

Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça

Laura Cecilia López¹

Resumo

A partir de um caso de morte materna de uma mulher negra ocorrido em 2002 no estado do Rio de Janeiro, por falta de atenção adequada na rede de saúde, julgado internacionalmente como uma violação aos direitos humanos dessa mulher, realizarei uma série de reflexões. Proponho analisar os efeitos desse caso na esfera pública brasileira ao colocar a mortalidade materna no entrecruzamento de pauta de movimentos sociais, de políticas públicas e de discussões sobre direitos humanos, considerando as noções em disputa de corpo, saúde e direitos. Nesse sentido, o olhar da interseccionalidade como experiência corporificada de gênero e raça, articulado com um enfoque biopolítico que destaca as tensões entre as “políticas da vida” e as “políticas do vivente” na construção dos objetos sanitários, nos ajuda a entender este processo de maneira complexa.

Palavras chaves: mortalidade materna, movimento de mulheres negras, direitos humanos; interseccionalidade de raça e gênero.

1 Dra. em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Professora dos PPGs em Ciências Sociais e em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Maternal Mortality, Black Women Civil Rights Movement and Human Rights in Brazil: a Gender and Race Intersectionality Perspective

Abstract

I will carry out the following reflections on the basis of a case of the death of a black mother in the State of Rio de Janeiro, in 2002; this mother died due to inappropriate care by the health center, and her case was internationally judged as a violation to human rights. I intend to analyze the effects of this case on the Brazilian public sphere as I spot maternal mortality in the intersectionality of the agendas of the civil rights movements, public policies and human rights, taking into account the disputes over the notions of body, health and rights. Therefore, an intersectionality perspective as an embodied experience of race and gender, combined to an approach based on biopolitics which, in turn, reveals the tensions existing between the politics of life and the politics of the living in the construction of sanitary objects will be of help in understanding the whole process and its complexities.

Keywords: maternal mortality, black women civil rights movement, human rights, intersectionality.

O artigo parte de um caso de morte materna de uma mulher negra ocorrido em 2002 no estado do Rio de Janeiro, por falta de atenção adequada na rede de saúde. O caso foi julgado pelo Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – Cedaw das Nações Unidas e o Estado brasileiro foi punido por violação aos direitos humanos dessa mulher. Proponho analisar os efeitos desse caso na esfera pública brasileira ao colocar a mortalidade materna no entrecruzamento de pauta de movimentos sociais, de políticas públicas e de discus-

sões sobre direitos humanos, considerando as noções em disputa de corpo, saúde e direitos.

O processo será abordado através de um olhar da interseccionalidade como perspectiva a partir da corporificação de gênero e raça, articulado com um enfoque biopolítico que destaca as tensões entre as “políticas da vida” e as “políticas do vivente” na construção dos objetos sanitários (Fassin, 2004). Em termos metodológicos, meu *corpus* de análise está composto por documentos disponíveis online, particularmente textos do e sobre o julgamento do Cedaw em relação ao caso Alyne Pimentel²; e minha pesquisa de doutorado com movimentos negros e políticas públicas com enfoque étnico-racial³ (López, 2009).

Durante meu trabalho de campo, persegui experiências, histórias e perspectivas de mulheres e homens negros - e a escuta etnográfica me levou a perceber gênero como categoria analítica relevante e a interseccionalidade como perspectiva teórica que dialogasse com os discursos críticos das interlocutoras da pesquisa. Um olhar inicial ao movimento negro centralizou a crítica social no conceito de raça. Porém, as experiências subjetivas das mulheres negras, nos diferentes planos da sua existência, não eram contempladas nas categorias de “mulher” e “negro” representadas pelo feminismo eurocêntrico e pelo movimento negro com representação masculina (López, 2013). Pode-se notar que as narrativas que conjugam as dores do racismo e a vivência do corpo foram mais evidentes nos relatos das mulheres do que dos homens, dia-

2 Os documentos foram obtidos através de pesquisa na internet com as palavras-chaves: Alyne Pimentel; morte materna. Foram achados 30 textos, dos quais seleccionei: o Relatório do Governo Brasileiro sobre o caso Alyne (Brasil, 2014); um artigo acadêmico que analisa, do ponto de vista dos Direitos Humanos, a decisão da Cedaw (Cook, 2013); um Trabalho de Conclusão de Curso sobre a temática (Silva, 2015); e uma matéria de mídia alternativa (Lemes, 2012).

3 Minha tese de doutorado analisou os itinerários e as perspectivas das mobilizações políticas negras contemporâneas no Cone Sul, frente aos atuais desafios da implementação de políticas públicas com enfoque étnico-racial. A pesquisa de campo, focalizada principalmente no Uruguai e no Brasil, foi realizada entre os anos 2005 e 2008.

logando com as perspectivas a partir “das margens” expressas pelas teóricas da interseccionalidade – entre elas, as feministas negras brasileiras Sueli Carneiro (2005) e Lélia Gonzales (1988).

Para as teóricas feministas negras, a interseccionalidade revela o que não se vê quando categorias como gênero e raça são conceituadas de maneira separada. Como perspectiva analítica, a interseccionalidade permite uma conceituação dos problemas sociais, capturando as consequências estruturais e dinâmicas das interseções complexas entre dois ou mais eixos de opressão, que se entrecruzam e potencializam (Crenshaw, 2002).

As feministas negras nas Américas expressam e constroem um olhar através das vivências corporificadas de gênero e raça, particularmente, ao criar o espaço para pensar a experiência diaspórica e a corporeidade das mulheres negras (Bairros, 1995; Carneiro, 2005; Crewshaw, 2002; Curiel, 2007; Gonzáles, 1988). No momento pós-colonial⁴, as mulheres negras surgem como sujeitos políticos que desafiam o “gênero” no movimento negro (descentrando o sujeito masculino) e a “raça” no feminismo (descentrando a noção de mulher unitária) (Brah, 2011) a partir de se posicionar “nas margens” de um e outro movimento (Caldwell, 2007). Destaca-se o processo de visibilização do corpo na crítica das feministas negras, ao considerar gênero e raça como opressões entrelaçadas e vinculadas à colonialidade do poder⁵ (López, 2013; 2015).

4 Refiro ao “momento pós-colonial”, seguindo a Stuart Hall, não como uma descrição de determinada sociedade ou época, mas como releitura da experiência colonial em âmbito transnacional e transcultural, que produz “uma reescrita descentrada, diaspórica ou ‘global’ das grandes narrativas imperiais do passado, centradas na nação” (Hall, 2003, p. 109).

5 Conceito cunhado por Anibal Quijano (2005) para definir a continuidade, no momento pós-colonial, das relações sociais hierárquicas de exploração e dominação construídas durante a expansão colonial europeia. María Lugones (2008) propõe um olhar ao sistema de gênero colonial/moderno para ampliar o conceito de gênero já presente na obra de Quijano, que entendia a relação entre raça e gênero em termos estruturais amplos, como eixos de opressão separados. A partir de articular as perspectivas decolonial e da interseccionalidade, a autora propõe que o gênero é constitutivo/constituente da colonialidade do poder.

