

AS IMPLICAÇÕES DO RACISMO NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES NEGRAS DIANTE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

*Emanuela Nunes Duarte*¹

*Leticia Raquel Oliveira*²

*Nadija Raissa Do Nascimento*³

*Tamires Lima Cardoso*⁴

*Renata Vilela Rodrigues*⁵

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar como a violência obstétrica impacta a saúde mental de mulheres negras, evidenciando sua relação com o racismo estrutural. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa, com análise documental dos documentários de domínio público “Irô – Violência obstétrica contra mulheres negras” e “A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras”, que apresentam relatos diretos das vítimas. A partir da análise interseccional desses materiais, observa-se como práticas racistas e discriminatórias se manifestam no atendimento obstétrico, afetando a subjetividade, a autonomia e o bem-estar emocional dessas mulheres. O estudo demonstra que a violência obstétrica ultrapassa o âmbito individual, configurando-se como uma expressão de desigualdades estruturais que atravessam gênero, raça e classe. Verifica-se que o racismo institucional e o controle sobre a maternidade das mulheres negras resultam em negação de direitos, desumanização e sofrimento psicológico, com impactos diretos sobre a saúde mental e a dignidade feminina. Assim, a violência obstétrica é uma forma de violência física, simbólica e psicológica, que reforça hierarquias sociais e legitima a desvalorização de determinadas vidas, evidenciando a necessidade de práticas obstétricas humanizadas, equitativas e antirracistas.

Palavras-Chaves: Racismo; Saúde mental; Mulheres negras; Violência obstétrica; Interseccionalidade.

ABSTRACT

This article aims to analyse how obstetric violence impacts the mental health of Black women, highlighting its connection with structural racism. The research adopts a qualitative approach, conducting a documentary analysis of the publicly available documentaries “Irô – Obstetric Violence Against Black Women” and “Repressed Pain: Obstetric Violence and Black Women”, which present direct testimonies from victims. Through an intersectional analysis of these materials, it is possible to observe how racist and discriminatory practices manifest in obstetric care, affecting the subjectivity, autonomy, and emotional well-being of these women. The study demonstrates that obstetric violence transcends the individual sphere, constituting an expression of structural inequalities related to gender, race, and class. It is evident that institutional racism and the control over Black women’s motherhood lead to the denial of rights, dehumanisation, and psychological suffering, with direct effects on mental health and female dignity. In this way, obstetric violence constitutes a form of physical, symbolic, and psychological abuse that reinforces social hierarchies and legitimises the devaluation of certain lives, highlighting the urgent need for obstetric practices that are humane, equitable, and anti-racist.

Keywords: Racism; Mental Health; Black Women; Obstetric Violence; Intersectionality.

¹Acadêmica de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande

²Acadêmica de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande

³Acadêmica de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande

⁴Acadêmica de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande

⁵Docente de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo geral compreender os impactos da violência obstétrica na saúde mental de mulheres negras, analisando como as práticas de abusos se interligam à reprodução do racismo estrutural, a partir da análise de documentários. Para tanto, fundamenta-se em uma abordagem qualitativa, utilizando a análise documental de produções audiovisuais que trazem relatos e vivências de mulheres negras vítimas de violência obstétrica. Esses testemunhos diretos evidenciam não apenas a recorrência dos abusos sofridos, mas também como tais experiências impactam profundamente a subjetividade e a saúde mental dessas mulheres.

Além disso, mais especificamente, este artigo identifica os fatores que contribuem para que a violência obstétrica funcione como um elemento social e político que acentua desigualdades como as de gênero, classe e raça. Bem como, analisa o sofrimento psicológico de mulheres negras que enfrentam violência obstétrica e investiga a função dos profissionais da saúde, sobretudo da Psicologia, no apoio às mulheres negras que sofrem essa violência e na superação de práticas racistas.

O debate sobre raça, racismo e discriminação racial é inadiável e inevitável, sendo um tema bastante discutido em diversos campos, como a sociedade, gestores públicos, partidos políticos e meios acadêmicos. No entanto, o problema do combate ao racismo, sobretudo no Brasil, não está na ausência de leis que punem quem comete o crime de racismo, mas no racismo estrutural, que representa um obstáculo à inclusão de pessoas negras em instituições públicas e privadas, tanto no mercado de trabalho quanto nas escolas e universidades, além de perpetuar práticas de violência (Ribeiro, 2019).

Diante do exposto, o racismo nesta nação é considerado crime, conforme prevê a Lei nº 7.716/1989, que estabelece punições para atos de discriminação por raça ou cor. Em 2021, o Supremo Tribunal Federal (STF) equipara o crime de injúria racial ao de racismo, tornando-o imprescritível, ou seja, suscetível de punição a qualquer momento. A injúria racial difere do racismo por ser um desrespeito direcionado a uma pessoa por meio de palavras ofensivas, enquanto o racismo envolve um ato discriminatório contra um grupo.

Apesar de um histórico de estudos aprofundados sobre o tema e de medidas como leis, campanhas, programas governamentais e movimentos antirracistas, os esforços para combater o racismo neste país ainda não são tão eficientes como deveriam. De acordo com a filósofa Djamilia Ribeiro (2019), a desigualdade racial sistêmica enfraquece a aplicação dessas ações, tornando o combate ao racismo um processo difícil.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2017 p. 24) destaca que,

O racismo funciona como um organizador das desigualdades materiais e simbólicas no

Brasil, estruturando relações de privilégio para o grupo racial branco e colocando a população negra em posições de desvantagem social, econômica e política ao longo da história.

Em todas as sociedades em que houve o fim do trabalho escravo (como, por exemplo, o Brasil e os Estados Unidos) a integração do negro nas sociedades pósescravistas se deu da mesma forma: após o fim do trabalho escravo, a integração da população negra ocorreu em condições de marginalização e subalternidade. O sistema das sociedades escravistas coloniais posicionava o negro escravizado na base da pirâmide social, vivendo sob condições precárias que não eram experimentadas pelos demais. Com o término da escravidão, houve uma mudança na estrutura das classes sociais, mas a lógica de exploração permaneceu: novas relações de classe foram estabelecidas, contudo, os grupos que eram explorados no sistema anterior continuaram a ocupar posições de vulnerabilidade e exploração no novo modelo de produção.

Portanto, mesmo depois da abolição da escravização, ainda existem formas sutis e explícitas de manter a desigualdade estruturada. A opressão por raça se intersecciona com outras formas de distinções, como gênero e classe, afetando diretamente a posição social das pessoas negras. De acordo com Collins e Bilge (2016), a interseccionalidade é uma importante ferramenta analítica oriunda de uma práxis-crítica em que raça, gênero, sexualidade, capacidade física, status de cidadania, etnia, nacionalidade e faixa etária são constructos mútuos que moldam diversos fenômenos e problemas sociais. Essa definição descreve o principal entendimento da interseccionalidade, ao saber, que, em determinada sociedade, em determinado período, as relações de poder que envolvem raça, classe e gênero, por exemplo, não se manifestam como entidades distintas.

O racismo se manifesta nas instituições, nas políticas públicas e nas relações cotidianas, funcionando como um mecanismo que perpetua historicamente as hierarquias raciais. O CFP (2017) enfatiza que essa estrutura de opressão histórica não se limita às formas visíveis de discriminação, mas atravessa diferentes aspectos da vida da população negra, tornando-a mais vulnerável a múltiplas formas de violência e exclusão social.

Conforme argumenta Scott (1989), o conceito de gênero pode ser entendido como uma categoria de análise que abrange dimensões históricas, culturais e políticas, permitindo explorar as relações de poder presentes em diferentes sistemas de gênero e suas interseções com outras categorias como raça, classe e etnia, além de considerar a possibilidade de transformação desses sistemas. Da mesma forma, Kimberlé Crenshaw (2002) enfatiza que o gênero representa uma das primeiras formas de exercício de poder sobre os corpos, embora não seja o único fator constitutivo da identidade.

No contexto brasileiro, a violência contra a mulher está profundamente ligada a processos

históricos de dominação e apropriação social, legitimados por dispositivos legais da época. Ao abordar especificamente a violência sofrida por mulheres negras, destaca-se a importância de aprofundar o debate racial para avaliar a efetividade das legislações sobre o tema, sendo fundamental considerar as condições sociais marcadas pelo racismo que impactam essas mulheres.

Deste modo, o gênero coloca a mulher negra em uma situação de maior vulnerabilidade e probabilidade de sofrer racismo. Essa violência se manifesta de forma ainda mais intensa, configurando-se como mais uma expressão da hierarquia racial institucional, e se apresenta por meio de agressões verbais, físicas ou sexuais. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS), afirma que a violência obstétrica que invade os corpos negros está permeada pelo racismo estrutural, revelando como injustiças históricas e sociais atravessam o cuidado à saúde, sendo caracterizada por atos que desumanizam o processo reprodutivo das mulheres, resultando na perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres.

