

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

KELLY DIOGO DE LIMA

**VIVÊNCIAS DE MULHERES NEGRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO:
VULNERABILIDADES E CUIDADOS**

RECIFE

2018

KELLY DIOGO DE LIMA

**VIVÊNCIAS DE MULHERES NEGRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO:
VULNERABILIDADES E CUIDADOS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Dr.^a Tereza Maciel Lyra

Coorientadora: Dr.^a Liana Lewis

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- L732v Lima, Kelly Diogo de.
Vivências de mulheres negras na assistência ao parto:
vulnerabilidades e cuidados/ Kelly Diogo de Lima. — Recife: [s. n.],
2018.
106 p.: il.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Tereza Maciel Lyra; Coorientadora: Liana Lewis.
1. Saúde Materna. 2. Racismo. 3. Violência Étnica. 4. Violência
contra a Mulher. 5. Vulnerabilidade em Saúde. 6. Parto. I. Lyra,
Tereza Maciel. II. Lewis, Liana. III. Título.

CDU 613.9

KELLY DIOGO DE LIMA

**VIVÊNCIAS DE MULHERES NEGRAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO:
VULNERABILIDADES E CUIDADOS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovada em: 10/05/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Tereza Maciel Lyra
Instituto Aggeu Magalhães / Fiocruz

Profa. Dra. Liana Lewis
Universidade Federal de Pernambuco / UFPE

Profa. Dra. Camila Pimentel
Instituto Aggeu Magalhães / Fiocruz

Profa. Dra. Valdenice José Raimundo
Universidade Católica de Pernambuco / UNICAP

*Em especial às mulheres entrevistadas. À minha mãe
Marta Diogo Ramos e à Oyá (Iyá Mi Orí).*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todas mulheres que compartilharam um pouco dos seus relatos e reflexões acerca das suas vivências de parto e maternagem.

À minha orientadora prof.^a Tereza Maciel Lyra e coorientadora prof.^a Liana Lewis, por acolherem o tema, pelos estímulos intelectuais, pela paciência e carinho.

Às profs.^a Valdenice Raimundo e Islândia Maria Carvalho, pelas contribuições iniciais ao trabalho.

À prof.^a Camila Pimentel, pela contribuição teórica e afetiva que sempre me dera nessa minha caminhada pelo IAM/Fiocruz-PE.

Ao programa de pós-graduação em saúde pública do IAM/Fiocruz-PE, seus docentes e funcionários, por toda contribuição nessa trajetória acadêmica.

À minha turma de mestrado acadêmico, em especial à Alanna Figueiroa, Luisa Macedo, Fernanda Soveral e a doutoranda Juliana Gonçalves pelas alegrias e prazeres dessa nossa amizade.

À mulher inspiradora e amiga Mauricéa Santana, por suas palavras e poesias.

Às amigas e amigos do Núcleo de Pesquisa de Relações Raciais Frantz Fanon (NUPERR- Frantz Fanon), coordenado pela prof.^a Liana Lewis, pelos referenciais teóricos e trocas semanais.

Aos meus pais e familiares pelo apoio e por sempre me encorajarem em todas as etapas da minha vida. Em especial à minha avó Beatriz (em memória), pelas lições e carinhos em vida e à minha mãe Marta e minha avó Geni, mulheres negras e guerreiras que admiro e amo.

À mãe Lu de Iemanjá e pai Júnior de Odé sacerdotisa e sacerdote do *Ilé Àse Orisanla Talabi*, as mais velhas e mais velhos, pela acolhida e cuidado espiritual.

Às minhas irmãs da comunidade Axé Talabi, pela amizade, trocas, alegrias e companheirismo de todas às horas.

E por todas as heroínas negras do presente, e em especial àquelas que vieram antes de nós, nossas mães, nossas ancestrais.

Os ventos dos Orixás

I

Esta terra nem sempre será estrangeira.
Quantas de suas mulheres se doem ao suportar suas histórias
robustas e gritando como o grão da terra em erupção
ou castigadas em correntes almofadadas, mudas como garrafas
mãos esvoaçando vestígios de resistência
nas costas daqueles que um dia foram amantes meia verdade
apitando no cérebro como uma chaminé furiosa
quantas anseiam trabalhar ou se abrir
para que corpos desafogando no silêncio
possam planejar o próximo passo?