Esse olhar interseccional, como perspectiva ancorada na experiência corporificada de gênero e raça, guiado pelas propostas do feminismo negro, me levou a um interesse sobre a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos. Como analisam Damasco et al (2012), em relação à articulação entre gênero, raça e saúde reprodutiva no processo de formação do feminismo negro brasileiro, entre as décadas de 1970 e 1990, desde o início dos anos 1980, as feministas negras vinham denunciando planos e práticas controlistas sobre a população negra. Mas foi durante a década de 1990 que o ativismo das feministas negras se consolidou com base nas denúncias da prática da esterilização cirúrgica em massa entre as mulheres negras. Nesse sentido, a discussão sobre saúde reprodutiva propiciou um espaço social para a afirmação da identidade das ativistas (Damasco et al, 2012).

Destaca-se a relação entre corpo e poder, particularmente na perspectiva da interseccionalidade, através do deslocamento das representações do corpo como lócus de poder ao corpo como espaço de resistência. Assim, articulo esse olhar com um enfoque biopolítico. Entendo a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos como fenômenos que formam parte do governo da vida, baseada no pensamento de Michel Foucault (1996, 2008), que foca a “biopolítica” num duplo movimento: sendo ela tanto a apreensão da vida pela política quanto o avanço da concepção da vida enquanto resistência à forma pela qual o Estado se encarrega de nossas vidas. Ainda nessa perspectiva, Didier Fassin (2012), propõe pensar as “políticas da vida”. Enquanto a biopolítica refere às intervenções nos corpos e nas populações, beneficiando a vida de certos grupos ou pessoas em detrimento da de outros grupos ou pessoas, as políticas da vida referem à economia moral em torno dos valores que servem de base às escolhas feitas pelas sociedades contemporâneas sobre as questões que envolvem a existência física, e também a existência social dos indivíduos (Fassin, 2012).

Os objetos sanitários, segundo Fassin (2004), são construídos no bojo das tensões entre as “políticas da vida” (que envolvem as ló-

gicas de poder e seus efeitos sobre os corpos, relacionadas às biopolíticas) e as “políticas do vivente” (no sentido de Giorgio Agamben: *zôe* ou vida nua, biológica, desprovida do social e do político). O autor propõe que essa leitura seja sensível “aos fenômenos mais difusos, mas não menos significativos das formas atuais do governo da vida e das realidades menos espetaculares, mas igualmente fecundas sobre o corpo” (Fassin, 2004, p. 285, minha tradução).

O trabalho de objetivação torna a doença ou o distúrbio como algo “dado”, que existe e precede à classificação ou contabilização. Essa produção se torna inseparável de uma operação de subjetivação, que capta a vida como uma pluralidade de experiências, valores e disputas com efeitos nas fronteiras do que podemos entender como cultura e natureza, assim como uma incorporação do social e do político (Fassin, 2004).

Para os fins deste artigo, abro os seguintes interrogantes: como as tensões entre as políticas do vivente e as políticas da vida, entre objetivação e subjetivação, se dão na construção da mortalidade materna como objeto sanitário? Como o fenômeno está modulado pela interseccionalidade como experiência corporificada de gênero e raça? Como, no bojo dessas questões, a morte de Alyne se tornou em um “caso” com desdobramentos importantes na esfera pública brasileira?

O texto está estruturado em quatro tópicos. No primeiro, descrevo, a partir de uma série de documentos, como a morte materna de uma mulher negra se tornou em um “caso” paradigmático pelo caminho de denúncia que percorreu e pelos efeitos que ocasionou nas esferas nacional e transnacional. No segundo tópico, focalizo como o caso foi delineado pelos operadores de direitos humanos, principalmente ressaltando a dimensão política da vida e a subjetivação como inseparáveis dos processos de objetivação epidemiológica. Seguidamente, abordarei a construção da mortalidade materna como objeto sanitário no Brasil, com um peso maior dos processos de objetivação e das políticas do vivente. Nesses embates, as narrativas e experiências das mulheres negras parecem não ecoar no desenho de

políticas públicas para a garantia de direitos sexuais e reprodutivos. Abordo este tema no quarto tópico.

Como a morte materna de uma mulher negra se tornou em um “caso”

Tal como a descrevem vários documentos, Alyne, 28 anos, era uma mulher negra, moradora da Baixada Fluminense (RJ), que morreu logo após dar à luz a um feto natimorto de 27 semanas. Em 11 de novembro de 2002, Alyne, em seu sexto mês de gravidez, deu entrada numa clínica de saúde privada, a “Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo”, com fortes enjoos e dores abdominais. A clínica marcou exames de sangue e urina para dois dias depois. A sua situação se agravou, após os batimentos cardíacos do feto não serem mais detectados, ser induzido o parto e realizada a curetagem para a remoção dos restos de placenta: ela teve “hemorragia severa, vômitos de sangue, baixa pressão sanguínea, desorientação prolongada, fraqueza física fortíssima e incapacidade de ingestão de comida” (Cook, 2013, p. 4).

Segundo o relato da mãe de Alyne, no dia 14 de novembro, um dia após o parto, Alyne não recebeu visita de qualquer familiar, sendo que a Casa de Saúde informou os parentes, por telefone, que ela estava bem. Porém, naquele momento, Alyne estava vomitando sangue e com severas hemorragias, já em situação gravíssima, e o hospital negou a ela a presença da própria família ao veicular informação falsa quanto ao seu estado de saúde (Silva, 2015).

No dia seguinte ao procedimento de curetagem, os médicos da Casa de Saúde tentaram transferir Alyne para um hospital público municipal com mais recursos, o “Hospital Geral de Nova Iguaçu”, mas o hospital se recusou a usar a única ambulância que tinha à noite para transportá-la. Ela esperou por oito horas em condições críticas, sendo que nas duas últimas horas apresentou sintomas clínicos de coma, antes de chegar ao hospital. Lá, ela

teve uma série de complicações (respiratórias, hipotermia, etc.) e foi ressuscitada quando sua pressão sanguínea chegou a zero. Como não havia leito disponível, Alyne foi colocada no corredor da sala de emergência. Como a sua ficha médica não estava disponível, o médico de plantão recebeu oralmente uma breve informação sobre os seus sintomas. Ela morreu no dia seguinte. A causa oficial da morte foi hemorragia digestiva (sangramento interno), atribuída pelos médicos ao parto do feto natimorto. Porém, Alyne morreu em decorrência do parto malsucedido e dos vários erros médicos dos quais foi vítima, caracterizando uma morte materna, termo que deveria ter constado em seu atestado de morte (Cook, 2013).

A morte de Alyne provocou uma série de efeitos na família, agravados pela demora das respostas do Estado. Após 3 meses da morte de Alyne, seu marido registrou uma ação indenizatória em seu nome e de sua filha por danos morais e materiais contra o Estado do Rio de Janeiro. Em duas oportunidades foi negada a antecipação dos efeitos da tutela, ou seja, o recebimento parcial do benefício pleiteado. Conforme Silva (2015, p. 12), “o Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro demorou 3 anos e 10 meses para determinar um médico especialista para dar um parecer médico no processo, demonstrando claramente a ineficiência do Estado em dar uma resposta judicial ao caso”, sendo que a primeira decisão de mérito foi proferida apenas em 2013, 11 anos após a morte de Alyne, quando o caso já havia sido julgado em nível internacional.

Nesse lapso, o marido de Alyne abandonou a sua filha, com 5 anos de idade no momento da morte da mãe, que passou a ser criada pela avó. A condição econômica da família era precária e a criança necessitava de atendimento de saúde, pois adquiriu problemas de fala após a morte da mãe.