É notório que práticas racistas dentro da sociedade amplificam essa violência de várias maneiras, podendo destacar que, mulheres negras enfrentam dificuldades no acesso a cuidados de saúde de qualidade. As características socioeconômicas e a raça/cor têm determinado experiências distintas entre os grupos raciais, mulheres e homens negros são avaliados em menor tempo em consultas com profissionais de saúde (Saraiva; et al, 2023).

Se tratando de dados estatísticos, o Ministério da Saúde (2022) recomenda seis consultas de pré-natal, porém, apenas 56% das mulheres negras atingem esse número mínimo, enfrentando ainda inúmeras dificuldades como pré-natal com menor número de consultas e exames, maior violação da garantia do direito da mulher ao acompanhante no parto, pior relação com as/os profissionais de saúde nos hospitais-maternidade e menor satisfação com o atendimento recebido, o que contribui para a perpetuação das problemáticas citadas anteriormente.

Diniz (2005) considera que pesquisas como a deste artigo podem dar visibilidade as disparidades raciais durante o atendimento obstétrico e nos cuidados relacionados a saúde mental dessas mulheres, promovendo visibilidade quanto a necessidade de ações coerentes que tornem o atendimento justo e igualitário. Portanto, este artigo contribui diretamente para a identificação das particularidades da violência obstétrica sofrida por mulheres negras, permitindo a criação de políticas públicas mais inclusivas e sensíveis às necessidades dessa população e de como essas ações impactam em sua saúde mental negativamente, com aumentos do nível de stress, ansiedade e depressão, por exemplo.

A partir do debate acerca do racismo e da saúde mental de mulheres negras, este estudo

investiga a seguinte problemática: Quais são os impactos do racismo na saúde mental de mulheres negras diante da violência obstétrica? Para responder a essa questão, inicialmente foi analisado como o racismo e a violência obstétrica se interligam a partir da perspectiva da interseccionalidade, permitindo compreender como gênero, classe e raça estruturam experiências desiguais de cuidado.

Destacamos que a violência obstétrica funciona como um mecanismo social e político que acentua desigualdades de gênero, classe e raça, mostrando que não se trata apenas de falhas individuais no atendimento, mas de práticas que limitam o protagonismo das mulheres negras em seus próprios corpos e impactam sua saúde mental.

Em seguida, observamos o sofrimento psicológico das mulheres negras, evidenciando que experiências de desrespeito, silenciamento e negligência geram traumas significativos, ampliando os efeitos do racismo institucional sobre o bem-estar emocional. Nessa perspectiva, analisamos o papel dos profissionais de saúde no apoio às mulheres negras, ressaltando que práticas de acolhimento, escuta ativa e combate ao racismo institucional são fundamentais para reduzir os impactos psicológicos da violência obstétrica, promovendo saúde mental e empoderamento.

Dessa forma, a análise evidencia que o racismo estrutural ao atravessar o cuidado obstétrico, contribui diretamente para o sofrimento psíquico das mulheres negras, reforçando desigualdades e comprometendo seu direito à autonomia e a um atendimento digno.

2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SAÚDE MENTAL: QUANDO O PARTO FERRE E SILENCIA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), a violência obstétrica pode manifestar-se de várias formas, incluindo abusos verbais, restrição da presença de um acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa na administração de analgésicos e violência física, entre outros. A OMS (2014) destaca que mulheres solteiras, adolescentes, de baixo poder aquisitivo, migrantes e de minorias étnicas são as mais vulneráveis a sofrer abusos, desrespeito e maus-tratos.

Enquanto isso, o conceito de racismo obstétrico, cunhado por Dána-Ain Davis (2019), refere-se à sobreposição entre violência obstétrica — entendida como uma forma de violência de gênero — e racismo institucional presente nos serviços de saúde. A autora identifica sete dimensões dessa prática: falhas diagnósticas, negligência e desrespeito, provocação intencional de dor, coerção, rituais de degradação e abuso médico. As falhas diagnósticas expõem mãe e bebê a riscos evitáveis; a negligência e o desrespeito comprometem a dignidade da mulher; a provocação intencional de dor reforça a crença de que o sofrimento é inerente ao parto; a coerção

suprime a autonomia da gestante; e os rituais de degradação e abuso médico reafirmam hierarquias e preconceitos de gênero e raça. Essas condutas refletem um padrão de dominação reprodutiva sobre pacientes negras, frequentemente influenciado por estereótipos raciais que interferem no diagnóstico e nas condutas clínicas.

Os estereótipos, segundo Stangor e Lange (1994), podem ser compreendidos como conjuntos de características atribuídos a determinados grupos sociais. No contexto da escravidão brasileira, Sonia Giacomini (1988) aponta que mulheres escravizadas enfrentavam penalizações adicionais durante a gravidez, maternidade e amamentação, pois eram cobradas a manter o mesmo nível de produtividade que os homens, acumulando funções tanto nas plantações quanto na casa-grande. A negligência dos senhores em relação à reprodução escrava resultava em punições duplas para essas mulheres, independentemente do sexo, já que a força física era considerada uma característica inerente à raça negra (Davis, 2016). Assim, o discurso dominante reforçava a superioridade branca ao desumanizar as mulheres negras, reduzindo-as a objetos e negando-lhes atributos tradicionalmente associados ao feminino, como sensibilidade e fragilidade. Dessa forma, consolidou-se o estereótipo da mulher negra como alguém de personalidade forte e resistente, ideia que ainda persiste nos dias atuais.

De acordo com a pesquisa de base populacional “Nascer no Brasil” (2014), a violência obstétrica, embora possa atingir mulheres de diferentes perfis, incide de forma desproporcional sobre as mulheres negras, revelando desigualdades estruturais no cuidado pré-natal e no parto. O estudo demonstra que mulheres negras têm 62% mais chances de receber acompanhamento pré-natal inadequado, 23% de não estabelecer vínculo com a maternidade, 67% de vivenciar ausência de acompanhante durante o parto e 33% de enfrentar peregrinação em busca de atendimento.

Ademais, enquanto procedimentos como episiotomia (incisão cirúrgica feita no períneo enquanto a paciente está ativamente fazendo força para facilitar o parto, usando tesoura ou bisturi), analgesia peridural (técnica de bloqueio da dor que consiste na injeção de anestésicos e/ou opioides no espaço peridural da coluna vertebral) e cesariana eletiva (parto cirúrgico que é previamente agendado) são mais comuns entre mulheres brancas com maior escolaridade. Enquanto isso, cerca de 49% das episiotomias realizadas em mulheres negras ocorrem sem anestesia local, evidenciando práticas que configuram racismo obstétrico e a naturalização da dor de mulheres negras no contexto reprodutivo.

É importante destacar que a episiotomia de rotina não é mais recomendada devido aos efeitos adversos associados ao procedimento, como dor perineal, dispareunia e disfunção sexual. A Organização Mundial da Saúde recomenda seu uso restrito. Embora alguns defendam a episiotomia de rotina para prevenir lacerações graves, estudos mostram que nem todas as mulheres

sofrem trauma perineal significativo durante o parto vaginal, e o uso rotineiro da episiotomia expõe as pacientes a incisões cirúrgicas desnecessárias e suas complicações.

No Brasil, aproximadamente 60% das mortes por causas obstétricas ocorrem entre mulheres negras, sendo a maioria evitável mediante assistência adequada. Essa realidade evidencia como o racismo institucional limita o acesso à atenção integral à saúde e compromete a equidade nos serviços, resultando em piores indicadores de qualidade para mulheres negras em comparação às brancas. Assim, o enfrentamento do racismo nas instituições de saúde torna-se essencial para a garantia de condições dignas de vida e saúde a todas (BRASIL, 2018; nascer no Brasil, 2014; Davis, 2019).

Nesse contexto, ao pensar o debate sobre racismo, saúde mental e violência obstétrica, torna-se pertinente lembrar que segundo o conceito ampliado pelo Ministério da Saúde, a saúde mental não é algo isolado, mas também influenciada pelo ambiente ao nosso redor. Isso significa que deve-se considerar que é resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, ou seja, possui características biopsicossociais. É possível notar que há uma clara inter-relação entre saúde, condições de vida e as relações sociais que se estabelecem e se desenvolvem ao longo da vida. Ainda, a garantia do direito constitucional à saúde inclui o cuidado à saúde mental. É um dever do Estado brasileiro, que tem a responsabilidade em oferecer condições dignas de cuidado em saúde para toda a população. No Brasil, a política de saúde mental se pauta em princípios como a desinstitucionalização, o cuidado em liberdade e os direitos humanos.

Diante do exposto, a violência obstétrica traz impactos psicológicos específicos à saúde mental das mulheres, que desenvolvem um medo significativo do sistema de saúde, levando-as a evitar consultas médicas e exames importantes devido às experiências marcantes vividas, pois como aponta Diniz (2005), a violência obstétrica é uma expressão das desigualdades de poder no sistema de saúde, resultando em práticas desrespeitosas e abusivas que comprometem a confiança das mulheres na assistência médica. Além disso, a relação com a própria parentalidade pode ser prejudicada, resultando em dificuldades emocionais e cognitivas no cuidado dos filhos, é essencial que a sociedade compreenda a extensão desses impactos para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e intervenção (Menezes et al., 2019).