Tirésias levou 500 anos, dizem, para evoluir em uma mulher
cada vez menor e mais escura e mais poderosa
até que, do tamanho de uma noz, foi dormir numa garrafa.
Tirésias levou 500 anos para se transformar numa mulher
então não se desanimem de seus filhos.

II

Lendas impacientes falam através de meu corpo
mudando esta formação da terra
propagando
Irei me tornar eu mesma
uma encantação
negros ruidosos personagens de formas ásperas
pulando de um lado para o outro em páginas brandas
e Mãe Iemanjá levanta seus seios para começar meu parto
próximo à água
a bela Oxum e eu deitaremos juntas
no calor da verdade de seu corpo minha voz vem mais forte
Xangô será meu irmão rugindo para fora do mar
a terra treme nossa escuridão inchando uma na outra

ventos de alerta nos anunciarão vivos
enquanto Oyá, Oyá minha irmã minha filha
destrói as crostas das praias bem dispostas
e a risada negra de Exu revira a pura
areia adormecida.

III

O coração da tradição deste país são os homens-trigo
morrendo por dinheiro
morrendo por água por mercado por poder
sobre as crianças de todos
eles se sentam em suas correntes sobre a terra seca
antes do anoitecer
contando lendas enquanto esperam sua vez de conclusão
esperando que os jovens possam ouvi-los
medos que abalam a terra coroam seus pálidos rostos cansados
a maioria deles passam suas vidas e de suas esposas
trabalhando
a maioria deles nunca viram praias
mas enquanto Oyá minha irmã move a boca
de seus filhos e filhas contra eles
irei imergir a partir das páginas de seus jornais
pulando fora dos almanaques
ao invés de uma resposta para a sua busca por chuva
eles me lerão
a negra nuvem
significando algo inteiro
e diferente.

Quando os ventos dos Orixás sopram
até a raiz da grama desperta.

(The Winds of Orisha - Audre Lorde)

LIMA, Kelly Diogo de. **Vivências de mulheres negras na assistência ao parto: vulnerabilidades e cuidados**. 2018. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo compreender e analisar as vivências de mulheres negras acerca dos cuidados na gravidez e parto. Foram abordadas as práticas individuais e institucionalizadas de cuidados na gravidez, parto e nascimento. Também foi identificado em que medida essas mulheres sofreram ou percebem a discriminação racial nos serviços de saúde. Trata-se de uma pesquisa empírica, de abordagem qualitativa, tendo como principal linha teórica o pensamento feminista interseccional. Foram entrevistadas nove mulheres que se autodeclararam negras ou pretas e que em algum momento foram assistidas pelo serviço público de saúde – SUS, nos municípios de Pernambuco. As participantes foram selecionadas pela técnica metodológica *Snowball*, e as narrativas foram coletadas através da entrevista semiestruturada. Foi utilizado a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Nos relatos, foram observados episódios de violência obstétrica, bem como, atos de discriminação racial contra as mulheres pelos profissionais de saúde. Além da assistência médica, as participantes ligadas às religiões de matriz africana relataram cuidados espirituais realizados nos terreiros. As identidades de raça, posição de classe, dentre outros marcadores sociais, são determinantes nas intervenções e práticas abusivas na atenção que envolve o parto. O racismo dificulta e nega o acesso às mulheres negras aos seus direitos reprodutivos nos serviços de saúde. O modelo hegemônico de cuidado não abarca a complexidade do processo de saúde e doença da população brasileira. Muitas mulheres acabam incorporando nas suas práticas de cuidado valores orientados e adquiridos tradicionalmente pelos povos africanos e indígenas, cujos conhecimentos buscam uma harmonia entre o corpo e o sagrado.

Palavras-chave: Saúde Materna. Desigualdade Racial em Saúde. Saúde Pública.