Interessante notar que as narrativas que constituem a morte de Alyne em um “caso” denotam uma ausência do marido/pai da

criança e um protagonismo da mãe de Alyne tanto nas denúncias públicas quanto no cuidado da própria filha e da sua neta. Esse fato nos leva a problematizar o quanto a procriação, numa sociedade com persistentes desigualdades entre os gêneros, implica em maior responsabilidade e custo pessoal atribuídos às mulheres (Ventura, 2008).

Não obtendo resposta do poder judiciário, a mãe de Alyne, Maria de Lourdes da Silva Pimentel, se aproximou de duas organizações não-governamentais (o *Center for Reproductive Rights* – Centro de Direitos Reprodutivos – e a *Advocacia Cidadã* pelos Direitos Humanos – Advocaci, do Rio de Janeiro), que a assessoraram para apresentar uma denúncia contra o Estado brasileiro junto ao Cedaw, como já foi mencionado⁶.

O caso foi delineado pelo Cedaw como uma violação aos direitos humanos, sendo violado o direito à vida e “o direito de exercer tal direito sem discriminação” (Cook, 2013, p. 3). Em 2011, o Estado brasileiro foi condenado por negligência e por falhas na proteção dos direitos humanos dessa mulher. Como sanção, o Comitê determinou uma reparação à família (que foi recebida por Maria de Lourdes no ano de 2013) e a implementação de

6 Cabe lembrar que a morosidade do poder judiciário brasileiro e a busca por um mecanismo de garantia de direitos global são também dimensões presentes no caso Maria da Penha, que no ano de 1983, sofreu uma dupla tentativa de feminicídio por parte do seu marido. Ele foi condenado pelos tribunais locais em 1991 e 1996, mas, valendo-se de recursos processuais, não foi preso. Maria da Penha recorreu ao Centro para a Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e ao Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), que apresentaram o caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Entretanto, frente à comissão, o Brasil não tomou nenhuma medida. Em 2001, passados 18 anos do acontecido, a Organização dos Estados Americanos (OEA) responsabilizou o país por omissão e negligência no que diz respeito à violência doméstica. A OEA recomendou ao Brasil que tomasse medidas de criação de políticas públicas que inibissem as agressões que vitimavam as mulheres. Em 2002, o processo acabou sendo encerrado e culminou na prisão do agressor. Também surgiram Projetos de Lei que resultaram na elaboração da Lei nº 11.340 – Lei Maria da Penha (Vicentim, 2010).

políticas públicas para atingir as recomendações para a diminuição das mortes maternas por causas evitáveis⁷.

Esse assunto já vinha sendo abordado e demandado socialmente no Brasil desde a década de 1980, no contexto de implementação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM; com a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI sobre Mortalidade Materna em 1996 (cujo relatório foi finalizado e divulgado em 2001) e com a aprovação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004. Entretanto, foram as recomendações do Cedaw que fortaleceram a implementação de uma política pública que atendesse especificamente a saúde materna de maneira integral, como é a Estratégia Rede Cegonha (Brasil, 2011). A seguir, analisarei como o caso foi construído como uma violação aos direitos humanos.

A morte materna como violação aos direitos humanos

A denúncia e o julgamento inseriram o caso numa dimensão transnacional. Como colocam Brown et al (2006), o cenário contemporâneo marca uma passagem de uma concepção “internacional” (numa relação entre Estados nacionais) a uma “global” dos problemas sociais. Na área da saúde, o novo cenário da “saúde global” emergiu como parte de um processo histórico e político, em meio a um debate sobre a direção que devia tomar a saúde pública, no contexto de uma ordem mundial neoliberal e um conjunto de alianças de poder em transformação (Brown et al, 2006).

⁷ Em nível mundial, as causas diretas que provocam o 82% das mortes maternas evitáveis são: hemorragia, hipertensão, aborto inseguro e infecções (mencionados em ordem decrescente). As causas indiretas de morte, incluindo malária e HIV/AIDS, que complicam ou são agravadas pela gravidez, contribuem para os 18% restantes. No Brasil, o percentual desagregado por causas diretas difere um pouco das estimativas mundiais, com hipertensão, infecções, hemorragia, e abortos inseguros como as principais causas (Cook, 2013).

Com efeito, vem sendo construída uma demanda/meta global relacionada à redução da mortalidade materna desde a década de 1980⁸. As principais iniciativas globais para a redução da mortalidade materna começaram em 1987 com a Conferência Internacional sobre a Maternidade sem Risco em Nairóbi, Quênia. Articularam-se uma série de atores sociais, constituindo redes de profissionais de saúde pública da Organização Mundial da Saúde – OMS, das Nações Unidas e do Banco Mundial, associações profissionais, e organizações não-governamentais, que desenharam a iniciativa da chamada Maternidade Segura, que delineou a redução da mortalidade materna como uma meta global de saúde pública (Cook, 2013).

Em 1990, foi realizada a XXIII Conferência Sanitária Pan-Americana em Washington, que aprovou o *Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Región de las Américas* com efeitos no âmbito das políticas públicas e legislação sobre saúde reprodutiva na região. Os países signatários assumiram o compromisso de formular seus planos nacionais de redução da mortalidade materna firmando a meta de reversão em, pelo menos, 50% até o ano 2000 (Rodrigues; Siqueira, 2003). No início do século XXI, a redução da mortalidade materna passou a formar parte das Metas de Desenvolvimento do Milênio – MDM das Nações Unidas (constituindo a 5ª MDM), que os 193 Estados-Partes das Nações Unidas se comprometeram a alcançar até 2015 (Cook, 2013).

Nesse cenário, o Brasil se situa, conforme o olhar dessa rede transnacional, na categoria “fazendo progresso”, e não na categoria “no

8 Podemos relacionar esse fenômeno com o que Jussara Prá e Léa Epping (2012) analisam como a construção de uma esfera transnacional contemporânea das lutas feministas, que produziu efeitos de ampliação de cidadania e garantia de direitos humanos das mulheres em diversos planos nacionais.

caminho certo” para alcançar a 5ª MDM⁹, estando numa posição melhor do que aqueles países que são categorizados como “progresso insuficiente” ou “sem progresso” (Cook, 2013).

A abordagem de direitos humanos para a saúde materna ganhou força em 1999, com a adoção pelo Cedaw da Recomendação Geral sobre a saúde das mulheres, delineando que, quando os governos falham em oferecer assistência em saúde que somente as mulheres necessitam, como é a assistência à maternidade, esta falha seria então uma forma de discriminação contra as mulheres, sendo os governos obrigados a prevenir e solucionar. A mortalidade materna entraria nessas preocupações. Assim, o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas adotou resoluções reconhecendo a morbidade e mortalidade materna evitável como violações de direitos humanos.

A decisão do Cedaw no caso Alyne foi a primeira do tipo, proferida por um órgão de tratado internacional de direitos humanos, responsabilizando um governo legalmente pela falha na implementação do direito de uma mulher a serviços apropriados de atenção à gravidez, parto e puerpério. Articulada com a dimensão de gênero, aparece a dimensão racial e de classe social, caracterizando a discriminação no acesso à assistência. Como cita o Relatório do Governo Brasileiro sobre o julgamento do Cedaw, Alyne “sofreu discriminação, não apenas de gênero, mas também com base na sua condição de mulher afrodescendente e advinda de grupo econômico não privilegiado” (Brasil, 2014, p. 1). Um ano antes do caso Alyne, a Corte Interamericana de Direito Humanos, num caso sobre disputa de terra, considerou o Estado do Paraguai responsável em uma denúncia de morte materna

9 A Razão de Mortalidade Materna – RMM estimada mundial em 2010, que caiu para 210 de 400 mortes por 100.000 nascidos vivos em 1990, representa um declínio anual de 3.1%, enquanto que um declínio anual de 5.5% seria necessário para a obtenção da 5ª MDM até 2015. O declínio na RMM no Brasil de 1990 a 2010 foi de 120 para 56 mortes por 100.000 nascidos vivos, representando uma redução de 51%, com uma taxa média anual de declínio de 3.5% neste período (Cook, 2013).

evitável de uma mulher indígena, alegando a violação dos mesmos direitos que no caso Alyne.