A falta de conhecimento e a não denúncia da violência obstétrica perpetuam um ciclo prejudicial, silenciando as vítimas e permitindo que essas práticas desumanas continuem a ocorrer, sendo assim é fundamental promover a conscientização sobre esse tipo de violência, incentivando a denúncia, a formação profissional ética e a implementação de políticas públicas que protejam os direitos durante a gestação, no momento do parto e após.

Ademais, é pertinente destacar que esta pesquisa pode servir como empoderamento das

mulheres negras, dando voz e destacando a importância de fazer a denúncia sobre a violência obstétrica e trazendo a compreensão sobre seus direitos durante sua gestação e puerpério, e de como isso também pode afetar a saúde mental por situações traumáticas vividas, trazendo à luz uma reflexão acerca da necessidade de mudanças sociais e culturais. Esse desafio requer a colaboração de profissionais de saúde, gestores públicos, acadêmicos e da sociedade para garantir uma assistência ao parto digna, respeitosa e livre de violência (Katz et al., 2020).

Segundo Diniz (2005), a violência obstétrica reflete desigualdades estruturais e desrespeito aos direitos das mulheres, o que reforça a importância de abordar suas consequências para a saúde mental e física das mulheres negras, compreender esses impactos é essencial para a construção de políticas que garantam uma experiência de parto mais humana e segura.

3. RACISMO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: INTERROGANTES À PSICOLOGIA

A trajetória da comunidade negra no Brasil e no mundo é caracterizada por uma luta contínua contra a desigualdade, a resistência contra essa opressão se manifestou de várias formas, incluindo a formação de quilombos, que foram fundamentais na luta contra o sistema escravagista. A escravidão foi oficialmente abolida no Brasil em 1888, mas a população negra já havia vivido sob esse regime por mais de três séculos. Mesmo após a abolição e o reconhecimento das violações sofridas, a exclusão social e a falta de acesso a recursos continuaram a ser uma realidade para muitos (Silva, 2015).

O racismo não apenas perpetua, mas também intensifica as vulnerabilidades, criando barreiras significativas ao exercício pleno dos direitos e à atenção às necessidades básicas, sendo o principal determinante social em saúde para a população negra, visto que neste contexto se incluem fatores políticos, sociais, econômicos e culturais que atuam diretamente também sobre a questão de saúde (Barbosa, 2021).

A Nota Técnica nº 25/2025 do CFP orienta que a atuação da psicologia deve ser crítica, ética e comprometida com os direitos humanos, contemplando o acolhimento qualificado, a escuta sensível e a promoção da equidade racial e de gênero. Para além da clínica, é necessário atuar politicamente, fortalecendo redes de proteção, políticas públicas e estratégias de enfrentamento ao racismo (Conselho Federal de Psicologia, 2025).

Entretanto, é importante reconhecer que, historicamente, a Psicologia posicionou-se como cúmplice do racismo, ao produzir conhecimentos que o legitimaram e ao validar cientificamente estereótipos raciais infundados. Isso ocorreu por meio de teorias eurocêntricas e discriminatórias, que tomaram como padrão uma realidade branca e ocidental, desconsiderando a diversidade

sociocultural do Brasil (Conselho Federal de Psicologia, 2017).

Esse legado histórico reflete-se ainda hoje nos desafios da formação profissional, que em grande parte não inclui disciplinas voltadas à cultura africana, afro-brasileira e às relações raciais, o que limita a compreensão crítica sobre o racismo e suas implicações subjetivas. Além disso, as instituições de ensino e os espaços profissionais da Psicologia ainda carecem de representatividade negra, o que reforça desigualdades e invisibiliza perspectivas plurais sobre o sofrimento psíquico.

Somado a isso, muitos(as) profissionais ainda ignoram o contexto histórico e racial das pessoas atendidas, restringindo o sofrimento psíquico a dimensões individuais e descolando-o das violências estruturais que atravessam a experiência de ser negro(a) no Brasil. Assim, torna-se urgente que a Psicologia reconheça seu papel histórico, reconstrua suas práticas com base em uma perspectiva antirracista e contribua ativamente para a promoção da justiça social e da equidade racial.

O enfrentamento da violência obstétrica racista exige o reconhecimento de que o racismo institucional se manifesta também nos serviços de saúde, impactando diretamente o cuidado oferecido às mulheres negras. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2017), o racismo institucional pode ocorrer mesmo sem a intenção explícita de discriminar, manifestando-se em práticas e estruturas que produzem efeitos desiguais entre diferentes grupos raciais. No caso da atenção obstétrica, isso se revela na negligência, na desumanização e no tratamento desrespeitoso direcionado a mulheres negras, que muitas vezes têm suas dores e necessidades ignoradas durante o parto.

Uma das principais estratégias para o enfrentamento a discriminação institucional, é o diagnóstico das práticas prejudiciais nas instituições. O CFP (2017) orienta que esse diagnóstico pode ser feito por meio da análise dos perfis raciais dos funcionários, do acesso aos cargos de chefia e da forma como os serviços são oferecidos à população. É importante verificar se as políticas e projetos levam em conta a diversidade racial e se há espaço para a participação de pessoas negras nas decisões. Esse tipo de levantamento permite identificar desigualdades e traçar um plano de ação para democratizar as relações dentro das instituições.

Outra medida importante é a sensibilização e formação de profissionais para reconhecer e combater o racismo institucional. No contexto da saúde e da Psicologia, isso significa criar espaços de reflexão sobre os próprios preconceitos e sobre o papel das(os) profissionais na reprodução ou no enfrentamento do racismo. De acordo com o CFP (2017), o enfrentamento exige um compromisso ético e político com a promoção da igualdade racial. A Psicologia, por sua natureza voltada para o cuidado e a escuta, pode contribuir significativamente nesse processo,

ajudando a transformar as relações de poder e o modo como o sofrimento das pessoas negras é compreendido e acolhido.

Nesse contexto, compreender o racismo institucional é essencial para o combate à violência obstétrica contra mulheres negras. Essa forma de violência não ocorre de forma isolada, mas é sustentada por uma lógica institucional que desvaloriza corpos negros e legitima práticas de desrespeito e negligência no atendimento à saúde. A Psicologia tem papel fundamental nesse enfrentamento, pois pode atuar como ferramenta de resistência e transformação, oferecendo suporte emocional, promovendo o empoderamento e estimulando práticas de cuidado humanizado e inclusivo.

Por fim, políticas públicas como o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, criado pelo Ministério da Saúde em 2004, e a Rede Cegonha, implantada em 2011, representam importantes avanços. O Pacto Nacional busca reduzir mortes evitáveis durante a gestação, parto e puerpério, com ênfase na equidade racial e na formação de profissionais sensíveis às desigualdades estruturais. Já a Rede Cegonha tem como objetivo garantir atenção integral e humanizada à mulher e à criança, assegurando o direito ao parto digno, ao acompanhante e ao respeito à autonomia da gestante. Ambas as políticas, quando efetivamente implementadas, contribuem para o enfrentamento do racismo institucional, promovendo a reconstrução simbólica e subjetiva das mulheres negras e assegurando-lhes o direito ao cuidado respeitoso, à escuta e à plena humanidade (BRASIL, 2004).

4. METODOLOGIA

O artigo é de abordagem qualitativa, com análise documental dos documentários de domínio público "Irô – Violência obstétrica contra mulheres negras" e "A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras", que apresentam relatos diretos das vítimas. Conforme o trazido por Godoy (1995), a pesquisa qualitativa tem um papel reconhecido entre as diversas formas de estudar fenômenos que envolvem seres humanos e suas complexas relações sociais em diferentes contextos. Os estudos qualitativos possuem características específicas, sendo que um fenômeno é compreendido de maneira mais profunda no contexto em que ocorre.

Essa categoria oferece estruturas úteis para estudo sobre violência obstétrica, principalmente no que se trata de compreender experiências vividas e significados atribuídos por mulheres negras. Neste caso, nossa metodologia contou com a análise de documento como o documentário "Irô", sob a direção de Sheila Campos, e "A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras", de Mariana Sales de Oliveira, abordando o principal assunto de violência obstétrica

e os impactos que causam na saúde mental dessas mulheres.

Esse tipo de análise deve ser realizado de forma integrada, onde o pesquisador busca captar o fenômeno a partir das perspectivas das pessoas envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Diversos tipos de dados são coletados e analisados para entender a dinâmica do fenômeno. Embora a pesquisa qualitativa parta de questões amplas, que vão se esclarecendo ao longo da investigação, ela pode ser conduzida por diferentes caminhos, conforme destaca Godoy (1995).

Enquanto isso, Goldenberg (1997) destaca que a pesquisa qualitativa foca no aprofundamento da compreensão de um grupo social ou organização, em vez de se preocupar com a representatividade numérica. Pesquisadores que adotam essa abordagem se opõem à ideia de um modelo único de pesquisa para todas as ciências, argumentando que as ciências sociais possuem especificidades que requerem uma metodologia própria.

