia-se, entretanto, o racismo em outros locais, que não ali. Sabia-se que acontece no Brasil, mas não naquele local.

Dos profissionais do centro de saúde, o único que mencionou existir racismo no interior da instituição foi um dos agentes de saúde, um dos poucos a também se auto-classificar como negro; enquanto os outros se autodeclararam como “moreno claro”, “moreno” ou “moreno escuro”. De maneira geral, as pessoas com as quais conversamos e convivemos acreditam que exista racismo na sociedade brasileira, acreditam que o Brasil é um país racista, embora o mesmo não ocorresse no interior dos locais pesquisados. Ou seja, o racismo aconteceria com os outros e em outros espaços. Ou então, chegam até a pensar que possa existir no centro de saúde, mas entre as próprias pessoas que

---

9 Para mais, <http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/294-pdad-2013.html>

procuram pelo cuidado e não na relação de um profissional com um paciente:

... já presenciei, foi aqui na frente da sala, de uma paciente com outra, uma mulher branca que já tinha sido atendida e eu pedi que ela retornasse. Quando ela voltou para a minha sala, a outra mulher gritou: ela está passando na frente só por que é branca! Houve um racismo da própria negra, mas dos médicos não. Nós tratamos todos iguais aqui.

(profissional de saúde, centro de saúde, notas de campo, 2013).

Há que se pensar que em um trabalho realizado no interior de uma instituição, sobretudo, uma instituição de saúde, carregará mesmo tais limites com relação à pesquisa, em virtude de nela circular uma lógica de dependência entre pacientes e profissionais de saúde e de hierarquia entre profissionais que trabalham no mesmo serviço. Por tal motivo, optamos por realizar conversas fora do centro de saúde, onde as pessoas se sentissem mais confortáveis para falar sobre o assunto, sem temer represálias – tais como a demora no atendimento ou a falta de atendimento. Em algumas conversas com pessoas que esperavam atendimento, realizadas nos bancos de espera do centro de saúde, casos de diferenciação no atendimento por conta de classe social, sexualidade e sujeira/limpeza das pessoas chegaram até a equipe de pesquisa:

... não sou racista!. Perguntei se ela observava outros tipos de diferenças no posto e ela comentou: Talvez... se a pessoa estiver com um cheiro desagradável eles podem tratar diferente, pode acontecer por conta da diferença de idade, com os idosos. Se vier alguém com roupas mais estranhas, “largadas”, o pessoal já olha diferente... Um gay, o pessoal olha diferente e fica comentando.

(paciente esperando por atendimento no centro de saúde, notas de caderno de campo, 2013)

De outra parte, parecia-nos curioso que agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde insistissem com veemência na ausência de racismo no cotidiano dos centros de saúde, mas, que também reconhecessem, em outros momentos, outras situações de discriminação. .

Ainda com relação aos profissionais, importa salientar que ao analisarmos a composição das equipes observamos a ausência de médicos ou médicas negros no centro de saúde ou na casa de parto; mas sua presença em funções consideradas hierarquicamente inferiores, geralmente entre as técnicas de enfermagem. Salvo pela presença de um médico cubano negro, responsável pelo Programa Estratégia da Família no centro de saúde de Ceilândia. Vale dizer que este médico viera pelo Programa Mais Médicos do governo federal e tinha inclusive uma leitura sobre raça, racismo e discriminação racial bastante diferente da brasileira, tendo salientado a inexistência de tais problemas em Cuba.

Podemos, então, perceber que a Política Nacional de Saúde da População Negra ainda não chegou ao centro de saúde e tampouco à casa de parto pesquisados, na medida em que praticamente nenhum profissional sabia da referida política ou de sua letra e proposta. A política é relativamente recente, de 2009, e carece de um plano operativo distrital, motivo pelo qual, talvez, ainda não faça parte do cotidiano da assistência primária à saúde nestes locais. Entretanto, por outro lado, tais questões abrem brechas para pensar sobre a “chegada” das políticas do Ministério de Saúde e de sua implementação real nos serviços de saúde, que vivem o dia-a-dia e as urgências da saúde local.

