

## Capítulo 20

# A violência obstétrica como expressão de racismo e xenofobia na gravidez com mulheres brasileiras racializadas em Portugal

*Mariana Holanda Rusu*

Centro de Psicologia da Universidade do Porto  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal

*Conceição Nogueira*

Centro de Psicologia da Universidade do Porto  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal

*Joana Bessa Topa*

Centro de Psicologia da Universidade do Porto  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal  
Universidade de Maia, Portugal  
Centro Interdisciplinar de Estudos de Género  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, Portugal

**Resumo:** A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero que subalterniza parturientes por meio de práticas abusivas no cuidado à saúde sexual e reprodutiva. Em Portugal, esse fenômeno configura uma grave questão de saúde pública, especialmente para mulheres brasileiras racializadas, que enfrentam formas agravadas de racismo e xenofobia durante a gravidez. Sustentada por estruturas racistas e xenófobas, essa violência reforça desigualdades e viola direitos fundamentais, como vida, saúde e integridade corporal. Com base na epistemologia feminista interseccional e no construcionismo social, esta pesquisa teve como objetivo compreender a experiência subjetiva de xenofobia e racismo obstétrico vivenciados por mulheres brasileiras racializadas no contexto do SNS português. Utilizou-se uma abordagem qualitativa exploratória com entrevistas a 10 mulheres, que relataram episódios de discriminação, invisibilização e desrespeito à autonomia durante a assistência de cuidados maternos na gravidez. A interseção entre gênero, raça e território aumenta a vulnerabilidade dessas mulheres, dificultando o acesso a uma assistência humanizada. Reconhecer tais práticas como violência obstétrica é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas que garantam direitos sexuais e reprodutivos, promovendo um cuidado digno, equitativo e antirracista.

**Palavras-chave:** cuidados maternos, direitos sexuais e reprodutivos, feminização da migração, interseccionalidade, racismo obstétrico.

Apesar do avanço das pesquisas sobre a feminização dos fluxos migratórios, a sensibilização social quanto às condições enfrentadas por mulheres imigrantes, especialmente racializadas, ainda é limitada. Segundo Vergès (2020), são consideradas racializadas as pessoas percebidas como não brancas e não ocidentais, independentemente da cidadania formal, sendo marcadas por fatores como cor, religião, língua e costumes, o que as exclui dos espaços privilegiados da sociedade europeia. Essas mulheres vivem sob riscos constantes de racismo, xenofobia, feminicídios, negligência à saúde e discriminações diversas (Moraes et al., 2021), enfrentando vulnerabilidades acentuadas pela intersecção entre gênero, raça e território (Rusu et al., 2025).

A crescente participação feminina nos fluxos migratórios em Portugal evidencia a urgência de atenção à assistência materna no Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde essas mulheres frequentemente são alvo de práticas discriminatórias (Rusu et al., 2024). Indicadores de saúde materno-infantil revelam piores desfechos para mulheres imigrantes, como maiores taxas de mortalidade materna, prematuridade e baixo peso ao nascer, em comparação às mulheres nativas (Topa, 2016).

A violência obstétrica, reconhecida como violência baseada em gênero, ocorre durante o contato com os serviços de saúde sexual e reprodutiva, resultando em subordinação e sofrimento. Trata-se de um fenômeno multifacetado, associado ao exercício de poder de profissionais sobre parturientes, especialmente exacerbado em mulheres imigrantes e racializadas (Sesia, 2020). Para Diaz-Tello (2016), é uma forma de violência institucionalizada que inclui intimidação e coerção durante a gravidez, parto e pós-parto.

Além das questões clínicas, a maternidade é um processo de transição atravessado por alterações físicas, emocionais e sociais, agravadas no contexto migratório. Tornar-se mãe imigrante implica lidar com transformações identitárias em ambientes institucionais hostis (Zaman et al., 2024), somadas à ausência de redes de apoio, barreiras linguísticas e dificuldades econômicas (Arrais et al., 2014). Esses fatores impactam a saúde física, mental e social das mulheres (Rusu et al., 2024), tornando indispensável a promoção de cuidados humanizados, interseccionais e antirracistas nos serviços de saúde.