Ainda, Silveira e Córdova (2009) acrescentam que as características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar; precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências. Assim, por analisarmos e investigarmos a incidência de violência obstétrica na população negra por meio da análise dos documentários supracitados, foi utilizado o método de pesquisa documental, definido como:

A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão etc. (Fonseca, 2002, p. 32).

Deste modo, para a realização deste artigo, a análise de documentários se dá como metodologia principal. Documentários são uma rica fonte de dados qualitativos, permitindo uma compreensão mais profunda das experiências vividas pelas mulheres negras. Através da análise do conteúdo de narrativas e depoimentos presentes nestas obras cinematográficas, foi possível analisar padrões de violência obstétrica e seus efeitos na saúde mental das mulheres negras. A escolha pelos documentários “Irô – Violência obstétrica contra mulheres negras” e “A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras” se justifica pela capacidade desses materiais de capturar a realidade de forma autêntica, proporcionando uma visão abrangente das experiências das mulheres negras.

Para seleção deste material, traçamos como critérios de inclusão documentários que tragam relatos de violência obstétrica, sejam protagonizados por mulheres negras, estejam em língua portuguesa e sejam de domínio público. Não entraram neste artigo documentários que não sejam protagonizados por mulheres negras, não estejam disponíveis em língua portuguesa e não sejam de domínio público.

Considerando que este artigo foi realizado por meio de análises documentais de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução N° 510, de 7 de abril de 2016, que dispensa apreciação ética para estudos que não envolvem contato direto com participantes humanos nem coleta de dados identificáveis. É importante destacar que a análise documental, numa perspectiva qualitativa, se configura em um procedimento que utiliza técnicas específicas para a apreensão e compreensão de variados tipos de documentos e que adota para o processo de seleção, coleta, análise e interpretação dos dados Junior, (2021).

Deste modo, entende-se que esta metodologia seja de baixo risco, porém esses riscos estão relacionados à ética na pesquisa e à qualidade dos dados obtidos. A ideia de analisar documentários como IRÔ - Violência Obstétrica contra mulheres negras e A dor reprimida: Violência Obstétrica e mulheres negras traz grandes benefícios ao artigo. Depois de selecionados os documentários, foi realizada a transcrição literal de ambos e, a partir dessa análise, foi possível perceber algumas diferenças importantes.

O documentário A dor reprimida apresenta relatos de mulheres negras em situação de vulnerabilidade financeira, que narram experiências de violência obstétrica vividas em diferentes etapas como pré-natal, parto e puerpério. Além das quatro mulheres entrevistadas, a obra também traz a visão de três profissionais da saúde, das quais as falas contextualizam e reforçam o ponto estrutural do problema. Um aspecto relevante é que os nomes das entrevistadas não aparecem ao longo da narrativa, surgindo apenas nos créditos finais.

O documentário IRÔ também constrói sua perspectiva baseada nos relatos de mulheres negras que sofreram a mesma forma de violência, mas nesse caso as participantes apresentam diferentes idades, realidades socioeconômicas e trajetórias culturais, salientando que embora a vulnerabilidade financeira agrave a exposição a práticas desumanizantes, o fator racial permanece central na reprodução desse tipo de violência. A comparação entre os dois documentários, mostra que a violência obstétrica atravessa tanto mulheres negras em contextos de maior vulnerabilidade social quanto as que mesmo com acesso a serviços de saúde mais estruturados, continuam expostas a práticas de negligência.

Segundo Lüdke e André (1986), o uso da Análise Documental é apropriado quando o

interesse do pesquisador é estudar o problema a partir da própria expressão dos indivíduos, ou quando há problemas de acesso aos dados. Ao optar por esta metodologia, é necessário atentar-se aos riscos, como ressaltam Guba e Lincoln (1981), afirmando que os documentos podem não representar fielmente os fenômenos pesquisados, já que não foram criados para investigações e, em número limitado, dificultam inferências precisas. É ressaltado também acerca da interpretação inadequada dos documentos, o que pode comprometer a objetividade e a validade das conclusões do trabalho. outra desvantagem é a possível falta de objetividade e a validade questionável dos documentos, já que eles são produtos de processos sociais e humanos, sem garantia de que os dados apresentados sejam completamente confiáveis. É de suma importância analisar a autenticidade dos documentos e a credibilidade das fontes. No entanto, esses riscos podem ser evitados com uma postura ética e rigorosa ao coletar, analisar e apresentar os dados dos documentos, sempre respeitando a precisão das informações e a confiabilidade das fontes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O documentário “A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras” é resultado do Trabalho de Conclusão de Curso da jornalista Mariana Sales de Oliveira, sob orientação da professora Graciela Natansohn, na Universidade Federal da Bahia. Trata-se de um trabalho que dá voz a dores historicamente silenciadas, trazendo à tona a realidade da violência obstétrica vivida por muitas mulheres no Brasil, sobretudo as mulheres negras e de periferia.

Embora essa violência possa ocorrer com qualquer mulher, os relatos apresentados reforçam que ela é ainda mais frequente entre mulheres negras e de periferia, em razão das desigualdades sociais e do racismo estrutural presentes no sistema de saúde. As formas de violência variam desde a desconsideração da dor e maus-tratos verbais até procedimentos invasivos realizados sem consentimento, negligência e hostilidade no atendimento.

No decorrer da obra, os depoimentos não apresentam a identificação imediata das participantes, pois os nomes das quatro mulheres entrevistadas e das três profissionais da saúde aparecem apenas nos créditos finais. Essa ausência de identificação dificulta a associação entre cada fala e sua respectiva participante ao longo do documentário. Dessa forma, nesta pesquisa, não foi possível nomeá-las individualmente. Optamos, portanto, por designá-las da seguinte maneira: para as mulheres, utilizamos “Participante 1”, “Participante 2”, “Participante 3” e “Participante 4”; e, para as profissionais da área da saúde, empregamos “Profissional da área da saúde 1”, “Profissional da área da saúde 2” e “Profissional da área da saúde 3”.

As entrevistadas, em seus relatos neste documentário, revelam não apenas a violência

sofrida, mas também as marcas emocionais e físicas deixadas por experiências que deveriam ser acolhedoras e seguras. Já as profissionais entrevistadas contribuem apontando e demonstrando o modo a violência obstétrica está enraizada em práticas naturalizadas, em hierarquias de poder no ambiente hospitalar e no atravessamento das questões raciais e de classe.

Portanto, “A dor reprimida” cumpre um papel social de extrema relevância ao articular experiências pessoais e análises técnicas, humanizando dados que muitas vezes ficam restritos a estatísticas. O documentário denuncia a urgência de um debate público sobre a forma como mulheres negras e periféricas são tratadas durante a gestação e o parto, e provoca uma reflexão sobre a necessidade de transformação do modelo de cuidado obstétrico no Brasil.

O curta-metragem “IRÔ – Violência obstétrica contra mulheres negras” é uma produção realizada na Escola de Cinema Social Cine Braza, com direção geral de Sheila Campos e roteiro de Marisa Ribeiro. A obra possui aproximadamente 30 minutos, parte da perspectiva de três mulheres negras que, em diferentes idades, níveis socioeconômicos e trajetórias de vida, compartilham suas vivências em torno da gestação, do parto e do acompanhamento pré-natal. O título IRÔ, palavra originária do Benin, significa “meu bebê, minha criança” e, no contexto do documentário, remete também ao valor simbólico da vida, do cuidado e daquilo que nos é mais importante.

As participantes compartilham suas histórias com diferentes pontos de vista: desde a jovem negra que enfrentou o julgamento social de uma gravidez precoce até a mulher que, mesmo tendo acesso a serviços de saúde considerados mais qualificados, reconhece-se como uma exceção em meio a um sistema que, em sua maioria, não acolhe com o mesmo cuidado. Essa diversidade de perfis evidencia que a vulnerabilidade financeira intensifique a exposição à violência obstétrica, o fator racial permanece determinante.

O documentário também enfatiza os diversos impactos dessas experiências. Ao contrário do mito de que a dor do parto é esquecida quando se olha para a criança, as entrevistadas mostram que a lembrança da violência persiste, marcando-as com tristeza, insegurança e desconfiança em relação ao sistema de saúde. Trata-se de uma dor que não se encerra no momento do parto, mas que se prolonga na memória, na autoestima e na forma como essas mulheres percebem seus próprios corpos.

Diante dos fatos apresentados, a obra revela que aquelas em situação de maior vulnerabilidade financeira ficam ainda mais expostas à desumanização: consultas rápidas, ausência de escuta, falta de recursos para escolher maternidades de referência ou pagar por atendimento mais humanizado. Essa desigualdade econômica, somada ao racismo estrutural e ao machismo, contribui para que a violência obstétrica se torne uma experiência cotidiana e

silenciosa para grande parte das mulheres negras brasileiras.

A partir da análise interseccional das falas expostas nos documentários analisados, apresentamos três eixos de discussão: (1) os fatores que fazem da violência obstétrica um fenômeno social e político que acentua desigualdades de gênero, classe e raça; (2) o sofrimento psicológico vivido por mulheres negras diante da violência obstétrica; e (3) o papel dos profissionais de saúde no apoio às mulheres negras e na superação de práticas racistas.