Seriam essas propostas pensadas em instâncias superiores e rapidamente transferidas às pontas do sistema? Como tem sido pensada a sensibilização dos profissionais de saúde para novos programas e políticas de saúde? Essas seriam questões a serem trabalhadas futuramente, mas que aqui figuram por conta de termos percebido que quase nenhum profissional sabia do que tratava a

política nacional de saúde destinada ao cuidado com a população negra brasileira.

### ELAS NOS CONTAM...

Em outro sentido, o contato com as pessoas que procuram pelo cuidado, pareceu-nos mais fácil e acessível, ainda que, como mencionamos, estejamos convencidas de que no interior do serviço de saúde nem tudo seja ou possa ser dito. Ao indagarmos sobre a existência de racismo nos espaços de saúde, uma das senhoras que esperava atendimento no centro de saúde, assim respondeu:

... às vezes a gente até acha que é, mas a gente não fala nada, né? As pessoas passam na frente das outras, dizem que estavam na frente, mas acho que é racismo. A gente não fala nada porque o atendimento já é ruim, se a gente reclamar, só piora... (jovem, autodeclarada negra, maio de 2014).

De maneira bastante semelhante aos profissionais, as pessoas que procuravam pelo serviço reconheciam a sociedade brasileira como racista e sabiam que o racismo configura um crime, mas não identificavam situações de racismo no centro de saúde: nunca haviam visto e nunca estiveram envolvidas, prevalecendo a ideia de que acontecia “com os outros e fora dali”. Sobre a presença de brancos e/ou negros no centro de saúde, as pessoas que procuravam os serviços, de maneira geral, afirmavam que, aos seus olhos, a maioria dos pacientes era parda, negra, morena. Entretanto, percebiam diferenciação no tratamento ou “discriminação de classe”. Ou então, compreendiam como racismo a discriminação proveniente da diferença de classe social e da raça/cor, de origens familiares ou traços fisiológicos:

As pessoas são tratadas diferentes se são mais simples, humildes. Aqui no posto a maioria é parda, é difícil ver

um totalmente branco. Mas os profissionais são maioria branca. Acho que a gente vê mais branco passando em concurso porque eles têm mais oportunidade que negros. (Josefa, autodeclarada morena, 57 anos).

Na saúde isso não existe não, eu nunca vi... Os pacientes aqui são mais negros. Acho que a população é mais morena. Assim, tem mais moreno, né? Agora que você perguntou, parei pra pensar... os profissionais são mais brancos... Não sei porque, não sei se é oportunidade ou estudo... Mas, acho bonito quando vejo um [negro] nesses cargos ai. Sabe aquele juiz lá? [Joaquim Barbosa] Ele é ótimo, é durão... Acho que ele ser negro faz ele ser assim, ele fica mais ativo que esses brancos ai ... (Maria das Graças, 60 anos, autodeclarada café com leite, 2014).

Percebemos, portanto, que o racismo aparece, sim, em seus registros de mundo e atravessa suas vidas, ainda que não seja simbolizado por meio dessa expressão específica, quando reconhecem que pessoas mais brancas têm mais chances de passar em concursos públicos, quando identificam que os profissionais são mais brancos e quando admiram um juiz que assume de maneira diferente seu cargo, justamente, por ser negro. Dessa forma, ainda que em resposta a perguntas diretas sobre racismo nos serviços de saúde não identifiquem o racismo nos serviços de saúde, as entrelinhas de suas respostas nos possibilitam pensar em outros sentidos ou manifestações de racismo ou reconhecer que no serviço há uma lógica de dependência que impede falas abertas sobre discriminação racial, a não ser entre os próprios pacientes. Sendo assim, reclamavam mais da demora no atendimento e da marcação de consultas, das filas, da falta de simpatia dos médicos e da ausência de medicamentos nas farmácias dos centros e saúde. Para outros tantos entrevistados, o serviço era satisfatório.