### **Realidade de gestar entre fronteiras: corpo migrante, corpo racializado**

A intersecção entre a violência institucional, caracterizada pela negligência às necessidades individuais, impondo restrições injustas e frequentemente ignorando ou prejudicando os direitos e experiências das pessoas (Ril et al., 2024) e o racismo obstétrico, que tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico (Davis, 2019), configura-se como um dos principais fatores que permeiam a assistência à saúde materna de mulheres brasileiras racializadas em Portugal (Rusu et al., 2024). Essa realidade escancara as persistentes desigualdades no SNS português, mesmo diante de avanços técnicos na assistência perinatal e de intervenções públicas voltadas à redução da morbimortalidade materna e neonatal.

O racismo obstétrico, nesse contexto, evidencia que mulheres negras e racializadas não apenas enfrentam um sistema de saúde que negligencia suas necessidades e direitos, mas também são submetidas a estigmas profundamente enraizados em sua identidade racial. Como consequência, perpetuam-se desigualdades raciais na saúde, impactando diretamente a qualidade do atendimento e os desfechos maternos — com taxas mais elevadas de mortalidade e morbidade entre essas mulheres (Davis, 2019).

Em 2023, a United Nations Population Fund e o Latin American Center for Perinatology revelaram que mulheres afrodescendentes são sistematicamente negligenciadas e maltratadas, aumentando as taxas de mortalidade materna. Neste mesmo ano, a SaMaNe, Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal, publica o Relatório das Experiências de Gravidez, Parto e Pós-Parto de Mulheres Negras e Afrodescendentes em Portugal, revelando dados alarmantes: 33,5% das mulheres entrevistadas relataram humilhações durante a gravidez, 23,4% enfrentaram negligência e 30% sofreram intervenções sem consentimento. Esses números demonstram que a discriminação racial em contextos obstétricos em Portugal não se trata apenas de atitudes isoladas ou preconceitos individuais, mas de um sistema estruturado que desrespeita os direitos humanos fundamentais das mulheres racializadas (Rusu et al., 2025).

Oliveira (2021) destaca que o racismo é parte de um processo social, histórico e político que cria mecanismos para discriminar sistematicamente pessoas ou grupos. A concepção estrutural do racismo o vincula ao racismo institucional, cujas regras são baseadas em uma ordem social previamente estabelecida. Esse racismo estrutural ultrapassa os determinantes sociais, mas seu impacto na saúde torna-se evidente quando analisado por essa ótica, pois

impõe limites ou facilita de maneira desigual as “forças e sistemas” que moldam a vida e as oportunidades de saúde entre diferentes grupos raciais (Headen et al., 2022).

Fatores de origem como racismo e xenofobia continuam distribuindo a vulnerabilidade à saúde de forma desigual, especialmente entre mulheres racializadas. Por isso, a violência obstétrica e ginecológica contra mulheres brasileiras racializadas não pode ser dissociada da lógica institucional e estrutural do racismo. Práticas aparentemente individuais de discriminação na assistência à saúde estão inseridas em um contexto maior de opressão sistemática e institucionalizada (Rusu et al., 2024; Rusu et al., 2025).

Essa problemática é atravessada por heranças coloniais e estruturas culturais que seguem subalternizando corpos negros e racializados. No caso de mulheres brasileiras em Portugal, a relação colonial entre os países acentua esse marcador racial, inscrevendo o gênero em corpos racializados e legitimando práticas eurocêtricas que perpetuam privilégios e desigualdades (Rusu et al., 2024). A construção histórica da raça, mediada pelo colonialismo, serviu para hierarquizar e controlar corpos, consolidando a mulher negra como o “Outro” (Kilomba, 2019).

A imposição violenta de um “eu” sobre o “outro” ultrapassa a agressão física, anulando identidades, condicionando subjetividades e moldando de forma desumanizante as experiências das mulheres negras (Gonzalez, 2020). Mulheres imigrantes são mais expostas a riscos de discriminação, violência emocional, física e sexual, especialmente durante a gravidez (Zaman et al., 2024). No campo da saúde materna, a abordagem interseccional torna-se essencial para compreender como fatores como raça, gênero e território moldam as vivências dessas mulheres durante a gestação e o parto (Bilge & Collins, 2021).

A maternidade, enquanto processo de transição, envolve alterações físicas, emocionais e sociais que se complexificam no contexto migratório. Tornar-se mãe imigrante significa atravessar transformações identitárias em ambientes institucionais muitas vezes hostis (Zaman et al., 2024), agravadas pela ausência de redes de apoio, barreiras linguísticas e dificuldades econômicas (Arrais et al., 2014). Mulheres brasileiras racializadas enfrentam maiores taxas de mortalidade materna, prematuridade e baixo peso ao nascer quando comparadas às mulheres nativas, refletindo desigualdades no acesso e na qualidade da assistência (Topa, 2016; Rusu et al., 2024).