LIMA, Kelly Diogo de. **Experiences of black women in childbirth care: vulnerabilities and care.** 2018. Dissertation (Masters in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

ABSTRACT

The present research aims to understand and analyze the experiences of black women about care in pregnancy and childbirth. Individual and institutionalized practices of care in pregnancy, childbirth were addressed. It has also been identified to what extent these women suffered or perceived racial discrimination in health services. This research involves an empirical with a qualitative approach, having as its main theoretical line the intersectional feminist thinking. Were interviewed nine women who declared themselves black or black and who at some point were assisted by the public health service - SUS, in the municipalities of Pernambuco. Participants were selected by the Snowball methodological technique, and the narratives were collected through the semi-structured interview. The Bardin Content Analysis technique was used. In the reports, episodes of obstetric violence were observed, as well as acts of racial discrimination against women by health professionals. In addition to medical assistance, participants linked to African-born religions reported spiritual care in the terreiros. The identities of race, class position, among others social markers are determinants in the interventions and abusive practices in the attention that involves the childbirth. Racism hinders and denies access to black women to their reproductive rights in health services. The hegemonic model of care does not encompass the complexity of the health and disease process of the Brazilian population. Many women end up incorporating in their practices of care values oriented and traditionally acquired by the African and indigenous peoples, whose knowledge seeks harmony between the body and the sacred.

Keywords: Maternal Health. Racial Inequality in Health. Public Health.

LIMA, Kelly Diogo de. **Experiencias de mujeres negras en asistencia para el parto: vulnerabilidades y atención.** 2018. disertación (Máster en Salud Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMEN

La presente pesquisa tiene por objetivo comprender y analizar las experiencias de las mujeres negras sobre el cuidado del embarazo y el parto. Fueron abordadas las practicas individuales e institucionalizadas de cuidado en el embarazo, parto y nacimiento. También se ha identificado en que medida esas mujeres sufren o perciben la discriminación racial en los servicios de salud. Se trata de pesquisa empírica, de abordaje cualitativa, teniendo como principal linea teórica el pensamiento feminista interseccional. Fueron entrevistadas nueve mujeres que se auto declaran negras e que en algún momento fueron asistidas por el servicio público de salud- SUS, residentes de Pernambuco. Las participantes fueron seleccionadas por la metodología de la técnica *Snowball* y las narrativas se recolectaron a través de la entrevista interestructurada. Se usó la técnica de análisis de contenido de Bardin. En los relatos, fueron observados episodios de violencia obstétrica, bien como, actos de discriminación racial contra mujeres por los profesionales de salud. Además de la asistencia medica, las participantes relacionadas a las religiones de matriz africana relataron cuidados espirituales realizados en los “terreiros”. Las identidades de raza, posición de clase, entre otros marcadores sociales, son determinantes en las intervenciones y platicas abusivas en la atención que envuelve en el parto. El racismo dificulta e niega el acceso de las mujeres negras a sus derechos reproductivos en los servicios de salud. El modelo hegemónico de cuidado no abarca la complejidad del proceso de salud y enfermedad de la población brasileña. Muchas mujeres terminan incorporando en sus practicas de cuidado valores orientados y adquiridos tradicionalmente por los pueblos africanos e indígenas, cuyos conocimientos buscan una armonía entre el cuerpo y el sagrado.

Palabras clave: Salud Materna. Desigualdad Racial en Salud. Salud Pública.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CEDAW	<i>Committee on the Elimination of Discrimination Against Women</i>
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RC	Rede Cegonha
SIS	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 MARCO TEÓRICO	18
3.1 Contextualizando o parto na história e na atualidade	18
3.2 Mulher negra, maternidade e as hierarquias reprodutivas	24
3.3 A identidade racial brasileira e o racismo institucional	30
3.4 O racismo sistêmico e suas estratégias de vida e morte	37
3.5 As teorias feministas: de quais mulheres estamos falando?	42
3.6 Interseccionalidade e o pensamento decolonial	44
4 PERCURSOS METODOLÓGICOS	50
4.1 O lugar da pesquisadora e a pesquisa social	50
4.2 O tipo de pesquisa	52
4.3 Acessando as participantes	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
5.1 Conhecendo as entrevistadas	57
5.2 As vias de parto: escolhas e reproduções	59
5.3 Vivenciando o parto humanizado	63
5.4 Violência obstétrica na assistência ao parto	67
<i>5.4.1 A busca pelo local de parto</i>	68
<i>5.4.2 O impedimento do acompanhante</i>	69
<i>5.4.3 Violências físicas e verbais no parto hospitalar</i>	71
5.5 Discriminação racial na atenção ao parto	77
<i>5.5.1 Discriminação contra a estética negra</i>	78
<i>5.5.2 A incomum capacidade para resistir à dor</i>	80