O primeiro evidencia que a violência obstétrica deve ser compreendida como uma expressão de desigualdades estruturais que atravessam gênero, classe e raça. Nesse sentido, não se trata apenas de falhas pontuais no atendimento de saúde, mas de um mecanismo de controle social que reforça hierarquias, silencia vozes e legitima práticas abusivas. O segundo eixo trata do sofrimento psicológico vivenciado por mulheres negras que enfrentam violência obstétrica. As narrativas revelam como a dor e a negligência são internalizados, produzindo sentimento de culpa, baixa autoestima e traumas que se estendem para o convívio familiar e social, podendo gerar impactos duradouros como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. Por fim, o terceiro eixo aborda a função dos profissionais de saúde no apoio às mulheres negras e na superação de práticas racistas. As falas demonstram que não basta o domínio técnico, mas é necessário assumir um compromisso ético-político voltado à escuta qualificada, ao respeito à autonomia e ao enfrentamento do racismo institucional que atravessa o cuidado obstétrico, reconhecendo essas mulheres como sujeitos de direitos.

5.1 Fatores que acentuam desigualdades na Violência Obstétrica

A violência obstétrica deve ser entendida como expressão de desigualdades estruturais que atravessam gênero, classe e raça. Desse modo, podemos afirmar que não é somente uma falha do atendimento de saúde, mas um mecanismo que reforça hierarquias sociais. No documentário *A dor reprimida* (2015) é evidente que no primeiro momento a dimensão de gênero, especialmente no que se refere o processo reprodutivo, as mulheres são silenciadas, controladas, sendo reduzidas a um objeto de intervenção médica, como podemos observar na fala da participante 4, ao evidenciar um discurso controlador e sexista dos corpos femininos:

E tem umas coisas que me falavam que marcavam muito assim, uma vez escutando meu bebê ele fez assim as mulheres hoje em, falando do feminismo né que as mulheres hoje em dia elas abrem a perna pra qualquer um, qualquer pessoa, qualquer cara, e isso é um problema porque fica fazendo vários filhos e tal e eu pensando assim gente que esse homem está falando, conversando com outras mulheres elas dizem, que elas estavam gordas, que elas precisavam emagrecer, e aí quando eu falei sobre exercícios ele me disse que era pra buscar fazer exercícios pra depois de três meses, eu tinha que volta fazer exercícios pra voltar o meu corpo normal para o meu marido é que eu tinha que está bem para o meu marido e aquilo não entrava na minha cabeça e... (Trecho

reiterado do documentário “A dor reprimida”, 2015).

Podemos perceber na fala da participante 4, que o machismo é uma estrutura arraigada na sociedade, sustentando narrativas que culpabilizam e controlam os corpos femininos. Dessa forma, fica claro que a proporção de gênero percorre por práticas abusivas fortalecem a segregação sobre a autonomia reprodutiva da mulher e de sua sexualidade. Ribeiro (2019), sustenta em sua teoria que o machismo não pode ser compreendido como um discurso isolado, mas como um conjunto de elementos interligados que atravessa relações sociais, naturalizando opressões e limitando a liberdade feminina.

No documentário A dor reprimida (2015), a jornalista Mariana Sales Oliveira aponta que a violência obstétrica é “[...] *uma dor silenciada, porque por muito tempo não se nomeava o que estava acontecendo; as mulheres sofriam, mas não tinham palavras para identificar o abuso*”. Em análise a esta fala que dialoga diretamente com que Djamila Ribeiro (2017) chama de “lugar de fala”, as experiências das mulheres são frequentemente deslegitimadas por não responder padrões predominantes de gênero e classe, assim se recusa quando se recusa a ouvir a gestante e o atendimento se torna desumanizado e direitos negados contribuindo para a falta de protagonismo do seu próprio corpo e escolhas.

Além disso, fica evidente na análise dos documentários a dimensão de classe, porque fica claro de como as mulheres que dependem unicamente do sistema público de saúde são tratadas, mulheres em situação socioeconômica vulneráveis ou com dificuldades de reivindicar seus direitos ou ter acesso às informações de qualidade, reforçando assim o ciclo de desigualdade, onde a participante 3 do documentário relata:

Parece que você tá cometendo um crime, entendeu? É, te julgam, né, desfazem de você, não lhe dão atenção, não lhe passam informações necessárias, informações precisas. Lhe tratam não como um ser humano, ele trata como se você fosse um, um, um bandido. Tava na rua, fazendo compras, amigos secretos, aquela coisa toda de Natal. Comecei a sangrar na rua, e aí eu tive que ir correndo pra maternidade. Foi a maternidade pública aqui de Salvador. E, nesta maternidade, quando eu cheguei, eu fui muito mal atendida, porque quando a gente chega na maternidade, né, com essa questão de aborto, as pessoas acham que o aborto é o aborto provocado, não que é o aborto espontâneo. essa frase se encaixa em uma dimensão de classe (Trecho retirado A dor Reprimida, 2015).

Nesse contexto, a desigualdade material, vulnerabilidade simbólica e prática, naturalizando comportamentos e falas abusivas dos profissionais da saúde. Sendo assim, fica enfatizado, que quanto maior a desigualdade social mais fácil se torna para a violência obstétrica ser praticada ou aceita como algo normal, porque a mulher não tem meios de recusar essas práticas, vê como parte do processo de trabalho de parto ou não encontra apoio social para resistir essa violência.

Por fim, a dimensão central, a racial. O racismo, como estrutura de experiências sociais e

institucionais, produz desigualdades interseccionais (Collins, 2019), mulheres negras são as mais afetadas pela violência obstétrica: sofrem mais intervenções desnecessárias, têm maior chance de serem negligenciadas em suas dores e necessidades, e são constantemente o foco de ações racistas que as desumanizam, como demonstrado na fala da participante 4:

Quando alguém fala Lorena não sei quem, tá grávida eu fico arrasada eu fico mal eu fico meu Deus coitada, porque eu sei que é muito difícil e quando eu sei que uma mulher negra então é pior né sabe eu ainda estou aprendendo a superar isso... (Trecho retirado A dor Reprimida, 2015).

Neste mesmo sentido, a participante 4 afirma:

A forma que eu encontrei para desabafar sobre isso foi escrevendo e aí eu comecei a lê sobre racismo institucional, sobre o atendimento da mulher negra em uma unidade de saúde e aí eu percebi que os dados são reais assim que existe uma diferença da mulher negra para a mulher branca (Trecho retirado do documentário A dor Reprimida, 2015).

Esse processo se articula ao racismo estrutural descrito por Djamila Ribeiro (2019), que reforça hierarquias e legitima práticas violentas, normalizando a ideia de que certos corpos podem ser tratados de qualquer maneira, sem o mínimo de dignidade. Portanto, podemos ver na fala sobre Rafaela dos Santos, do Rio de Janeiro, uma adolescente de quinze anos que morreu porque a cesariana foi feita tardiamente, quando ela teve eclâmpsia. Ela não suportou, teve perfuramento do útero e morreu de hemorragia por conta de uma cesárea tardia. Esse caso deixa claro de como a negligência institucional juntamente com o racismo estrutural resulta em mortes que podem ser evitadas como podemos no caso de Rafaela:

Rafaela Cristina Souza dos Santos, de quinze anos, entrou no Hospital Marisca Ribeiro, em Bangu, na madrugada de sábado, para ter o filho. Ela nem chegou a ver Miguel Felipe, que nasceu com três quilos e trezentos gramas e cinquenta e três centímetros. A adolescente foi transferida para o Hospital de Acari e morreu no domingo. (Trecho retirado do documentário ‘A dor Reprimida’, 2015).

As enfermeiras da maternidade esperaram quase doze horas pelo parto normal e só depois foi feita uma cesariana, mas já era tarde demais. Eles lá dizem que o parto tem que ser humanizado, que é o parto natural. Em nenhum momento teve médico para poder avaliar se ela teria capacidade ou não de ter um parto normal. (Trecho retirado do documentário ‘A Dor Reprimida’. 2015).

Esses relatos foram retirados de um documentário jornalísticos que retrata as vivências das pessoas envolvidas, sendo assim no relato da família deixa evidente o descaso do cuidado médico adequado, demonstrando uma escolha da instituição que priorizou o discurso de parto humanizado não levando em consideração os danos que isso poderia ocasionar o que se configurou em negligência.

Essa compreensão também podemos ver na fala da profissional da saúde, que ao relatar que a morte da adolescente, não foi por acaso é, mas uma soma de opressões estruturais que atinge

sobre determinados corpos. Assim, a fala da profissional 2 entrevistada revela bem essa realidade:

Rafaela, por ser adolescente, por ser negra, por ser de periferia, sofreu. É a sua vida foi ceifada por conta dessas categorias de identidade, né, e por conta da opressão e da estrutura racial, da estrutura do racismo que a gente vive. (Trecho retirado do documentário “A dor Reprimida”, 2015).