A violência obstétrica, reconhecida como violência de gênero, ocorre durante o contato com serviços de saúde sexual e reprodutiva, resultando em subordinação e sofrimento, especialmente para mulheres racializadas e imigrantes (Sesia, 2020). Diaz-Tello (2016) define essa violência como intimidação e coerção durante a gravidez, parto e pós-parto, configurando um problema sistêmico de violência institucional baseada em gênero.

Stevens et al. (2024) destacam o crescimento do populismo de direita, nacionalismo e autoritarismo na Europa, com discursos anti-imigrantes amplamente difundidos na mídia e na política, o que normaliza a xenofobia e reforça o racismo. Políticas migratórias discriminatórias e restritivas adotadas por países europeus prejudicam a saúde materno-infantil ao influenciar negativamente os determinantes sociais da saúde — como moradia, educação e renda — e restringir o acesso aos serviços de saúde. Além disso, o viés implícito e explícito dos profissionais de saúde compromete a equidade no atendimento.

Este estudo baseia-se em uma epistemologia feminista interseccional e no construcionismo social, articulando os fatores que envolvem a invisibilidade e a opressão de mulheres brasileiras racializadas. Seu objetivo é compreender a experiência subjetiva de xenofobia e racismo obstétrico vivenciada por essas mulheres no Serviço Nacional de Saúde português. Em Portugal, as taxas mais elevadas de abuso obstétrico e complicações perinatais ocorrem entre mulheres negras e racializadas, evidenciando lacunas no cuidado perinatal e a urgência de políticas

públicas que reconheçam essas intersecções e promovam uma saúde sexual e reprodutiva verdadeiramente equitativa e antirracista (Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal, 2023; Costa et al., 2022; Rusu et al., 2024).

### Trajetos metodológicos

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas individuais semiestruturadas para explorar as experiências subjetivas de mulheres brasileiras racializadas que enfrentaram violência obstétrica durante a gravidez. Essa metodologia possibilitou compreender de forma aprofundada suas vivências nos serviços de saúde materna, analisando crenças, atitudes, valores e motivações diante dos diferentes contextos e atores envolvidos, alinhando-se aos objetivos de evidenciar as intersecções entre gênero, raça e território no cuidado perinatal.

Para garantir a validade do instrumento utilizado, foi inicialmente realizada uma revisão científica sobre o tema, a fim de avaliar em que medida o instrumento de coleta representava adequadamente o conteúdo que se pretendia investigar. A entrevista foi composta por duas partes: a primeira recolheu dados sociodemográficos, e a segunda foi organizada em sete seções: 1) trajetória migratória (ex.: Que mudanças ocorreram desde que imigrou? [explorar identidade, família, aspectos pessoais, sociais, culturais]); 2) ser uma gestante migrante em Portugal (ex.: O que significou para você estar grávida em Portugal?); 3) gravidez (ex.: Você poderia contar sobre sua gravidez, especialmente sobre o pré-natal? Como foi para você?); 4) parto (ex.: Você sentiu que seus direitos fundamentais foram garantidos durante o trabalho de parto?); 5) pós-parto (ex.: Poderia contar um pouco sobre o que mudou na sua vida antes e depois do nascimento do bebê?); 6) violência obstétrica (ex.: Você acredita ter sido alvo de violência obstétrica? Em caso afirmativo, que elementos favoreceram essas situações?); e 7) considerações finais (ex.: Quão satisfeita você está com o cuidado materno [pré-natal, parto, puerpério], considerando sua condição de mulher brasileira racializada em Portugal?).

O desenvolvimento do instrumento seguiu seis etapas principais: elaboração do roteiro inicial, validação pelas revisoras, avaliação preliminar dos resultados, pré-teste, validação final do roteiro e construção de uma versão teórico-empírica. O processo de validação incluiu a avaliação de quatro atributos: alinhamento com os objetivos, relevância dos constructos, clareza da linguagem e adequação às expectativas qualitativas. O instrumento foi considerado válido, por abranger os elementos essenciais do conceito investigado com base na definição das variáveis.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, respeitando todos os princípios éticos, incluindo o consentimento informado, o anonimato e a proteção dos dados das participantes. A participação foi voluntária, e os dados foram tratados de forma confidencial.