Retomo aqui o ponto defendido por Rebecca Cook (2013), na sua análise da decisão do Cedaw. A abordagem dos direitos humanos parte do princípio de que a maioria das mortes maternas é evitável, mas não evitada, assim como das estatísticas que apresentam números elevados de mortalidade materna. Estas mortes e sua natureza evitável são “analiticamente valiosas, na medida em que indicam o que é teoricamente alcançável, e, portanto, estabelecem um padrão mínimo para o que é potencialmente evitável através de ação governamental” – conforme Cook cita do relatório do Cedaw (2013, p. 4). Segundo a autora, os números de mortalidade materna permitem uma compreensão da injustiça das desigualdades em saúde. Eles apresentam os fatos empíricos que embasam as demandas judiciais de injustiça, e a aplicação dos direitos humanos e constitucionais. Se olharmos a partir da lógica da objetivação epidemiológica, proposta por Fassin (2004), vemos que os dados epidemiológicos se tornam necessários para mostrar a efetivação de direitos, ou bem para legitimar uma denúncia de violação destes direitos.

Chamo a atenção à complexidade dos processos de objetivação, precisamente porque são construções sociais que não podem ser separadas de processos ideológicos de visibilização e invisibilização de determinados fenômenos. No tópico anterior referi à subnotificação dos dados de mortalidade materna exemplificado pelo próprio caso Alyne, já que sua morte não foi registrada como tal. Conforme Andreia Silva (2015, p. 13, grifos meus):

Alyne Pimentel poderia fazer parte das estatísticas que mostram que no ano de 2002 o Brasil registrou o óbito de 1.655 mulheres em função de morte materna, ou então fazer parte daquelas mortes maternas que não são contabilizadas, propositalmente, ao se omitir a causa da morte em seu atestado de óbito, tornando-as **invisíveis**.

Podemos pensar que o fato de apelar a uma instância transnacional para questionar um agir local e exigir do Estado uma reparação e garantia de direitos potencializaram processos de objetivação na esfera nacional.

Continuando com o apontamento de Cook, “uma das desvantagens de confiar somente em estatísticas é que elas podem facilmente **despersonalizar e alienar, disfarçar o lado humano da mortalidade materna, e assim, perder de vista as mulheres propriamente ditas**” (2013, p. 4, grifos meus). A confiança nas estatísticas “pode levar a dissociar os eventos da ação humana, deslocando a responsabilidade, conferindo à mortalidade materna uma **existência simples e objetiva**” (2013, p. 4, grifos meus). Em outras palavras, a autora chama a atenção para a recuperação da dimensão de subjetivação para a garantia de direitos. A afirmação de Cook faz lembrar da ‘vida nua’ de Agambem (citada por Fassin, 2004), como se as histórias, as vidas dessas mulheres que morreram, fossem apagadas da memória burocrática, do agir das políticas públicas e da garantia de direitos. Refletirei posteriormente sobre como a dimensão das políticas da vida é trazida pela demanda do movimento de mulheres negras em relação à mortalidade materna, expressando gênero e raça como vivências compósitas, não separáveis na experiência corporificada.

Antes, focarei na construção da mortalidade materna como objeto sanitário no Brasil.

A construção da mortalidade materna como objeto sanitário no Brasil

Como desdobramentos locais dos pactos e ações transnacionais mencionados, em 1996, foi aberta na Câmara de Deputados uma Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI para apurar a grande incidência de mortalidade materna no Brasil. Seu relatório foi

divulgado no ano de 2001. Foram apontadas falhas nas ações e políticas públicas para a prevenção dessas mortes, sendo a maior parte delas evitáveis.

Um questionamento que é levantado em relação à mortalidade materna na esfera global (e que a CPI no Brasil também coloca) é a falta de confiabilidade das estatísticas oficiais devido à fragmentariedade das informações disponíveis e as dificuldades para a obtenção de dados consistentes sobre óbito materno¹⁰.

Tal como apontam Rodrigues e Siqueira (2003), os Comitês de estudos de mortalidade materna constituíram-se em dispositivo técnico-científico, em países em que as estatísticas oficiais não se apresentavam de maneira confiável, como o caso do Brasil. Os Comitês de estudos da morte materna se constituem em mecanismo ou estratégia de investigação pertinente ao campo da epidemiologia, com metodologia de trabalho conforme os paradigmas desta área. Inclusive, a Organização Pan-Americana da Saúde definiu alguns parâmetros para a concepção do sistema de vigilância do óbito materno, para alcançar uma situação de comparabilidade dos dados entre os países, focando na “identificação, notificação, medição, determinação de causa e prevenção de mortes maternas, com o propósito de formular medidas de prevenção adequadas” (OPS/OMC/CDC, 1992, p. 4 apud Rodrigues; Siqueira, 2003, p. 184). Assim, os Comitês passaram a

10 Conforma o Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, apresentam-se dois problemas para o monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação das causas dos óbitos a partir do preenchimento incorreto das declarações de óbito, omitindo que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério; e o sub-registro das declarações de óbito, pela omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Essa omissão se dá pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou pela falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania. Para amenizar esses problemas de sub-registro, epidemiologistas delinearam um “fator de correção” (Brasil, 2009).

formar parte do sistema de vigilância dos países em que foram aplicados, sendo esta inserção de carácter técnico.

Porém, no Brasil, apontam as mesmas autoras, a emergência desses Comitês na década de 1990¹¹ é expressão de um momento histórico particular, marcado pela participação social nas definições das políticas públicas. Ressalta-se a dimensão de dispositivo político que os comitês ganharam, vinculada às demandas dos movimentos feministas e ao contexto de implementação da PAISM (Rodrigues; Siqueira, 2003).

As autoras analisam, no caso do Comitê de São Paulo, as tensões entre a dimensão técnico-científico e a política, perpassadas pelo conflito entre diversos atores (corporação médica, sociedade civil organizada, familiares das mulheres que foram ao óbito), que acentuam a fragilidade do Comitê e sua pouca representatividade institucional. Esta última, os deixam presos à “boa vontade” da gestão hospitalar em colaborar com a divulgação de dados necessários à investigação. Rodrigues e Siqueira chegam à conclusão que, para tornar mais relevante a ação dos Comitês, estes deveriam se situar para além de uma estratégia de vigilância epidemiológica e se reposicionar política e institucionalmente, para dar conta da complexidade do assunto.

Depreendem-se dessa análise as tensões que derivam dos processos de objetivação e subjetivação de um problema social, presentes na construção de qualquer objeto sanitário e que, no caso da mortalidade materna, adquirem contornos particulares.