Dessa forma, a análise da profissional torna ainda mais intenso que a violência obstétrica quando cruzada pelo racismo estrutural, não é apenas um problema individual ou regular, se tornando um agente de controle social que dita e seleciona quais vidas podem ser descartadas, portanto, a violência obstétrica pode ser considerada como um mecanismo de controle social, mantendo hierarquia e reforçando desigualdades de raça, gênero e classe, não é apenas de uso de práticas individuais dos profissionais de saúde, mas resultado de uma lógica estrutural que silencia vozes e controla corpos.

5.2 O sofrimento psicológico de mulheres negras que enfrentam violência obstétrica

A violência psicológica/verbal caracteriza-se por ações que causam na mulher sentimentos de inferioridade, insegurança, abandono, medo, vulnerabilidade e englobam: ameaças, gritos, ofensas, omissão de informações, linguagem pouco acessível, piadas, informações distorcidas e ignorância frente às solicitações da parturiente (Santos, 2016; Godoy, 2018; Oliveira, 2016; Vedam, 2019). Enquanto isso, a violência institucional está relacionada à restrição do acesso da mulher aos seus direitos constitucionais relacionados à assistência à saúde durante o período gestacional, parto e puerpério, por exemplo: a restrição do acompanhante em algum dos processos e a falta de recursos humanos e materiais nos serviços de saúde (Santos, 2016; Vaz, 2019; Menezes, 2020).

Quando mulheres negras vivenciam violência obstétrica é comum que as narrativas de culpa construídas socialmente sejam incorporadas à própria história de vida, levando-as a acreditar que a negligência ou abuso ocorreram por falhas pessoais. Essa internalização aprofunda quadros de baixa autoestima, alimenta sentimentos de vergonha e pode gerar mecanismos de evitação, nos quais a mulher opta por não relatar tais agressões por receio de não ser levada a sério ou até mesmo ser novamente silenciada (Curi; Ribeiro; Marra, 2020; Delmones; Araújo; Guimarães, 2024). Este contexto é evidenciado, por exemplo, na fala de Raíssa Thuany, participante do documentário “Irô”, no trecho: “*Sou jovem, estou parindo e sou tratada daquele jeito. Sentia que “estava pagando o preço”.* Foi como disseram na porta: “*Eu fiz sozinha, vou sozinha.*”.

Além dos preconceitos e julgamentos sofridos por ser adolescente, a jovem viveu as

consequências das diversas faces do racismo obstétrico. Já no hospital, relata ainda que teve seu direito legal a um acompanhante negado, ouvindo de um profissional de saúde a frase: "*Ela não fez sozinha? Ela vai sozinha*", se sentindo extremamente vulnerável e solitária neste momento. Além disso, uma das enfermeiras teria subido em sua barriga e feito movimentos de empurrar o bebê, forçando um nascimento mais rápido. Este movimento é denominado como manobra de Kristeller. De acordo com Carvalho (2014), a técnica consiste em exercer força sobre o fundo uterino durante o período expulsivo com a intenção de abreviar essa fase do parto; contudo, diversos autores destacam que esse procedimento pode ocasionar danos tanto para a mãe quanto para o bebê, incluindo lesões no útero e no períneo, como, podemos, observar no relato a seguir:

Eles vieram com a maca e me colocaram nela. O médico falou: "Ó, não respira, porque se você respirar, ele sai." Me levaram pra cama do centro cirúrgico e a enfermeira colocou meus pés num suporte que eu não sei o nome. O médico abaixou e houve um rasgo — como se alguém tivesse cortado algo com força. Veio uma enfermeira, tudo foi muito rápido. Eu senti o rasgo e, em seguida, a enfermeira empurrou como se estivesse abrindo algo. Meus pés ficaram frios; eu não sentia nada. Empurraram, o Victor saiu, e ela ainda comentou: "Ah, essa aqui é parideira. Ano que vem está aqui de novo". (Trecho retirado do documentário "Irô", 2021).

De acordo com Muniz e Barbosa (2012), o parto é um evento decisivo para a vida e para a saúde física e mental tanto da mãe quanto do bebê, pois envolve intensas alterações físicas, hormonais e psíquicas, além de mudanças nos papéis sociais e nas relações interpessoais da mulher. A Psicologia considera esse momento turbulento devido à magnitude das transformações e ao impacto nas relações, reconhecendo que, além dos processos físicos, há fatores essenciais ligados à saúde mental. O período pós-parto, portanto, pode aumentar a probabilidade de surgimento de transtornos psiquiátricos, interferindo no vínculo afetivo saudável entre mãe e filho.

Nesse contexto, quando a gestação é vivida sob situação de violência obstétrica a vulnerabilidade emocional da mulher se intensifica, podendo desencadear sofrimento psíquico. Segundo Silva, Silva e Araújo (2017), a gestação já é marcada por fragilidades emocionais e desconfortos físicos, e a violência sofrida nesse período potencializa sentimentos como constrangimento, angústia, medo e insegurança. A humilhação presente em determinadas práticas de profissionais de saúde reforça sensações de incapacidade, inadequação e impotência em relação à mulher e ao seu corpo.

Apesar do desejo de buscar suporte, essas mulheres frequentemente encontram barreiras estruturais. A escassez de profissionais capacitados em abordagem antirracista e os preconceitos implícitos nos serviços de saúde resultam em intervenções padronizadas que ignoram a historicidade do racismo e sua conexão direta com o trauma obstétrico. Essa falta de acolhimento especializado reforça o sentimento de impotência e pode levar ao abandono precoce de tratamentos ou desistência de buscar ajuda (Lima; Pimentel; Lyra, 2024). Além disso, ainda se encontram as

barreiras existentes dentro da dimensão de classe, abrangidas dentro do conceito de interseccionalidade. Isso é exemplificado no trazido, respectivamente, pelas Participante 2 e Participante 3 no documentário “A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras” onde relatam:

Quando eu estava lá eu até disse a mim mesma: quando eu sair daqui eu vou processar, mas aí depois eu tinha coisas pra fazer, tinha meu filho pra criar só, tinha que procurar emprego, aí eu esqueci. (Trecho retirado do documentário ‘A dor reprimida’, 2015).

O medo de você denunciar e dizer: não, eu fui maltratada em um hospital público, e você não ter um retorno, porque quando a gente denuncia ou então quando a gente abre um processo ou uma coisa assim na questão de uma rede pública, você está brigando contra o governo ou contra o município e ali você é menor do que eles, então as vezes as pessoas dizem assim: não, isso é normal, é comum. (Trecho retirado do documentário ‘A dor reprimida’, 2015).

Segundo Ribeiro (2017), a gravidez é um processo no qual a mulher espera vivenciar atividades consideradas naturais, mas, quando ocorre algum episódio de violência — especialmente praticado por quem deveria exercer o papel de cuidado e proteção, como os profissionais de saúde — há um impacto significativo em seu funcionamento psicológico e comportamental. Alterações psíquicas podem surgir em decorrência do trauma, como o estado de choque que se manifesta logo após a agressão e pode perdurar por horas ou dias. Independentemente do tipo de violência e dos danos físicos imediatos, as consequências tendem a ultrapassar esses prejuízos iniciais e se estender a longo prazo.

Conforme o Conselho Federal de Psicologia (2013), o caráter traumático da violência pode comprometer gravemente a saúde mental da mulher, afetando sua autonomia e gerando sentimentos persistentes de incapacidade e perda da valorização pessoal. Ilka Teodoro é também uma das mulheres a compartilhar sua experiência frente a violência obstétrica no documentário “Irô”, como a evidencia na fala de Ilka Teodoro:

Logo depois do nascimento da minha filha, senti dois sentimentos paradoxais. Experimentei uma alegria imensa, toda aquela explosão de ocitocina natural típica do parto, mas também uma angústia muito grande. Só me senti inteira anos depois — e talvez nem completamente — porque ainda carrego muitas memórias dolorosas. A sensação era de ter sido atropelada por um caminhão; sentia dor em todo o corpo. (Trecho retirado do documentário Irô, 2021).

A narrativa de Ilka e de muitas outras mulheres materializa o entrelaçamento de afetos ambivalentes no puerpério quando o parto é atravessado por violência: a euforia fisiológica do encontro com o bebê convive com a angústia e com memórias traumáticas que parecem suspender a possibilidade de sentir-se “inteira”. Essa colisão de experiências revela tanto a potência do momento do nascimento quanto a profundidade do ferimento subjetivo quando o cuidado falha. Dor difusa, sensação de ter sido violentada e lembranças persistentes apontam para um corpo que

guarda o acontecido e para uma mente que segue tentando dar sentido ao inominável.

5.3 *A função dos profissionais no apoio às mulheres negras que sofrem essa violência e na superação de práticas racistas*

As falas das participantes do documentário Irô evidenciam como a violência obstétrica está atravessada por desigualdades raciais e de gênero, revelando a urgência de repensar a função dos profissionais no apoio às mulheres negras. Ao narrar sua experiência, Raissa Tuanny afirma:

E aí, chegou o médico e ele fez o toque aí quando ele fez o toque, juntou um grupo de residentes, né? Que também era pra fazer o toque e aí eles fizeram o toque lá, cada um fez, tipo... Nem sei quantas pessoas. (Trecho retirado do documentário Irô, 2021).