As participantes foram recrutadas por amostragem por conveniência, utilizando redes sociais como Instagram e Facebook para divulgação do estudo. Os critérios de inclusão exigiam que as participantes fossem mulheres brasileiras, residentes em Portugal, com 18 anos ou mais, identificadas como racializadas, que tivessem dado à luz nos últimos três anos no país e relatassem experiências de violência obstétrica no SNS português. Além disso, foi utilizada a técnica de amostragem em bola de neve, na qual as participantes indicavam outras mulheres que atendiam aos critérios, ampliando o acesso a potenciais entrevistadas. As entrevistas foram agendadas por contato direto, telefone ou e-mail e realizadas via ZOOM, garantindo maior conveniência para as participantes. Os encontros ocorreram entre fevereiro e abril de 2024 e tiveram, em média, 60 minutos de duração cada.

**Quadro 20.1** Características sociodemográficas das participantes

Participante	Idade (anos)	Nacionalidade	Identidade Racial	Orientação Sexual	Qualificação Acadêmica	Identidade de Gênero	Situação Laboral	Número de Crianças	Tempo que vive em Portugal (anos)
P1	31	Brasileira	negra	heterossexual	graduada	mulher cis	empregada	1	4
P2	34	Brasileira	racializada	heterossexual	mestrado	mulher cis	empregada	1	6
P3	33	Brasileira	negra	heterossexual	graduada	mulher cis	empregada	1	5
P4	35	Brasileira	racializada	heterossexual	mestrado	mulher cis	empregada	1	6
P5	34	Brasileira	racializada	heterossexual	graduada	mulher cis	empregada	1	2
P6	41	Brasileira	negra	bissexual	doutorado	mulher cis	empregada	2	7
P7	31	Brasileira	racializada	heterossexual	mestrado	mulher cis	empregada	1	5
P8	40	Brasileira	racializada	heterossexual	graduada	mulher cis	empregada	2	7
P9	42	Brasileira	racializada	heterossexual	doutorado	mulher cis	empregada	2	8
P10	44	Brasileira	racializada	heterossexual	mestrado	mulher cis	empregada	1	5

Participaram do estudo dez mulheres brasileiras racializadas, com idades entre 31 e 44 anos. Todas se identificaram como cisgênero; nove se declararam heterossexuais e uma bissexual. Em relação à escolaridade, quatro tinham licenciatura, quatro mestrado e duas doutorado. O tempo de residência em Portugal variava entre dois e oito anos (cf. quadro 20.1).

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise Temática de Braun e Clarke (2020), composta por seis etapas: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca por temas, revisão, definição e nomeação dos temas, e produção do relatório final. Essa abordagem permitiu uma exploração aprofundada das narrativas, resultando em um mapeamento detalhado dos padrões identificados nos dados coletados.

### **Vozes que rompem o silêncio: relatos e discussão de racismo e xenofobia como fundamentos estruturais da violência obstétrica em Portugal**

Este estudo buscou analisar experiências de violência obstétrica e compreender como práticas de racismo e xenofobia afetam mulheres brasileiras racializadas durante a gravidez em Portugal. A partir de uma análise interseccional, evidenciou-se como gênero, raça e território interagem para produzir discriminação, estigmatização e negação de direitos fundamentais, como vida, saúde e integridade corporal.

Os resultados buscam também oferecer uma contextualização das regiões/freguesias onde estas mulheres habitavam e buscaram assistência dos cuidados maternos durante a gravidez. Em muitos casos, as participantes enfrentaram barreiras nos centros de saúde de suas freguesias e relataram insegurança por viverem em territórios marcados por estigma social, onde há uma alta concentração de imigrantes. Isso gerava um sentimento de exclusão desde o território habitado até o espaço institucional de cuidado.

Fui atribuída a um médico da família porque meu marido é português, eu sou uma reles imigrante. Até na escola é a mesma coisa (P9)

Meu centro de saúde fica em uma região que tem muito imigrante (P7)

Pelo menos 2x por dia tinha batida policial na freguesia que morava por ser habitada por um grande número de imigrantes (P7)

É importante frisar que o território em que algumas dessas mulheres habitavam já oferece um ambiente marcado por questões de xenofobia, o que colabora ainda mais com o aumento de situações de vulnerabilidade e insegurança durante a gravidez. Essas demarcações trazem um impacto psicológico e emocional significativo no desenvolvimento e assistência recebida durante a gestação (Rusu et al, 2025).