Um aspecto muito interessante, a ser destacado, tende a ser a pluralidade de categorias mobilizadas para autoclassificação pelas pessoas encontradas durante a investigação (café com leite, morena, morena clara, moreno escuro, entre tantas outras), ideia bem mais

ampla do que as cinco propugnadas pelo IBGE (preto, pardo, branco, amarelo e indígena). Nesses meses de pesquisa, tentamos desenhar de que modos abordaríamos a questão raça/cor durante o trabalho de campo: se por meio de autodeclaração; se por heteroclassificação (conforme as categorias do IBGE) ou se por meio da mescla de ambas as propostas, como recomendam uma gama de autores que pesquisam na área (SILVA, 1984, 1980; GUIMARÃES, 2011; 2003; SANSONE, 1996).

Em nossa equipe de trabalho, essa questão gerou muita reflexão e polêmica, sobretudo, porque estávamos entre uma maioria de jovens pesquisadoras negras, que questionavam a afirmação de inexistência de racismo no centro de saúde e o *modos operandi* de uma pesquisa de campo, que demanda, a priori, a valoração do “saber nativo” (GEERTZ, 2001). Em alguns momentos, percebíamos o incômodo proveniente das pesquisadoras quanto a autodeclaração das pessoas entrevistadas e o desafio de ultrapassar esse sentimento e refletir sobre os motivos para tais respostas. De maneira recorrente, em reuniões, as alunas e também pesquisadoras afirmavam que “aos seus olhos” aquelas mulheres ou homens eram negros (pardos ou pretos); mas na autodeclaração as pessoas afirmavam ser morena claro, morena, amarela ou branca. A reflexão sobre tais situações foi um exercício árduo e muito produtivo sem que nos apegássemos cegamente à autoclassificação, observando a necessidade de procurar descortinar tais afirmações de raça/cor em suas relações com os outros marcadores sociais. Ou seja, em que medida a interseccionalidade entre raça/cor, geração, sexualidade, gênero e classe social nos ajudaria a compreender como as pessoas se autodeclaravam?

Optamos por trabalhar com as duas frentes de classificação: a auto-declaração espontânea (não dirigida pelas categorias do IBGE) e a percepção das pesquisadoras em campo sobre raça/cor nos serviços de saúde (conforme as categorias do IBGE), sem querer comparar ou buscar verdades, mas usar ambas as frentes no sentido de complexificar

afirmações tanto de um lado como de outro e, assim, refletir sobre o racismo dito e não dito.

Depois de algumas tentativas de abordagem do assunto junto as pessoas entrevistadas, optamos por perguntar pela cor e não pela raça, termo bastante distante do cotidiano das pessoas entrevistadas nos serviços; porque em campo ao perguntar sobre raça ou “qual é a sua raça?”, algumas pessoas respondiam que “raça é coisa de cachorro” ou que não sabiam do que estávamos falando.

raça é tudo igual, é tudo animal.

(mulher-paciente no centro de saúde, autodeclarada morena)

raça para mim é coisa de bicho.

(mulher-paciente no centro de saúde, autodeclarada morena clara)

o sangue é tudo igual, tudo o mesmo. O sangue e a alma é um só, mas a alma do negro é ainda mais branca do que a do branco.

(mulher-paciente no centro de saúde, notas de campo, 2013-2014)

Indagar pela cor nos possibilitou uma miríade de interpretações de si mesmo: morena, morena clara, morena, escura, encardida, café com leite, preto, cor clara, parda ou amarela. Essas categorias, por vezes, apareciam relacionadas e hierarquizadas umas em relação as outras, sem que tenhamos identificado um critério ou lógica de organização, mas que, em certas ocasiões, eram distantes das classificações do IBGE, consideradas “oficiais”:

... não me dirijo a ninguém como “negro”, uso “neguinho” ou “café preto” ou “café com leite” para qualquer pessoa. Tem gente que fala “tição”, mas eu não falo. “Negro” não, porque pode ofender, pode achar que estou criticando.