A multiplicidade de exames de toque, realizados sem consentimento, expõe a objetificação do corpo feminino e, sobretudo, a desconsideração da autonomia da paciente, reforçando o que Patricia Hill Collins (2019) aponta como uma das formas pelas quais a opressão de raça e gênero se materializa em práticas institucionais. Esse relato deixa claro como, em vez de receber cuidado, a paciente foi exposta a uma situação constrangedora e dolorosa. O fato de vários residentes realizarem o exame sem pedir autorização mostra a falta de empatia e de reconhecimento da autonomia dela. Isso não é só um desrespeito individual, mas faz parte de uma lógica maior em que mulheres negras muitas vezes não têm sua voz ou seu corpo respeitado dentro das instituições de saúde.

A ausência de acolhimento e a negação do direito a acompanhante também emergem como marca do racismo institucional. Raissa relata:

Aí minha mãe disse: 'tá, pra onde a gente vai?' Aí ele disse: 'Você não vai pra lugar nenhum, você fica aqui, ela vai'. Aí minha mãe: 'Mas ela é de menor, eu tenho que ir'. Ele: 'Não, ela não fez sozinha? Ela vai sozinha. (Trecho retirado do documentário Irô, 2021).

Essa fala traduz uma prática que, além de ilegal, é profundamente violenta, pois desampara a gestante em um momento de vulnerabilidade. Como ressalta Djamila Ribeiro (2017), reconhecer o lugar de fala das mulheres negras é indispensável para compreender como suas experiências singulares são silenciadas em espaços institucionais, onde a autoridade médica se sobrepõe à escuta e ao respeito.

Aqui, a situação mostra como a paciente foi deixada sozinha em um momento de fragilidade, mesmo sendo menor de idade e tendo direito a acompanhante. Isso não é só um descuido, mas uma violência que reforça o racismo institucional, porque desconsidera a presença da mãe e silencia a voz da gestante. É como se a palavra e a necessidade da mulher negra não

tivessem valor diante da autoridade médica. A precariedade do acompanhamento também se expressa em outra fala de Raíssa:

Era normal, uma consulta de no máximo 10 minutos, mas era isso. [...] Era tipo, muita gente, tem que ser rápido e tchau, qualquer coisa mais grave, cê volta. (Trecho retirado do documentário Irô, 2021).

Essa descrição reflete não apenas a desumanização do atendimento, mas também o descaso com populações periféricas e racializadas. Como destaca Sueli Carneiro (2003), o racismo institucional opera produzindo uma diferença qualitativa no modo como corpos negros são tratados, naturalizando a negligência e reforçando o mito da mulher negra forte, que pode suportar a dor sem cuidado adequado. Nesse relato é possível verificar um atendimento desumanizado, quase mecânico, em que não há espaço para escuta ou cuidado de qualidade. No fundo, isso traduz o descaso com determinadas populações, como se fosse normal oferecer um acompanhamento precário. Essa negligência se conecta à ideia racista de que mulheres negras precisam aguentar tudo sozinhas, reforçando o mito da “mulher forte” que não precisa de cuidado.

Outra participante do documentário Irô, Ilka Teodoro, ao narrar sua experiência de parto, relata:

Fui atendida pela médica da emergência, a médica da emergência queria porque queria que eu fizesse uma cesariana de emergência, e aquilo não soava bem pra mim. (Trecho retirado do documentário Irô, 2021).

Esse trecho mostra a tentativa de imposição médica sem diálogo, em que a autonomia da mulher é desconsiderada — algo que Collins (2000) descreve como parte do processo de opressão estrutural, onde o conhecimento das mulheres negras sobre seus próprios corpos é constantemente invalidado. Além disso, outro exemplo é trazido por M^a Helena Menezes:

Das gêmeas eu não fiz pré-natal, porque já ficou mais difícil... ele era do exército, eu não conhecia bem a região, aí quando eu engravidei eu até falei pra ele ‘eu estou grávida’, ele falou ‘tu tá doida’, falei ‘tô não, tô grávida de dois. (Trecho retirado do documentário Irô, 2021).

O relato revela as barreiras materiais e sociais enfrentadas por mulheres negras periféricas no acesso à saúde, refletindo o que Carneiro (2003) chama de invisibilidade institucionalizada, que recai sobre corpos negros e pobres. A noção de invisibilidade institucionalizada proposta por Carneiro (2003) ajuda a compreender como as mulheres negras permanecem sistematicamente excluídas ou negligenciadas pelas instituições, inclusive no campo da saúde. Essa invisibilidade não significa ausência, mas sim um apagamento ativo, no qual a presença das mulheres negras é desconsiderada ou naturalizada em condições de subalternidade. Como afirma a autora, trata-se de um processo em que as necessidades específicas dessas mulheres não são vistas, ou quando vistas,

são tratadas como secundárias frente a uma norma universal que privilegia mulheres brancas.

Em complemento, esse relato mostra como muitas mulheres negras, principalmente as que vivem em regiões periféricas, enfrentam barreiras não só no atendimento médico, mas já no acesso ao pré-natal. A fala da M^a Helena traz à tona o quanto essas dificuldades acabam sendo normalizadas, como se fosse “natural” que essas mulheres não tenham acompanhamento adequado. Isso é um reflexo direto da invisibilidade institucional: elas estão ali, existem, mas suas necessidades são ignoradas ou tratadas como menos importantes. As falas revelam ainda as consequências subjetivas dessa violência. Raíssa relembra:

Só que eu tava muito desesperada, né, eu tava sozinha, não sabia o que eles iam fazer, como é que ia ser, não sabia quanto tempo demoraria e tava doendo pra caramba. [...] Ai pegou e disse assim: ‘Você é enfermeira?’ Eu: ‘não, moço’. E ele disse: ‘Então por que você tá perguntando nada do que se trata aqui? Não pode perguntar.’ (Trecho retirado do documentário Irô, 2021).

A tentativa de questionar e compreender o que estava sendo feito é reprimida, demonstrando um exercício de poder que retira da paciente a possibilidade de participar ativamente do processo de parto. Nesse sentido, Gonzalez (2020) e Pacheco (2010) lembram que reconhecer as mulheres negras como sujeitos de direitos implica superar a lógica colonial que as reduz à condição de objeto de intervenção biomédica.

Por fim, esse último relato que foi trazido do documentário Irô, mostra como, além da dor física, existe também um impacto emocional profundo. A Raíssa estava sozinha, com medo, e quando tentou perguntar sobre o que estavam fazendo com ela, foi silenciada. Isso evidencia o quanto a paciente é tratada como alguém sem direito de falar ou entender o que acontece com seu próprio corpo. Essa postura dos profissionais reforça uma lógica de poder que desumaniza e deixa a mulher vulnerável, em vez de oferecer apoio e acolhimento.

Portanto, a partir das falas das participantes, fica evidente que a função dos profissionais não pode se restringir à dimensão técnica, mas deve se articular ao compromisso ético-político de enfrentar o racismo e o sexismo presentes na assistência obstétrica. Como argumenta Jurema Werneck (2001), garantir saúde para a população negra implica reconhecer as desigualdades estruturais e transformar práticas institucionais. Isso significa que médicos, enfermeiros e demais profissionais devem construir um atendimento que assegure a escuta qualificada, o direito à presença de acompanhantes, a recusa a procedimentos invasivos desnecessários e a valorização do protagonismo da mulher em seu processo de parto.

A psicologia tem um papel fundamental nos cuidados psíquicos de mulheres negras que passaram por violência obstétrica, ao enfatizar a atuação do psicólogo na desconstrução do

racismo e na promoção da igualdade. O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2017) destaca que é essencial fortalecer um novo momento histórico para a profissão, em que a Psicologia se posicione de forma ativa no enfrentamento do racismo, com teorias e práticas voltadas para a promoção da igualdade racial e para a saúde psíquica de brasileiros (as) de diferentes grupos raciais (CFP, 2017).

Ao combater o racismo institucional que fomenta práticas racistas e propicia a violência contra mulheres negras o papel do psicólogo deve contribuir diretamente para a conscientização sobre o impacto do racismo e da discriminação nos serviços de saúde, promovendo a equidade e o empoderamento dessas mulheres. O racismo e a violência obstétrica resultam em experiências de cuidado desumanizado e negligente para mulheres negras, o que intensifica o risco de transtornos psicológicos, como a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou refletir sobre as implicações do racismo na saúde mental de mulheres negras diante da violência obstétrica, compreendendo esse fenômeno como uma expressão de desigualdades históricas e estruturais que atravessam os marcadores de raça, gênero e classe. A análise documental, a partir dos relatos contidos nos documentários *Irô - Violência obstétrica contra mulheres negras* e *A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras*, permitiu evidenciar que tais experiências não se restringem ao âmbito individual, mas são parte de uma lógica social e política que perpetua silenciamentos e exclusões.