Somando-se a isto, a ausência de políticas públicas adequadas aprofunda os impactos negativos da violência obstétrica, especialmente entre mulheres imigrantes, que sofrem com o despreparo dos serviços e o preconceito institucional (Ril et al., 2024; Stevens et al., 2024; Zaman et al., 2024). Os relatos mostram que essas mulheres enfrentam práticas abusivas que comprometem sua autonomia e bem-estar físico, psicológico e social.

As entrevistas revelaram consequências profundas decorrentes do cuidado desrespeitoso, como complicações emocionais, sensação de inferioridade e exclusão. Muitas vezes, essas mulheres são tratadas com desdém e desrespeito, o que se agrava por estereótipos ligados à nacionalidade e à cor da pele. A hipersexualização, a associação com profissões subalternas e a xenofobia aparecem como imagens recorrentes.

Várias vezes fui reconhecida como prostituta ou empregada doméstica (P6)

A recepcionista do Centro de Saúde falou que brasileira só vem pra cá para fazer filho e roubar marido dos outros (P2)

O médico que sempre fazia os meus exames de pré-natal fazia piada com os brasileiros o tempo todo. Dizia: Portugal está se acabando por conta da imigração (P7)

Esses relatos evidenciam a estigmatização das mulheres brasileiras, frequentemente associadas à promiscuidade, o que impacta diretamente sua vivência da maternidade e o acesso a cuidados de saúde (Rusu et al., 2024; Morais et al., 2021). Como aponta Gonzalez (2020), essas imagens estão enraizadas em processos coloniais que animalizam corpos não brancos e os colocam fora do ideal de feminilidade branca europeia. A autora também argumenta que o sistema moderno-colonial de gênero impõe normas raciais e sexuais que legitimam a violência e a desumanização de corpos racializados.

Para Costa et al. (2022) e Rusu et al. (2024), a raça e o gênero são eixos estruturantes da hierarquia social e não atuam isoladamente. Eles interagem com outros marcadores, como nacionalidade, criando camadas de exclusão nos serviços de saúde. Reafirmando Vergès (2020) mulheres imigrantes racializadas vivem essa sobreposição de opressões, o que se reflete em seus relatos:

Eu estava super sensível... aí a médica: mas você já fez isso? Reclamou comigo assim, foi grossa, sabe? Como se eu devesse saber (P3)

Fiquei muito insegura na gravidez. Fica a mercê, refém do sistema (P8)

A violência obstétrica vivida por essas mulheres gera impactos significativos em sua saúde mental, afetando a experiência da gravidez e do parto. O medo, a tristeza e a frustração se repetem nos depoimentos:

Eu senti medo (P2)

Eu sempre saía dos exames chorando (P6)

Com 39 semanas a médica fez um toque. Nessa noite eu sangrei bastante (P10).  
Chorei muito, nunca imaginei que iriam me tocar sem consentimento (P9).

A literatura aponta que esse tipo de violência rompe o vínculo simbólico com a maternidade, despersonalizando o corpo da mulher (Diaz-Tello, 2016; Rusu et al., 2024). A falta de sensibilidade cultural e o despreparo dos profissionais de saúde criam um ambiente de exclusão, onde o corpo da mulher imigrante torna-se um “outro” a ser controlado. Isso gera sensação de impotência, solidão e culpa, podendo levar a quadros de depressão pós-parto (Rusu et al., 2025; Sesia, 2020).

A violência obstétrica relatada inclui atos físicos (toques vaginais dolorosos, intervenções sem consentimento), bem como violência verbal e psicológica (gritos, humilhações, desinformação e chantagem). As participantes relataram práticas que ferem o direito à informação e à autonomia:

Ela me tocou com uma dor absurda que eu nunca tinha sentido durante toda a gravidez” (P1)  
A médica de família começou a gritar comigo de forma descontrolada, me chamando de irresponsável porque fiz uma ecografia em hospital privado (P4)  
Os médicos sempre me trataram muito mal (P5)  
A médica de família era antipática, era a chefe, não ouvia, só queria impor (P8)

Segundo Sesia (2020), práticas como exames vaginais repetitivos e não consentidos, além de não estarem baseadas em evidências científicas, violam direitos humanos e expõem as mulheres a riscos físicos e emocionais. Esses episódios revelam a desigualdade de poder entre pacientes e profissionais de saúde, o que perpetua a violência obstétrica (Rusu et al., 2024).