Eu falo “moreno”. Por que tem essa lei aí (racismo é crime) agora. (homem-paciente no centro de saúde, autodeclarado moreno, notas de campo, 2013).

Vemos, no entanto, como “negro” nesse caso é equiparado a “moreno”, só que não poderia ser dito. Esse movimento nos faz refletir sobre a auto-declaração moreno/moreno escuro/claro e em sua proximidade com a ideia de “negro” do IBGE, ou em como não pode ser dita, mas está ali equiparada. Vê, assim, de modo relacional, como a atribuição da cor vem nuançada, mas aponta para o reconhecimento de si como “negro”/ preto ou pardo. Em última instância, figura como o não-branco, emaranhado em nossos 3 mitos fundantes como apontado por Languardia (2004).

Em outra frente, durante esses meses de campo, pudemos perceber também que a auto-declaração pode vir por meio do contraste entre aquele que pergunta e o que responde. A percepção da nossa cor, por parte das pessoas entrevistadas, funcionava em alguns momentos como o ponto a partir do qual a pessoa se definia, por contraposição ou semelhança, no que pode ser chamado de “colorismo”,

Você não é negra, você é só um pouco mais escura que eu. Negro é aquele bem escuro mesmo. (homem-paciente no centro de saúde, notas de campo, 2014).

Mas, não somente a pele determinava a cor das pessoas que ali encontramos, os cabelos, nariz e bocas largos também operaram como critérios a partir dos quais as pessoas se definiam ou definiam aos outros como negros: “O meu filho é branco, mas tem o cabelo sarara sarará, da família do meu marido” (mulher-paciente no centro de saúde, notas de campo, 2013). A pertença a uma família de negros ou de descendente de negros também inseria algumas pessoas entre negros/negras, ainda que nela não fossem identificadas características físicas que pudessem delimitar sua raça/cor.

Na minha família, sou filha de mulher branca, com homem negro, tenho avó do Piauí e família no Maranhão. Cabeça pequena e cabelo enrolado. Mas se você me perguntasse a

minha raça acho que diria amarela. (mulher-paciente no centro de saúde, autodeclarada amarela, notas de campo, 2013).

... é morena, mas o cabelo não é ruim porque casou com um homem branco. (mulher-paciente no centro de saúde, autodeclarada morena, notas de campo, 2013).

Foram bastante recorrentes as situações em que as pessoas encontradas nos serviços de saúde se identificavam como negras, morenas ou pardas a partir de suas famílias, mães e avós, demonstrando a relevância do pontuado por Laguardia (2004) sobre como fazer pesquisa sobre raça no campo da saúde e considerar a sua dimensão étnica, no sentido de ancestralidade, de grupo cultural

Para que possamos apreender as múltiplas facetas desse conceito e suas implicações nos gradientes de saúde das populações, é importante incluir nas pesquisas em saúde uma discussão acerca da relevância da coleta de dados sobre “raça” e etnicidade, uma definição das categorias utilizadas, como elas serão analisadas e a mensuração de possíveis confundimentos. No que concerne à coleta dos dados sobre “raça”, deve-se combinar diferentes estratégias, tais como a autoclassificação do entrevistado com questões abertas e fechadas (categorias predefinidas), a classificação do entrevistado por atribuição do entrevistador (categorias predefinidas), bem como a inclusão de questões abertas e fechadas sobre etnicidade (LAGUARDIA, 2004 p. 220).

Em campo apareceu também uma ideia bastante política da noção de raça, ou então uma apropriação política da mesma. Ou ainda uma significação de si mesmo como negro/negra em razão do que as políticas públicas de reconhecimento têm gerado em termos de valorização e de possibilidades de acesso a direitos sociais. Vimos, especialmente, que filhos ou filhas de muitas das pessoas com as quais conversamos haviam ingressado na universidade pela política de cotas e que, ao ingressarem, retornavam para o ambiente familiar

a importância do reconhecimento de si como negros/negras no Brasil contemporâneo.