Outra dimensão que podemos trazer para pensar esse fenômeno, relacionada com as assimetrias de gênero, é mencionada por Fátima Oliveira (2006), médica e ativista feminista negra, em entrevista sobre as ações, particularmente dos Comitês, para reduzir

11 O primeiro Comitê surgiu no estado de São Paulo, em 1988, sendo precursor e referência para os comitês surgidos posteriormente (Rodrigues; Siqueira, 2003).

a mortalidade materna: a banalização e naturalização da morte materna. Ela denuncia uma drenagem de recursos para a investigação da morte neonatal ou infantil, “na medida em que a morte de crianças comove mais, desde gestores à sociedade” (2006, p. 5); assim como a influência política de setores católicos conservadores¹² no Ministério da Saúde e nos governos estaduais, que acaba desprivilegiando as ações de prevenção de morte materna. Ela dá o exemplo de que, nas cidades ou nos estados onde não há uma presença forte de feministas e de debates políticos nos Comitês de Morte Materna, estes tendem a se denominar “Comitês pela Vida”.

Compreendo os exemplos dados por Oliveira no bojo das políticas da vida, como a construção de uma ideia de vida humana genérica (indicada pelo nome “Comitê pela Vida”), representada na vida de uma criança, que anula/opaca o direito à vida das mulheres. Ainda, a banalização e naturalização da morte materna pode ser pensada em termos biopolíticos, articulando gênero a outros marcadores sociais da diferença: quais mulheres são as que morrem na gestação, parto ou puerpério por causas evitáveis?

No relatório da CPI de 2001¹³ foi delineado um perfil das mulheres vítimas de morte materna. Foram apontados “fatores de risco”, que têm a ver com situações de vulnerabilidade social, relacionadas com indicadores como nível de escolaridade e renda, acesso à assistência à saúde, dados demográficos gerais (como raça/cor, idade e estado civil), assim como a violência doméstica. Ainda é apontado que “não há uma correlação de causa e

12 Na atualidade vivenciam-se efeitos de setores católicos e evangélicos conservadores, com inserção no Congresso Nacional para a votação, por exemplo, do Estatuto do Nascimento, que resulta na proibição do aborto, inclusive nos casos reconhecidos legalmente no Brasil; do Estatuto da Família, que busca definir quais grupos podem ser reconhecidos como família perante a lei; do Projeto de Lei 5069, que trata da atenção às vítimas de violência sexual, que dificulta o acesso à pílula do dia seguinte.

13 O Relatório encontra-se online, por isto, não possuo número de página para as citações literais. Link: http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/cpi/CPIMortalidade_Matern.htm [acesso em novembro de 2015].

efeito entre cada um dos indicadores e a mortalidade materna, mas sim uma ação em conjunto [...] vulnerabilizando as mulheres” (Brasil, 2001, s/p).

Quanto à dimensão racial, o relatório sinaliza que no Brasil “são raros os dados de mortalidade materna segundo a raça”, embora estudos internacionais apontem “risco aumentado de morte materna em minorias étnicas”. Porém, para o Brasil é indicado que “em virtude da intensa miscigenação racial, é difícil traçar com precisão a cor que apresenta maior risco”. É citado o estudo de Alaerte Martins (que falarei no próximo tópico) para mostrar que, no Paraná, o coeficiente de mortalidade materna é maior entre mulheres amarelas e pretas (segundo as categorias de classificação do IBGE). E ainda é ressaltado de maneira não muito detalhada que “algumas doenças de predominância racial têm expressiva significação no caso. Citamos particularmente a anemia falciforme e a hipertensão, que apresentam maior incidência entre mulheres negras” (Brasil, 2001, s/p).

Nesse discurso, pode-se denotar uma subvalorização da dimensão racial das mortes maternas no Brasil, devido tanto a ideologias da mestiçagem (segundo o relatório, num país miscigenado seria difícil determinar quem é quem em termos raciais) quanto à falta ou à fragmentariedade dos dados epidemiológicos que contemplem o quesito cor. A dimensão racial parece se resumir a “algumas doenças de predominância racial” que afetam as mulheres negras. As políticas do vivente têm representatividade através dessas doenças, enquanto que as políticas da vida (que trariam o racismo como um produtor de vulnerabilidades) nem sequer são postas em jogo.

Esse processo pode ser comparado com o fenômeno em torno das esterilizações em massa de mulheres pobres ocorridas na década de 1990. O movimento de mulheres negras levantou uma denúncia pública, viabilizada na Campanha contra a Esterilização em Massa de Mulheres no ano de 1991, que questionava o

grande número de esterilizações entre as mulheres pobres, sendo pensado na intersecção de gênero, classe e raça, como um “plano genocida contra a população negra brasileira”. Segundo avaliação da militância de mulheres negras, essa campanha não teve eco suficiente entre os profissionais da saúde e entre o feminismo, alegando-se, entre outros motivos, a falta de dados desagregados por raça/cor para comprovar a desigualdade racial na esterilização (Oliveira, 1998).

Porém, as denúncias de organizações do movimento de mulheres negras, somando as articulações dentro do poder legislativo de algumas militantes, assim como o destaque para os dados epidemiológicos decorrentes de pesquisas sobre saúde reprodutiva da população negra (Berquó et al, 1986; Berquó, 1994), provocaram a criação, em 1993, de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito – CPMI, destinada a investigar a incidência da esterilização em massa de mulheres no Brasil.

Após uma intensa discussão que envolveu vários atores sociais, os membros da CPMI acabaram não confirmando a tese defendida pela militância negra de que a esterilização cirúrgica foi direcionada às mulheres negras na década de 1980 com o objetivo de controlar a natalidade deste grupo populacional no Brasil. Porém, concordou-se com o fato de que não havia até aquele período estatísticas oficiais satisfatórias que desagregassem por raça/cor os aspectos relacionados à saúde da população brasileira (Damasco et al, 2012).

Entretanto, o processo em torno da CPMI fomentou uma ampla discussão política sobre aspectos que envolviam a prática da esterilização cirúrgica. Representantes de diversos setores da sociedade apresentaram seus pontos de vista, reivindicando medidas do Estado que normatizassem essa prática. Damasco et al (2012) avaliam que “a CPMI foi importante para o movimento das mulheres negras porque abriu espaço em âmbito parlamentar para apurar as denúncias levantadas por ativistas” (p.

146). Um dos efeitos foi a proposta de criação de um projeto de lei específico para poder conter o uso abusivo da esterilização cirúrgica no Brasil¹⁴, beneficiando as mulheres de modo geral.

Do ponto de vista da “construção epidemiológica” (Fassin, 2012) da esterilização abusiva entre mulheres negras como violação de direitos, o enfoque racial na produção de dados não foi legitimado naquele contexto. Cabe destacar que, no cenário da CPMI, as políticas com enfoque racial (particularmente na área da saúde) eram incipientemente pensadas na relação entre movimento negro e Estado.

No caso da mortalidade materna, particularmente a partir dos anos 2000, ou seja, posteriormente à divulgação de Relatório da CPI em 2001, percebe-se um cenário diferenciado das políticas de promoção da igualdade racial, como foi denominada a Secretaria Especial¹⁵ criada em 2003. Começou a ser criada uma rede de políticas públicas para contemplar os efeitos do racismo na população e propor caminhos de equidade. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que vinha sendo discutida com ênfase nos anos 2000, como desdobramento das políticas de ação afirmativa demandadas aos governos latino-americanos na Conferência Mundial contra o Racismo das Nações Unidas (realizada em Durban, África do Sul, 2001), foi aprovada em 2009.