Além da dimensão física e psicológica, o racismo obstétrico também se manifesta por meio da desigualdade no acesso a serviços, com base em critérios étnico-raciais. Kilomba (2019) descreve o racismo como a criação de uma dicotomia entre o “nós” e o “outro”, sustentada por estruturas de poder. Isso permite a institucionalização da discriminação, inclusive nos serviços de saúde (Davis, 2019; Headen et al., 2022; Oliveira, 2021).

Nesse contexto, a interseccionalidade, conforme proposto por Bilge e Collins (2021), é essencial para compreender como diferentes sistemas de opressão operam simultaneamente, criando contextos de exclusão, silenciamento e violência. A adoção dessa perspectiva permite não apenas uma compreensão mais precisa das experiências vividas por essas mulheres, mas também o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e justas.

As experiências relatadas neste estudo evidenciam a urgência de políticas públicas que garantam um cuidado obstétrico digno, humanizado e sensível às questões de raça, gênero e nacionalidade. É fundamental que os serviços de saúde reconheçam a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero e como uma expressão do racismo institucional. Apenas assim será possível garantir os direitos sexuais e reprodutivos de todas as mulheres, especialmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade.

### **Abrindo olhos, um grito final!**

A análise da violência obstétrica contra mulheres brasileiras racializadas em Portugal evidencia um cenário alarmante de desigualdade e exclusão estrutural no SNS. Práticas de desumanização, desrespeito e negligência enfrentadas por essas mulheres refletem a permanência de hierarquias raciais, de gênero e territoriais, perpetuando marginalização e violência

institucionalizada. A falta de sensibilidade cultural e de formação adequada entre profissionais de saúde resulta em experiências reprodutivas marcadas por dor, medo e frustração, além de um distanciamento entre corpo e subjetividade (Rusu et al., 2025).

Essas práticas impactam diretamente os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a saúde física, emocional e psicológica das mulheres. A ausência de protocolos voltados à saúde mental materna e o escasso apoio psicológico tornam o período gestacional ainda mais vulnerável, elevando o risco de depressão pós-parto e alimentando ciclos de opressão que afetam a estrutura familiar (Rusu et al., 2024).

O estudo reconhece limitações importantes, como o número reduzido de participantes e as dificuldades em acessar mulheres que se identificam como vítimas de violência obstétrica, considerando o medo e a fragilidade emocional envolvida. Variáveis como nacionalidade, idade, escolaridade, localização e status migratório não puderam contemplar toda a diversidade das experiências vividas no SNS português. Além disso, o recorte socioeconômico limitou a percepção de outras vulnerabilidades e formas de discriminação.

Outro fator relevante apontado é a crença na “harmonia racial” em sociedades modernas como Portugal, que contribui para invisibilizar o racismo obstétrico e naturalizar práticas discriminatórias nas instituições de saúde. Diante disso, o estudo reforça a urgência de políticas públicas inclusivas, formação antirracista contínua e criação de espaços de escuta e acolhimento, fundamentados em uma abordagem interseccional, antirracista e de justiça reprodutiva (Rusu et al., 2024; Rusu et al., 2025).

## Referências bibliográficas

- Arrais, R., Mourão, L., & Fragalle, M. E. S. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251-264. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>
- Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal. (2023). Experiências de gravidez, parto e pós-parto de mulheres negras e afrodescendentes em Portugal — 1º Relatório Técnico. <https://drive.google.com/file/d/1Xos6n1GNtrFUFgtSfNDw2GQldsd4IMDM/view>
- Bilge, S., & Collins, P. H. (2021). *Interseccionalidade* (1ª ed.). Boitempo.
- Braun, V., & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Costa, K. A. O. da, Brito, L. E. F., Coimbra, C. V. da S., Lopes, N. C. C., Depuydt, D. O. dos S., & Correia, R. N. (2022). Racismo obstétrico em Portugal: Relato de experiência de um coletivo antirracista. *Forum Sociológico*, 41(1), 7-14. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1067>
- Davis, D.-A. (2019). *Reproductive injustice: Racism, pregnancy and premature birth*. NYU Press.
- Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano* (Organização de Flávia Rios & Márcia Lima). Zahar.
- Headen, I. E., Elovitz, M. A., Battarbee, A. N., Lo, J. O., & Debbink, M. P. (2022). Racism and perinatal health inequities research: where we have been and where we should go. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 227(4), 560-570. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.05.033>
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano* (1ª ed.). Pólen.
- Morais, M.S., Padilla, B., Rosseto, C.M., Almeida, M.A.S., Migração: saúde reprodutiva e estereótipo. *Caderno de Saúde Coletiva*, 29, 86-91. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202199010337>
- Oliveira, D. de. (2021). *Racismo estrutural: Uma perspectiva histórico-crítica*. Editora Dandara.