... hoje em dia é melhor dizer que é negro, pois assim consegue espaço. Minhas filhas estão na UnB por cotas. Eu me sinto negra, depois das cotas. Põe logo negra. (Dona Maria, paciente no centro de saúde, notas de campo, abr. 2014).

No que tange ao conhecimento da política nacional de saúde da população negra, as pessoas que encontramos no centro de saúde e as mulheres encontradas na casa de parto, assim como os/as profissionais, desconheciam totalmente o texto e, em consequência, seus direitos ou especificidades de atendimento destinados as pessoas negras no Brasil a partir dessa política pública. Praticamente nada sabiam sobre atendimento diferenciado ou doenças prevalentes entre negros e negras. Especificamente para as mulheres, as queixas recaíam sobre a solidão e o isolamento no momento de dar a luz nos hospitais do Distrito Federal: “não pode ter acompanhante porque não cabe na sala de parto e no alojamento comum”; “você fica sozinha ou com um monte de mulher gritando”. Enquanto que na casa de parto, e, por isso, a procuravam, “te respeitam e te tratam bem” e a mulher poderia ser acompanhada durante todo o processo do parto (mulher-paciente na casa de parto, notas de campo, 2013/2014).

Vimos que as mulheres temiam muito a solidão e os maus-tratos perpetrados, por vezes, pela equipe do hospital ou, às vezes, pela própria lógica da instituição. Solidão essa vivida de maneira angustiada por Marcella, citada no começo do texto. Solidão e maus-tratos dos quais padecem muitas das mulheres que geralmente dependem do SUS e vivem nas periferias, como os locais por onde estivemos. Solidão e maus-tratos esses que, portanto, segundo dados estatísticos brasileiros, dizem-nos da cor da pele ou dos traços dessas mulheres – como bem demonstra a pesquisa da Perseu Abramo, de 2010, citada anteriormente

As mulheres que encontramos na casa de parto, em geral, ali estavam porque o serviço estava perto de suas casas e não porque buscavam uma experiência natural de parto, humanizado ou qualquer outro termo. Estavam ali simplesmente para parir, “para ganhar o nenê”, como suas mães e avós fizeram, quando nem existiam as casas de parto, e preocupadas com questões de outra ordem, como a economia doméstica, o cuidado com a casa e a necessidade de voltar ao trabalho. Algumas, inclusive, se pudessem, gostariam de ter vivido uma cesárea, uma possibilidade inexistente nas casas de parto, por acreditarem que “dói menos” (notas de campo, 2014).

Outras, entretanto, na mesma esteira das que reclamavam de solidão e maus-tratos nos hospitais, ali, nas casas de parto, estavam para serem chamadas “pelo nome”, como também identificou Hirsch (2014) no RJ em sua tese de doutorado em uma casa de parto do Rio de Janeiro. Como apresenta a autora, algumas mulheres preferem as casas de parto em razão de ali “serem chamadas pelos nomes” e, assim, sentirem-se pessoas, pouco importando a presença ou não de médicos e de uma outra configuração dos serviços, aspectos que poderiam pesar no caso de mulheres de camadas médias. Nesse sentido, do que pudemos depreender, pouco parece importar a atenção diferenciada às mulheres negras e essas pouco parecem pleitear um cuidado diferenciado em nome da equidade racial, mas sim, o que parece lhes importar é a singularidade espacial do serviço, poder estar com sua família no local e dia do parto, ser chamada pelo nome, receber carinho e cuidados. Todos aspectos que faltam as mulheres brasileiras, negras, de camadas populares e que dependem do sistema público de saúde para serem assistidas no momento de seu parto.

Em que pese desconhecem a política e as particularidades no cuidado com mulheres negras ao parir, que, em tese, estão mais propensas a desenvolverem diabetes tipo II e ter hipertensão, o que nos contam essas mulheres; é que as que parem no SUS e que padecem da desigualdade social, critérios que relacionados entre si, constituem a experiência de uma parcela da população que também

experimenta a discriminação racial. São as mulheres que recebem menos analgesia, as que são consideradas poliqueixosas e as que geralmente estão sozinhas, como Marcella, nas cenas de parto. Essas são, nessa somatória, também as mulheres negras brasileiras. Ou ao menos são características que as desenham.