Em 2004 foi aprovado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a partir da articulação de vários atores do poder público e da sociedade civil. Fátima Oliveira, na mesma entrevista que citei anteriormente, destaca como se deu a introdução da dimensão racial no Pacto. Conforme Oliveira (2006, p. 6):

14 A Lei do Planejamento Familiar N° 9.263, aprovada em janeiro de 1996, estabelece que a esterilização cirúrgica só pode ser realizada em mulheres com idade mínima de 25 anos ou que tiverem pelo menos dois filhos (Damasco et al, 2012).

15 Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR.

[...] por se tratar de um documento que coloca os pingos nos 'is', tanto na morte materna como na neonatal, sentimos falta do 'Quesito Cor', na medida em que se trata de um tópico que consta no atestado de óbito, mas ainda não foi devidamente absorvido pelos profissionais de saúde como dado epidemiológico essencial. Durante as discussões o acordado foi que o Quesito Cor terá o destaque que merece. A demanda gerada pela necessidade do "Quesito Cor" no Pacto, foi suficientemente reparada, em minha opinião, já que a Área Técnica de Saúde da Mulher tem respondido positivamente às bandeiras históricas das mulheres negras com as seguintes ações: introdução do exame para detecção da Anemia Falciforme nos exames de pré-natal; elaboração e publicação do "Manual Perspectiva da Equidade na Atenção às Diferenças no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção às Mulheres Negras"; inclusão do Quesito Cor nos formulários do Ministério da Saúde.

Oliveira destaca que "as mulheres negras são as beneficiárias mais diretas da ação universal do Pacto, pois são as que mais morrem da primeira causa de morte materna no país: toxemia gravídica¹⁶" (2006, p. 6). Aponta, assim, que deveriam ser avaliados os dados a médio prazo "para evidenciar em que aspectos as mulheres negras precisam de 'algo mais', de um olhar e uma ação mais focada, do que a que está proposta atualmente" (2006, p. 6).

O Manual mencionado contextualiza os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, tal como a atenção integral à saúde da mulher o preconiza, e redimensiona o enfoque de gênero para incorporar "as questões relativas à raça/etnia, ou seja, o 'quesito cor' na saúde, visando a que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis" (Brasil, 2005, p. 5). O enfoque de gênero e raça se faz presente para pensar a "evolução diferenciada e prevalência de algumas doenças na população negra" e suas repercussões na atenção obstétrica (2005, p. 9), para, depois de descrever brevemente cada doença relacionada com a

16 Causa de morte resultante da hipertensão arterial não tratada durante a gravidez (Oliveira, 2006).

gravidez, mencionar num último item a “discriminação e exclusão” (2005, p. 12). O texto parece destacar com maior ênfase as dimensões do vivente, do biológico, para chegar posteriormente à dimensão política da vida.

Interessante notar que, no Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, publicado no ano 2009, consta dados epidemiológicos desagregados por raça/cor:

A análise por grupos de causas demonstra que a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério e o aborto são as cinco principais causas de morte materna. O preenchimento da variável raça/cor tem apresentado uma melhora considerável. A falta de informação neste quesito em 1996 foi de 7,5%. A proporção de óbitos maternos de mulheres negras responde por pouco mais da metade dos óbitos maternos, considerando-se população negra como aquela composta por pessoas de cor preta somadas às de cor parda. A região sul apresentou a maior concentração de óbitos de mulheres brancas, as regiões norte e nordeste de mulheres pardas, enquanto a região sudeste se destaca com a maior proporção de mulheres negras. No período de 2002 a 2006 as mortes maternas por causas obstétricas diretas foram mais elevadas entre as mulheres pardas (com variações entre 72,8 e 76,1%). Com exceção dos anos 2002 e 2004 em que prevalecem as mulheres com raça/cor preta. O grupo de mulheres pretas foi aquele que apresentou uma redução proporcional gradual no período analisado (de 75 para 65,7%). Embora, tenha sido menos significativo o grupo das mulheres brancas, também, apresentou uma redução proporcional de 4,3% no período. As mulheres de raça/cor brancas e pretas apresentaram as maiores proporções de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas entre 2002 e 2006. Com relação aos óbitos maternos por aborto são as mulheres de raça/cor pretas que apresentaram as maiores proporções, no período considerado, com exceção do ano de 2005, em que o grupo de mulheres brancas se sobressai (Brasil, 2009, p. 8).

Nota-se, nesse documento, um processo de objetivação epidemiológica mais robustecido, em comparação ao relatório da CPI de 2001.

Em relação à Rede Cegonha, cria-se uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar “uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (Brasil, 2011, p. 3).

Pode-se refletir que o impacto do julgamento do Estado brasileiro pelo caso Alyne se viu contemplado numa política que universaliza o acesso e a qualidade de atendimento para todas as mulheres gestantes. A dimensão racial foi contemplada dentro dos princípios da Rede Cegonha, sendo estes: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados brasileiros (Brasil, 2011). Não existe alguma outra referência apontando e sendo trabalhados os efeitos do racismo articulados aos de gênero e classe.

Aponto que a lógica das ações estatais e políticas públicas de saúde ancora-se em processos de objetivação (como outras políticas públicas) e, no caso da saúde, em políticas do vivente mais do que em políticas da vida. Esse fenômeno é entendido por Fassin (2004) como uma “bio-legitimidade”, ou seja, a prioridade dada ao vivente na administração dos assuntos humanos e caracterizada como um dos fenômenos morais do mundo contemporâneo. A bio-legitimidade é acompanhada por uma noção de “risco” biomédica.

Em alguns documentos, como o de Atenção à Saúde das Mulheres Negras – e podemos também pensar o da Estratégia Rede Cego-

nha –, a dimensão racial entra fortemente marcada pela noção de “risco” da biomedicina, no caso, dos riscos que mulheres negras teriam de vivenciar algumas patologias durante a gravidez.

Podemos destacar ainda que as tensões entre as políticas do vivente e as políticas da vida formam parte da trajetória de construção da demanda em saúde da população negra. Esse percurso está perpassado pela articulação entre as demandas vinculadas às doenças etnicamente prevalentes, como a anemia falciforme, e as discussões sobre os efeitos do racismo na saúde. No caso de Alyne, podemos perceber de maneira mais crua os efeitos do racismo do que o fato de uma doença prevalente na população negra ter se apresentado. A dimensão da assimetria racial, vinculada a quais vidas merecem ser cuidadas e quais são deixadas de lado, é o que se apresenta como mais premente na produção das mortes maternas de mulheres negras. É essa dimensão que parece faltar nos documentos que guiam a implementação das políticas.

Apontamos algo similar para pensar a “saúde da mulher” como uma discussão técnica de doenças e processos fisiológicos, marcada por riscos biomédicos, que não levam em profundidade uma discussão das assimetrias de gênero. Do ponto de vista interseccional, essas discussões se intersectam e potencializam as assimetrias de gênero e raça.

Retomo a seguir, como a dimensão das políticas da vida é trazida pela demanda do movimento de mulheres negras em relação à mortalidade materna, expressando gênero e raça como vivências compósitas, não separáveis na experiência corporificada.