- Ril, S. Y., Oliveira Junior, J. B. de, Cunha e Mello, M. M., Portes, V. de M., & Moretti-Pires, R. O. (2024). “Mãe é só uma!”: Violência institucional nas experiências de dupla maternidade na atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(4), e19802023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.19802023>
- Rusu, M. H., Nogueira, C., & Topa, J. (2024). Pregnancy, childbirth, and postpartum experiences of racialised Brazilian women in Portugal: An analysis of obstetric violence as gender-based violence. *Sexes*, 5(4), 611-637. <https://doi.org/10.3390/sexes5040040>
- Rusu, M. H., Nogueira, C., & Topa, J. B. (2025). Obstetric violence: Reproductive and sexual health trajectories of racialised Brazilian women in Portugal. *Social Sciences*, 14(2), 109. <https://doi.org/10.3390/socsci14020109>
- Sesia, P. (2020). Naming, framing, and shaming through obstetric violence: A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico. In J. Gamlin, S. Gibbon, P. Sesia, & L. Berrio (Eds.), *Critical medical anthropology: Perspectives in and from Latin America* (pp. 222-247). UCL Press.
- Stevens, A. J., Boukari, Y., English, S., Kadir, A., Kumar, B. N., & Devakumar, D. (2024). Discriminatory, racist and xenophobic policies and practices against child refugees, asylum seekers, and undocumented migrants in European health systems. *The Lancet Regional Health — Europe*, 41, 100834. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100834>
- Topa, J. (2016). Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na região do grande Porto: Percursos, discursos e práticas. *ACM, I.P.* <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/26676/1/Joana%20Bessa%20Topa.pdf>
- United Nations Population Fund. (2024, fevereiro). *Ensuring quality maternal health for women and girls of African descent*. Nova York: UNFPA. Recuperado de <https://www.unfpa.org/resources/ensuring-quality-maternal-health-women-and-girls-african-descent>
- Vergès, F. (2020). *Um feminismo decolonial* (J. P. Dias & R. Camargo, Trans.). Ubu Editora.
- Zaman, M., McCann, V., Friesen, S., Noriega, M., Marisol, M., Bartels, S. A., & Purkey, E. (2024). Experiences of pregnant Venezuelan migrants/refugees in Brazil, Ecuador, and Peru: A qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06334-0>

**Mariana Holanda Rusu.** Psicóloga e doutoranda em Sexualidade Humana na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Integra as equipas de investigação do Projeto MIGAP e do Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento. Dedica-se aos estudos de violência obstétrica e assistência de cuidados maternos com imigrantes do Sul Global, com foco na saúde mental, sexual e reprodutiva. Seus interesses: maternidades, saúde materna, violência de gênero, feminismo decolonial, interseccionalidade, raça, território e direitos sexuais e reprodutivos.  
E-mail: marianaholandapsi@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3994-8315>

**Conceição Nogueira.** Professora Associada com Agregação na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Doutorada em Psicologia Social pela Universidade do Minho. Autora de vários livros publicados em português (em Portugal e no Brasil) e de diversas publicações (inter)nacionais — artigos em revistas, capítulos de livros e atas de conferências — nas áreas dos Estudos de Género, Feminismos e Sexualidades. Tem experiência na coordenação de vários projetos de investigação financiados e apoiados pela FCT, nas suas áreas de especialidade.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9152-754X>

**Joana Bessa Topa.** Professora Auxiliar na Universidade da Maia (UMAIA), Investigadora Integrada no CIEG/ISCSP-ULisboa e Associada no CPUP. Doutorada em Psicologia Social (2013), investiga migrações, violência de gênero, diversidade e discriminação, com perspetiva feminista e crítica. Participou em projetos financiados nacionais e internacionais, destacando-se o MIGAP — Migrações no Porto, que coordena com Ana Martinho, e o Uni4Equity, além da participação na ação europeia “Women on the Move” (CA19112).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0663-973X>