### A GUIA DE CONCLUSÃO

Marcella foi considerada deprimida e instável por andar e falar sozinha pelos corredores da casa de parto no dia seguinte de seu parto. E se fosse uma mulher branca, seria considerada e tratada do mesmo modo? Não são poucas as mulheres negras que afirmam não serem tocadas ou examinadas no pré-natal ou em consultas médicas de ordem geral. E se fossem mulheres brancas, seriam consideradas e tratadas do mesmo modo? Um grupo razoável de mulheres negras afirma não receber analgesia no SUS no momento do parto, por escutarem dos profissionais que elas são fortes e resistentes. E se fossem mulheres brancas, seriam consideradas e tratadas do mesmo modo?

Se considerássemos somente o olhar dos profissionais de saúde e a premissa de que “a uma saúde é uma só” (notas de campo, 2014), a tendência seria responder que não faria diferença ser branca ou negra para todas as perguntas. Se levássemos em conta as falas das mulheres e das pessoas encontradas nos serviços de saúde etnografados, talvez contasse muito mais Marcella não ter permanecido na casa de parto e ter sido enviada para outro hospital, onde não seria mais chamada pelo nome e receberia um tratamento frio e distanciado. Se olhássemos, entretanto, a perspectiva das feministas negras, tomaríamos em todos os casos a questão racial como baliza ou ponto de partida importante para responder a todas as questões, como aliás têm feito muitas frentes feministas negras existentes.

Essa era a crítica das feministas negras na década de 1980 ao feminismo branco, que, em tese, havia essencializado a ideia de

mulher, tanto no corpo quanto na noção de mulher branca, sem ponderar a respeito da diversidade entre as mulheres. Foi justamente, por isso, que as feministas negras passaram a dizer ser impossível de se reconhecerem enquanto sujeitos da experiência e de direitos sem que, a um só tempo, raça, classe e gênero se comunicassem e compusessem uma interface a não ser separada.

Em nosso caso, ao tomarmos o vivido por Marcella e, portanto, nos inserirmos em uma discussão sobre as relações existentes entre raça, gênero e classe social a partir da assistência ao parto, ainda que indiretamente acabamos por contornar discussões, já de algum tempo, sobre políticas de Estado, nação, violência e controle dos corpos femininos negros. Um debate que acompanha quase *pari passu* as ideias sobre brasilidade, raça, mestiçagem e um projeto nacional.

Entre as feministas que pensam sobre essas relações, poderíamos aqui mencionar Lélia Gonzales (1988), Lugones (2008) e Lopez (2013), que escrevem justamente sobre a representação da mulher negra a partir de sua sexualidade, em um projeto que articula imperialismo/colonialismo, poder, epistemologia e invenção de gênero e de raça como estratégias modernas de controle. Nesse registro, as autoras sustentam que as mulheres negras foram exploradas e violadas porque comparadas a animais, hipersexualizadas e perigosas; algo que se viu em discursos de controle, mas que persiste em pleno século 21, como se denota do seguinte trecho de uma etnografia realizada no Rio de Janeiro em uma maternidade pública,

(...) aqui atendemos populações carentes. Eles são como animais, não fazem planejamento, não fazem pré-natal. Essas mulheres têm filhos, mas não é uma coisa prazerosa, como os seres humanos, é como cachorrinhos, como animais; elas têm filhos não sei por quê, para agradar os maridos; elas não têm cultura, não têm discernimento, não têm consciência (COROZACSS, 2009, 246)