O racismo que mulheres negras sofrem estruturalmente e institucionalmente contribui significativamente para a ocorrência da violência obstétrica contra as mesmas, deste modo, impactando em sua saúde mental ao agravar traumas e aumentar os níveis de estresse, ansiedade e depressão. Verificou-se que a violência obstétrica, ao produzir dor e silenciamento, afeta profundamente a saúde psíquica das mulheres negras, comprometendo sua autoestima, seu sentimento de pertencimento e sua capacidade de elaborar experiências traumáticas.

Ao avançar na discussão, ressalta-se que a violência obstétrica contra mulheres negras não se reduz ao contato físico ou à prática médica inadequada, mas incorpora uma série de microagressões e silenciamentos que, cumulativamente, minam a autoestima e a confiança dessas mulheres em sua própria capacidade de protagonizar suas experiências de vida. A experiência de sentir-se invisibilizada, tratada como objeto de intervenção e não como sujeito de direitos, reforça padrões colonialistas e racistas, impactando diretamente a saúde mental e a construção identitária das mulheres negras.

Nesse sentido, torna-se imprescindível uma atuação da Psicologia que vá além da clínica

individual e incorpore práticas comunitárias e políticas, pautadas pela escuta empática e pela validação dos relatos das vítimas. A promoção de espaços coletivo-reflexivos, seja em grupos de apoio, seja em intervenções presenciais nos serviços de saúde, pode oferecer às mulheres negras ferramentas para nomear seus traumas, ressignificar suas vivências e desenvolver redes de solidariedade. Além disso, a formação de profissionais de saúde — médicos, enfermeiros e psicólogos — precisa incluir módulos antirracistas, que abordem historicidade, poder e privilégio, de modo a prevenir novas ocorrências de violência e a reconstruir laços de confiança entre paciente e equipe.

O corpo da mulher negra, historicamente atravessado por processos de objetificação e desumanização, permanece submetido a práticas desrespeitosas, frequentemente naturalizadas e invisibilizadas no contexto dos serviços de saúde. Assim, Interrogar a Psicologia nesse contexto implica reconhecer seu papel ético e político na desconstrução de práticas racistas e na promoção de uma atuação que valorize a escuta, o acolhimento e a restituição da dignidade dessas mulheres.

Por fim, este artigo mostra a relevância da interseccionalidade como ferramenta analítica indispensável, ao articular classe, raça e gênero durante a construção do artigo foi possível perceber e compreender como inúmeras formas de opressão se cruzam nas experiências das mulheres negras, intensificando as desigualdades e violências.

A partir desta pesquisa, espera-se alcançar a ampliação do debate sobre as implicações do racismo que incidem nas mulheres negras diante a violência obstétrica, bem como traçar pistas teóricas sobre o papel ético e compromissado da psicologia diante este cenário. Também, debater sobre as principais causas que envolvem a problemática como classe, gênero e raça. Com isso, espera-se que os resultados desta pesquisa proporcionem maior entendimento e promovam uma reflexão assídua e concisa sobre o tema.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVIM, E. N. S.; SOUSA, J. A.; WYKRET, D. C. Violência Obstétrica No Brasil: Violência Contra A Mulher Negra No Ciclo-Gravídico E Puerperal. Revista Novos Desafios, v. 2, n. 1, p. 70–80, 30 set. 2022.

ANUNCIAÇÃO, D. et al. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, p. 3861–3870, 16 set. 2022.

ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. Serviço Social & Sociedade, p. 547–565, 2018.

BARBOSA, R. R. DA S.; SILVA, C. S. DA.; SOUSA, A. A. P. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. Revista Katálysis, v. 24, n. 2, p. 353–363, maio 2021.

BRASIL. Lei n. 7.716, de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da população negra: políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, 24 maio 2016.

BRASIL, VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN. Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa. Psicologia & Sociedade, v. 29, p. e155043, 2009.

CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: COSTA, Albertina de Oliveira; SARDENBERG, Cecília Maria B. (orgs.). Seminário Internacional sobre Gênero e Saúde Reprodutiva. Salvador: UFBA, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os). 1. ed. Brasília: CFP, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Nota Técnica n. 25/2025: Atuação profissional da psicóloga com mulheres em situação de violências. Brasília: CFP, 2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: CNS, 2012.

COLLINS, Patricia Hill. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

COSTA DE LACERDA, Maria Fernanda; FRAGA DE SOUZA LIMA, Ramon. Rastreamento e diagnóstico na depressão pós-parto em mulheres pretas: um desafio a ser enfrentado. RICS - Revista Interdisciplinar das Ciências da Saúde, v. 2, n. 1, 2025. DOI: 10.70209/rics.v2i1.54.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171–188, 2002.

CURI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino; MARRA, Camilla Bonelli. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 72, n. spe, p. 156–169, 2020.

DAMASCENO, Evellyn Sabrina Silva; ROSA, Marina de Oliveira; KABENGELE, Daniela do Carmo. Psicologia e racismo institucional no SUS: uma análise para o enfrentamento. Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS, v. 4, n. 3, p. 187, 2018.

DAVIS, Dána-Ain. Reproductive injustice: Racism, pregnancy, and premature birth. New York: New York University Press, 2019.

DELMONES, Alysson Mateus Frutuoso; ARAÚJO, Maria Paula; GUIMARÃES, Tatiana Maria Melo. O corpo da mulher negra e a violência obstétrica: revisão integrativa. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 11, nov. 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i11.16472.

DIAS, Sabrina Lobato; PACHECO, Adriana Oliveira. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. Revista Arquivos Científicos (IMMES), v. 3, n. 1, p. 04–13, 2020. DOI: 10.5935/2595-4407/rac.immes.v3n1p4-13.

DINIZ, C. S. G. Violência obstétrica no Brasil: Narrativas de mulheres e contribuições para a humanização do parto. Cadernos de Saúde Pública, 2005.

DOMINGUES, Petrônio. O mito da democracia racial e a mestiçagem no Brasil (1889-1930). Diálogos Latinoamericanos, [S.l.], v. 10, p. 16, 2005. DOI: 10.7146/dl.v6i10.113653. Disponível em: <https://tidsskrift.dk/dialogos/article/view/113653>.

GOMES, Rafael. Educação inclusiva e práticas docentes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO, 10., 2019, Salvador. Anais... Salvador: Associação Exemplo, 2019. p. 200–210.

HAMMERSLEY, M.; TRAIANOU, A. Ética na pesquisa qualitativa: controvérsias e contextos. Londres; Thousand Oaks (Calif.): SAGE Publications Ltd., 2012. p. 184.

IRÔ. Direção de Sheila Campos. Escola de Cinema Social Cine Braza, 2021.

JÚNIOR, O. S. S. et al. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. Cadernos da Fucamp, v. 20, n. 44, p. 36–51, 2021.

LEAL, M. DO C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p. e00078816, 2017.

LEAL, M. do C. et al. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

LIMA, Kelly Diogo de; PIMENTEL, Camila; LYRA, Tereza Maciel. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2024.

LIMA, R. V. A. et al. Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise segundo a raça/cor autorreferida. Acta Paulista de Enfermagem, v. 36, p. eAPE03451, 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde.

NASCIMENTO, S. S. do. Saúde da mulher negra brasileira: a necessária intersecção em raça, gênero e classe. Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades, (243), p. 91–103, 2018.

NUNES, E. D. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 4, p. 1087–1088, jul. 2007.

OLIVEIRA, L. G. F.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 39, p. e0214, 2022.

RIBEIRO, Djamila. Pequeno Manual Antirracista. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RIBEIRO, E. O. Psicologia, racismo e saúde mental: formas de intervenção no trabalho do psicólogo. ODEERE, v. 2, n. 4, p. 166–178, 2017. DOI: 10.22481/odeere.v0i4.2361.

SARAIVA, Vanessa Cristina dos Santos; CAMPOS, Daniel de Souza. A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, p. 2511–2517, 2023.

SALES, Mariana. A dor reprimida: violência obstétrica e mulheres negras. Facom (UFBA), 2017.

SANTANA, Ariane Teixeira de et al. Racismo obstétrico, um debate em construção no Brasil: percepções de mulheres negras sobre a violência obstétrica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 9, p. 1–12, set. 2024.

SANTOS, J. F. D. A. DOS. Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras. Revista Em Pauta, v. 19, n. 47, 10 dez. 2020.

SHIRLEY; SILVA. Quilombos Brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. Revista Mosaico - Revista de História, v. 7, n. 2, p. 191–200, 2015.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CORDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. In: **GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs.). Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 33–44. Lume UFRGS.

SOUSA, Larissa Oliveira de; AZEVEDO, Thiago Augusto Galeão de. A dupla vulnerabilização da mulher negra: uma análise sobre interseccionalidade e violência. Revista de Gênero, Sexualidade e Direito, Florianópolis, Brasil, v. 10, n. 1, 2024. DOI: 10.26668/2525-9849/Index_Law_Journals/2024.v10i1.10559.

SOUZA, E.; OLIVEIRA, A. Fundação Oswaldo Cruz Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade, v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016.