As políticas da vida na interseccionalidade de gênero e raça

O corpo e a sexualidade, assim como a reprodução vinculada à ideologia da mestiçagem, apresentaram-se durante

meu trabalho de campo como centro das atenções da militância das mulheres negras, vinculando a autonomia sexual em relação à reprodução (um assunto do feminismo) à dupla opressão de gênero e raça, como dimensões compostas, não separáveis na experiência corporificada. O corpo da mulher negra se torna visível como objeto de múltiplas opressões e o centro das disputas políticas. Essa violência de raça e gênero aparece como o ponto inicial de uma narrativa subalterna que critica o poder do ponto de vista do corpo que o sofre e produz uma identificação afrodiáspórica (López, 2009).

Em relação à prevenção da mortalidade materna como demanda do movimento de mulheres negras, podemos ressaltar a trajetória de Alaerte Martins, enfermeira obstétrica e doutora em Saúde Pública, e reconhecida militante do movimento de mulheres negras (fundadora e coordenadora da Rede de Mulheres Negras do Paraná). Integra o Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna do Paraná, tendo sido sua presidenta, assim como a Comissão de Prevenção da Morte Materna do Ministério da Saúde.

Na sua tese de doutorado mostrou que as mulheres mais atingidas por morte materna são as de baixa renda, menor escolaridade e as negras devido à maior discriminação no acesso aos serviços de saúde e pela vulnerabilidade às violências. Para analisar a mortalidade materna, Martins centrou sua atenção no estado do Paraná, onde o quesito cor dos óbitos maternos é investigado desde 1993, constituindo fonte de informação para sua tese (Martins, 2006). Porém, em outros estados, os dados desagregados por cor apresentavam-se fragmentários, o que ocasionou dificuldades para ampliar seus dados. Esse fato chama a atenção, segundo a autora, para a importância da coleta do quesito cor, que se não for implementada de maneira eficaz, acaba reforçando mecanismos de racismo institucional (Martins, 2007).

Em matéria publicada pela mídia alternativa Viomundo, intitulada “Alaerte Martins: a morte materna invisível das mulheres ne-

gras” (Lemes, 2012)¹⁷, e baseada em entrevista à própria Martins, são comparados os casos de Alyne Pimentel e o de Marina Carneiro, cuja morte materna ocorreu em 2005, também por falhas na assistência da rede de saúde¹⁸. Segundo a entrevistada: “Alyne e Marina morreram não por falta dos R\$ 50, propostos pela MP 557, mas por falta de acesso a um pré-natal de qualidade, o nosso calcanhar-de-aquiles” (Lemes, 2012, s/p). Continua: “A alta taxa de mortalidade materna no Brasil se deve principalmente à má qualidade do atendimento e à falta de organização das redes de serviços e não à falta de acesso ao pré-natal” (s/p), problemática que se agrava em relação à assistência às mulheres negras, pelas situações de discriminação racial nos serviços de saúde.

A matéria contextualiza que o movimento negro contemporâneo alertava já na década de 1970 sobre fortes indícios de que a mortalidade materna das mulheres negras no Brasil era, expressivamente, maior que do que a das mulheres brancas. Porém, “o setor saúde e os governos nunca deram crédito à hipótese. Até que uma enfermeira obstétrica negra, Alaerte Leandro Martins, resolveu estudar o assunto” (Lemes, 2012, s/p).

Chamo a atenção para essa última referência na medida em que nos dá indícios de que a construção epidemiológica que envolve a dimensão racial dos objetos sanitários apresenta-se como um processo posterior à demanda e experiência do movimento negro e que visibiliza e objetiva algo que já vem sendo sinalizado a partir, neste caso, das experiências de mulheres negras.

17 Link: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/alaerte-martins-a-morte-materna-invisivel-das-mulheres-negras.html> [acesso em novembro de 2015]

18 Como relata a matéria, Marina tinha 25 anos, residia em Porto Alegre, havia morado nos Estados Unidos, cursava o último ano de Engenharia do Meio Ambiente. Fez pré-natal com o médico do seu convênio. Ele solicitou cinco ultrassonografias, mas nenhum exame de urina durante o pré-natal, como determina o protocolo básico de atendimento às gestantes. No dia 7 de março de 2005, na 34ª. semana de gestação, Marina deu à luz a Manuela. Não sobreviveu para conhecê-la. Sete horas depois morreu por causa da DHEG, doença hipertensiva específica da gravidez.

Mencionarei dois exemplos para relacionar com essa problemática. Um de minha própria pesquisa com o movimento de mulheres negras e sua relação com políticas e campanhas de prevenção de HIV/Aids que contemplam a dimensão racial. Como analiso em artigo (López, 2011), a demanda com relação a HIV/Aids entre a militância negra brasileira surge, tanto entre as organizações de mulheres negras quanto entre os religiosos de matriz africana, como problemática a ser levada em consideração acerca do próprio trabalho nas comunidades e da visibilidade do aumento de casos entre a população negra nestes locais. A tendência de feminização e pauperização da doença foi percebida pela militância social antes dos dados epidemiológicos oficiais serem divulgados e, particularmente, “observando como se produziam situações de vulnerabilidade, portanto manejando a noção de raça como dispositivo de poder que elege quais os segmentos da população que morrem e quais são escolhidos para continuar vivendo” (López, 2011, p. 600).

Outro exemplo é relacionado com a questão do feminicídio¹⁹. O Mapa da Violência 2015 (Waiselfisz, 2015) foi dedicado ao tema e mostrou que as mulheres negras morrem desproporcionalmente mais do que as brancas. No site de Anis, instituto de pesquisa sobre bioética, liderado pela antropóloga Debora Diniz, foi publicada uma série de vídeos sobre o tema, entre eles, um trecho de entrevista a Jurema Werneck, doutora em Medicina e reconhecida militante do movimento de mulheres negras. Ela narra o encadeamento das violências do racismo na vida dos sujeitos negros, que levam em um ponto extremo à morte. Estas mortes acontecem “todo dia, morrem perto de nós, e a gente vê isso acontecendo, isso não é uma novidade, o dado não é uma novidade para nós, a gente já sabia disso, olha que lamento vem todo dia e numa hora ele é radical como o feminicídio e o

19 Em 2015 foi aprovada a Lei 13.104, que alterou o código penal para incluir uma nova tipificação de morte qualificada, o feminicídio, quando o crime for praticado contra uma mulher por razões da condição feminina.

homicídio”²⁰. Estes apontamentos nos abrem interrogantes para indagar como a interseccionalidade de gênero e raça opera na produção de violência.

Pode-se pensar que, para que uma realidade vivenciada cotidianamente por sujeitos minoritários ganhe estatuto de problema de saúde pública, precisa de uma objetivação como um dado do vivente, através do registro epidemiológico das mortes. Porém, no processo de objetivação parece se perder a dimensão das experiências encarnadas dos sujeitos.

Considerações Finais

O artigo analisou como a morte materna de uma mulher negra se transformou em um caso paradigmático no bojo das várias construções da mortalidade materna e dos desdobramentos transnacionais e na esfera pública brasileira.

Apontou-se que a lógica das ações estatais e políticas públicas de saúde se ancora em processos de objetivação, em políticas do vivente – através de uma bio-legitimidade –, mais do que em políticas da vida. Porém, a dimensão da assimetria racial, vinculada a quais vidas merecem ser cuidadas e quais são deixadas de lado, é o que se apresenta como mais premente na produção das mortes maternas de mulheres negras. É essa dimensão que parece opaca nos documentos que guiam a implementação das políticas. Nesses documentos, a dimensão racial entra fortemente marcada pela noção de “risco” da biomedicina, no caso, dos riscos que mulheres negras teriam de vivenciar algumas patologias durante a gravidez. Mas no caso de Alyne, ganham visibilidade os efeitos do racismo mais do

20 Transcrição de trecho de vídeo publicado no site de Anis, em 18 de novembro de 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2f_T-KYozo8> [acesso em novembro de 2015].

que o fato de uma doença prevalente na população negra ter se apresentado.