A argentina Maria Lugones (2008), aponta fragilidades no pensamento de Anibal Quijano por conta da ausência do recorte

de gênero em sua leitura sobre a configuração da América Latina. Nessa esteira, a imposição de uma ideia de raça mais marcadamente sobre um gênero (o feminino) a ser explorado e violentado, seria a bem da verdade, uma invenção colonial, moderna e eurocêntrica de consequências de violência epistemológica e controle social. Por isso, segundo essa autora, faz-se necessária uma análise de mundo interseccional, tanto das experiências quanto das próprias pessoas, posto que “la interseccionalidad revela lo que no se ve cuando categorías como género y raza se conceptualizan como separadas unas de otra. La denominación categorial construye lo que nomina” (LUGONES, 2008. p. 81). Junto de Lugones, encontramos Lopez (2013, p. 45), com seus estudos sobre os movimentos de mulheres negras uruguaias e outro estudo que anuncia a importância da interseccionalidade como ferramenta de compreensão, como uma estratégia política e como maneira de se aproximar do que chama de “corpo colonial” – ideia que coadunaria uma corporeidade transnacional e a ser pensada em toda América Latina.

Para os nossos propósitos, a potencialidade desse tipo de interpretação é justamente desvelar processos de discriminação e violência raciais antes pouco vistos ou sobrepostos por outras violências, como é o que se anuncia, por vezes, da relação entre classe social e raça ou de classe perante o gênero e, assim, sucessivamente.

Com isso, o que queremos dizer é que uma análise interseccional da experiência de Marcella, uma mulher pobre, sozinha, jovem e negra, parindo sozinha e depois considerada deprimida, talvez pudesse nos dizer mais do que simplesmente a ideia final de que se trata de uma mulher que viveu uma depressão pós-parto. De mesmo modo, as situações de campo aqui recuperadas ou passagens em que o racismo é invisibilizado podem receber outras leituras quando se adota uma leitura relacional e interseccional, como a que tem sido incitada por feministas contemporâneas, que defendem a relevância dos marcadores sociais da diferença e do estudo de seus ajustes caso a caso.

Se assim fosse, casos, como o que abre essas páginas, poderiam ter outras abordagens de cuidado e estratégias de acolhimento e mulheres como Marcella poderiam ter uma outra leitura de si mesmas e por parte dos profissionais. A abordagem interseccional possibilitaria que as pesquisas sobre raça no campo da saúde ou das ciências sociais fossem capazes de considerar a dimensão biológica=política de toda a questão, escapando de armadilhas que ora nos prendem a ideia da biologia, ora na ideia de política/cultura.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, Luis Eduardo et. al (org.). *Saúde da população negra*. RJ: DP et Alii Editora Ltda, 2012.

BIROLI, Flavia e MIGUEL, Luis Felipe. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. In: Londrina: *Mediações UEL*, 2015. 22-55p.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. In: *Cadernos Pagu*, 26), janeiro-junho de 2006: pp.329-376.

BRASIL. *Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Atenção à Saúde das Mulheres Negras*. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.

BRASIL. *Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da População Negra*. Ministério da Saúde, 2009.

CARNEIRO, Rosamaria. Da invisibilidade do caso Sirlei Dias de Carvalho: um estudo interseccional da violência(s) contra a(s) mulher(es). In: *Revista Actas Scientiarum*. UEM. 2008, pp. 137-45.

CARRARA, Julio. CARRARA, Sérgio; SIMOES, Júlio Assis. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 28, 2007.

COROSSACZ, Valeria Ribeiro. *O corpo da nação*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

CRENSHAW, Kimberlé. Encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas* (10), no 1, Florianópolis, UFSC, 2002, pp.171-188.

DAMATTA, Roberto. *Relativizando. Uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Rocco, 2010.

- FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas de justiça numa era pós-socialista (trad. Julio Simões). In: *cadernos de campo*, São Paulo, n. 14/15, p. 1-382, 2006
- FERNANDES, Florestan. *A Integração do Negro na Sociedade de Classe*. São Paulo, Ática, vol. 1, 1978.
- Clifford Geertz. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Tradução de Vera Mello Joscelyne. Petrópolis, Vozes, 2001, 366 pp
- GILROY, Paul. *O atlântico negro*. São Paulo: Editora 34, 2001.
- GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. Como trabalhar com “raça” em sociologia. *Educ. Pesqui.* (29), no1, 2003, pp.93-107.
- GUIMARÃES, Antonio Sergio. *Preconceito Racial: modos, temas e tempos*. São Paulo, Editora Cortez, 2008.
- . “Raça, cor, cor da pele e etnia”. In: *Cadernos de Campo*. 20, 2011, pp. 265-273.
- GONZALES, Leila. A importância da organização da mulher negra no processo de transformação social. *Raça e Classe*. (5): 2, nov./dez. 1988.
- HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2002.
- HIRSCH, Olivia. O parto “natural” e “humanizado”: um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia PUC-Rio, 2014.
- LAGUARDIA, Josué. O uso da variável raça na pesquisa em saúde. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2):197-234, 2004.
- LOPEZ, Laura Cecilia. A mobilização política de mulheres negras do Uruguai: considerações sobre interseccionalidade de gênero, raça e classe: In: *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 2013, pp.
- LUGONES, Maria. Colonialidad y Género. In: *Tabula Rasa*. Bogotá - Colombia, No.9: 73-101, julio-diciembre 2008.
- MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura (org.) *Raça como questão. História, Ciência e Identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Faperj, 2010.
- MCCLINTOCK, Anne. *Imperial Leather. Race, Gender and Sexuality in the Colonial Contest*. New York, Routledge, 1995.
- MAGGIE, Yvone. Pela igualdade. In: *Revista de Estudos Feministas*, vol. 16, 3/2008, pp. 897-912

- MONTEIRO, Simone. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: Monteiro, Simone. & Sansone, Livio (orgs). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. RJ: Ed. Fiocruz, 2004.
- MONTEIRO, Simone e MAIO, Marcos Chor. Tempos de racialização: o caso da saúde da população negra brasileira. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 419-46, maio-ago. 2005.
- MOUTINHO, Laura. “Raça”, sexualidade e gênero na construção da identidade nacional: uma comparação entre Brasil e África do Sul. *Cadernos Pagu* (23), Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero- Pagu/Unicamp, 2004d, pp.55-88.
- PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura* (11), no 2, 2008, pp.263-274.
- . Atravessando fronteiras: teorias pós-coloniais e leituras antropológicas sobre feminismos, gênero e mercados do sexo no Brasil. *Contemporânea* (3)- Revista de Sociologia da UFSCar, São Carlos-SP, UFSCar, 2013, pp.377-405.
- QUIJANO, Anibal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y America latina. In: *Colonialidad del Saber, Eurocentrismo y Ciencias Sociales.* , Buenos Aires: Clacso Unesco, 2000, p. 201-246.
- . Colonialidad, modernidade/racionalidade. In: *Perú Indígena*, 1991, vol. 13, 29:11-29.
- RIBEIRO, Matilde. Mulheres negras: uma trajetória de criatividade, determinação e organização. In: *Revista de Estudos Feministas*. UFSC, vol. 16, 3/2008, pp. 987-1004.
- SANTOS, Sales Augusto et. al. Ações afirmativas: polêmicas e possibilidades sobre igualdade racial e o papel do Estado. In: *Revista de Estudos Feministas*. UFSC, vol. 16, 3/2008, pp. 913-930.
- TRAD, Leny et. Al. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. In: *Revista de Saúde Pública*, 2012;46(6):1007-13
- VELHO, Gilberto. *Nobres e Anjos. Um Estudo de Tóxicos e Hierarquia*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas Editora, 1998. 214 pp.
- SANSONE, Livio. Nem somente preto ou negro. O sistema de classificação racial no Brasil que muda. In: *Afro-Asia*, 1996. pp. 165-187.
- ZAMBONI, Marcio. A sessão de desenho de modelo nu: produção artística e marcadores sociais da diferença. *Sexualida, Salud Sociedad* (15), Rio Janeiro, 2013, no15, pp.62-85.