Nesses embates, as narrativas e experiências das mulheres negras parecem não ecoar no desenho de políticas públicas para a garantia de direitos sexuais e reprodutivos. No caso analisado, o caminho da denúncia e do julgamento realizado pelo Cedaw, com a construção como violação aos direitos humanos, está delineado a partir de um olhar interseccional. Porém, quando a temática é objetivada e traduzida em dados epidemiológicos e em uma política pública, a interseccionalidade como experiência corporificada fica reduzida.

Percebemos um duplo jogo: o movimento negro sinaliza a partir das vivências corporificadas e constrói demandas políticas. A construção epidemiológica que envolve a dimensão racial dos objetos sanitários apresenta-se como um processo posterior à demanda do movimento negro, que visibiliza e objetiva algo que já vem sendo sinalizado a partir, neste caso, das experiências de mulheres negras. Ao mesmo tempo, o processo de objetivação, que dá legitimidade para criar uma agenda de política pública, invisibiliza a experiência corporificada dos sujeitos.

Abro o interrogante de como tratar politicamente um corpo social em toda a sua profundidade e complexidade no contexto de uma bio-legitimidade, que biologiza o vivente e deixa em segundo plano – ou em alguns casos anula – a dimensão política da vida. Mais ainda, como repensar a lógica das políticas públicas, que destaca o vivente, ao mesmo tempo em que compartimentaliza a vida em suas várias dimensões, que, na experiência corporificada dos sujeitos, apresentam-se de maneira compósita, neste caso, as vivências de gênero e raça.

Referências bibliográficas

- BAIROS, Luiza. Nossos feminismos revisitados. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, ano 3, n. 2, pp. 458-463, 1995.
- BERQUÓ, Elza. *Esterilização e raça em São Paulo*. São Paulo: Cebrap, 1994.
- BERQUÓ, Elza, BERCOVICH, Alicia M., GARCIA, Estela M. Estudo da dinâmica demográfica da população negra. *Textos NEPO*, n. 9, Campinas: NEPO-Unicamp, 1986.
- BRAH, Avtar. *Cartografías de la diáspora: identidades en cuestión*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2011.
- BRASIL. *CPI Mortalidade Materna*. Brasília: Câmara de Deputados, 2001.
- BRASIL. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. *Manual Perspectiva de Equidade na Atenção às Diferenças no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção às Mulheres Negras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. *Manual Prático para a Implementação da Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. *Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher – Caso Alyne da Silva Pimentel – Relatório do Governo Brasileiro*. Brasília, 2014.
- BROWN, Theodore; CUETO, Marco; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, pp. 623-47, jul./set. 2006.
- CALDWELL, Kia. Mulheres Negras, Militância Política e Justiça Social no Brasil. *Revista Gênero*, Niterói, Vol. 8, n. 1, pp. 53-69, 2007.
- CARNEIRO, Sueli. Ennegrecer al feminismo. La situación de la mujer negra en América Latina desde una perspectiva de género. *Feminismos disidentes en América Latina y el Caribe - Nouvelles Questions Féministes*, v. 24, n. 2, pp. 21-26, 2005.
- COOK, Rebecca. Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, v. 41, n. 1, pp. 103-123, 2013. Traduzido para o português, com a permissão da Sociedade

Americana de Direito, Medicina e Ética, por Maria Elvira Vieira de Mello e Beatriz Galli. Disponível em: <http://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/Pub-AlynePortuguese.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2015.

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

CURIEL, Ochy. Crítica poscolonial desde las prácticas políticas del feminismo antirracista. *Nómadas*. Univesidad Central de Colombia, Bogotá, n. 26, pp. 92-101, abr. 2007.

DAMASCO, Mariana S.; MAIO, Marcos C.; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 1, pp. 133-151, jan./abr. 2012.

FASSIN, Didier. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, Bogotá, v. 40, jan.-dez., pp. 283-318, 2004.

_____. O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (org.). *Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, pp. 375-390.

FOUCAULT, Michel. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. *Genealogía del racismo*. La Plata: Editorial Altemira, 1996.

GONZALES, Lélia. Por un feminismo afro-latinoamericano. *Mujeres, Crisis y Movimiento*. Ediciones de la Mujer del ISIS Internacional, n. 9, pp. 133-140, 1988.

HALL, Stuart. Quando foi o pós-colonial? Pensando no limite. In: *Da diáspora. Identidades e Mediações Culturais*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003, pp. 101-128.

LEMES, Conceição. Alerte Martins: A morte materna invisível das mulheres negras. *Viomundo*, 23 de fevereiro de 2012. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/alaerte-martins-a-morte-materna-invisivel-das-mulheres-negras.html>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

LÓPEZ, Laura C. *Que América Latina se sincere*. Uma análise antropológica das políticas e poéticas do ativismo negro em face a ações afirmativas e às reparações no Cone Sul. 2009. 381 p. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFRGS, Porto Alegre.

_____. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, pp. 590-603, set. 2011.

_____. A mobilização política das mulheres negras no Uruguai: considerações sobre interseccionalidade de raça, gênero e sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, pp. 40-65, 2013.

_____. O corpo colonial e as políticas e poéticas da diáspora para compreender as mobilizações políticas afro-latino-americanas. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 21, n. 43, pp. 301-330, jan./jun. 2015.

LUGONES, María. Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 9, pp. 73-101, 2008.

MARTINS, Alaerte L. Mortalidade maternal de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, pp. 2473-9, 2006.

_____. *Near miss e mulheres negras em três municípios da região metropolitana de Curitiba*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, Fátima. *Oficinas Mulher Negra e Saúde*. Manual. Belo Horizonte: Massa, 1998.

_____. Mortalidade materna persiste por conta da omissão dos governos. *Boletim PCRI-Saúde*, Brasília, ano 2, n. 3, pp. 5-6, maio 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Documents/Artigo%20Rev%20TOMO/boletim_pcri_saude_-_maio2006.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2015.

PRÁ, Jussara R.; EPPING, Léa. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 1, jan./abr. 2012.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (Org.). *A colonialidade do saber*. Eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

RODRIGUES, Ana V.; SIQUEIRA, Arnaldo F. de. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pp. 183-189, jan./fev., 2003.

SILVA, Andreia M. *CASO ALYNE PIMENTEL*: análise do direito humano à saúde e a morte materna. 2015. 62 p. Monografia de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito). Centro Universitário de Brasília, UniCEUB, Brasília.

VENTURA, Miriam. A mortalidade materna: a persistente violação do direito de proteção da vida e autonomia feminina. *Revista Bioética*, v. 16, n. 2, pp. 217-228, 2008.

VICENTIM, Aline. A trajetória jurídica internacional até formação da lei brasileira no caso Maria da Penha. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 80, set 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8267>. Acesso em: 15 dez. 2015.

WASELFISZ, Julio J. *Mapa da Violência 2015*. Homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: OPAS/OMS, ONU Mulheres, SPM, Flacso, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Documents/Artigo%20Rev%20TOMO/mapa%20da%20violência%202015.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

Recebido em 20/01/2016

Aprovado em 20/05/2016