<i>5.5.3 A afetividade e a “maternidade sólo”</i>	81
5.6 A mulher negra e a maternagem	86
5.7 Outros olhares terapêuticos e os cuidados na gestação e parto	88
5.8 A racionalidade médica e o racismo religioso	92
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista	105
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	106

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as feministas levantaram críticas ao domínio masculino sobre o corpo das mulheres e do interesse da medicina ocidental e do Estado, no controle da sexualidade e da reprodução. A partir das experiências produzidas pelas mulheres, estas desvelam as assimetrias de poder entre os gêneros no contexto da saúde reprodutiva e no exercício da maternidade, sobretudo nos cuidados que envolvem a gravidez e o parto. As críticas são acerca de um modelo de assistência que limita as decisões da mulher, reduzindo a um corpo passivo e propício a falhas, ou seja, uma atenção que persiste na patologização dos corpos e dos seus processos reprodutivos. A normalização de rotinas desnecessárias, e por vezes prejudiciais, contribuem para uma atenção obstétrica marcada pela violência física, psicológica e institucional.

Ao perderem a autodeterminação sobre seus corpos e terem seus poderes reprodutivos regulados por sistemas e instituições dominados por homens, limites foram colocados à autonomia feminina. Nas sociedades ocidentais, a maternidade passa a ser vista como uma experiência forçada às mulheres, uma obrigação moral, sob pena de serem estigmatizadas se recusarem sua função "natural". Sobre a mulher recaíram as principais atribuições e responsabilidades com a criação dos filhos e o cuidado familiar. Na modernidade, a obstetrícia consolidada como um modelo hegemônico de cuidado aos eventos que antecedem o nascimento, não apenas contribuiu para a penetração da figura masculina na cena do parto, como deslegitimou os saberes e desautorizou as práticas das parteiras.

A estrutura de poder patriarcal vai situar posições sociais de homens e mulheres estabelecendo hierarquias que colocam as últimas em uma posição de submissão e desvantagem social. É inegável a importância de uma análise a partir das discussões que envolvem o gênero nos relatos de mulheres que vivenciam a reprodução e a maternidade. No entanto, apenas a categoria "gênero" não dá conta de explicar as experiências daquelas submetidas às múltiplas formas de opressão. Atualmente, é possível observar um maior número de discussões sob a compreensão das diferenças e complexidades entre as mulheres.

Além das assimétricas relações de gênero, e de poder, o exercício dos direitos reprodutivos e da maternidade, é marcado por desigualdades sociais, raciais e étnicas. Em razão dessas desigualdades, "não é qualquer maternidade que é aceitável", citam Mattar e Diniz (2012, p 113). Para as mulheres negras, historicamente, o principal papel social não

envolvia ser mãe e esposa. Nesse caso, a maternidade não é exaltada como uma determinação inerente a sua condição feminina.

No primeiro tópico do marco teórico, contextualizamos os processos que envolvem o parto na história até os dias atuais. Desenvolve-se sobre a passagem do parto domiciliar para o âmbito hospitalar a partir de uma institucionalização da medicina nas sociedades ocidentais e pós-coloniais, e da obstetrícia como especialidade que consolidou suas práticas a partir dos partos de risco. No Brasil, as comadres ou parteiras, na maioria negras e mestiças, com seus saberes indígenas e africanos, eram as principais figuras na arte do partejar. Com o advento da medicalização da vida, as supostas “doenças” e os eventos que acometiam o corpo da mulher, dentre eles o nascimento, passam a ser instrumentos de observação e estudo da medicina ocidental. A padronização do modelo de cuidado no ciclo gravídico-puerperal validou uma série de práticas indiscriminadas e violações reprodutivas. Atualmente, as discussões entorno da violência obstétrica relevam que esta é um desdobramento da sistêmica violência contra as mulheres e da violência institucional, reproduzindo desigualdades associadas à raça/etnia, classe, sexualidade, dentre outras.

No segundo tópico, tratamos da mulher negra escravizada no contexto colonial a partir da figura da “mãe-preta”. Como menciona Gonzalez (1984) a “mãe-preta” era simplesmente quem exercia a função de mãe, porque a branca só servia para parir os filhos do senhor. Impedida de exercer o afeto com seus filhos nutria na maternidade mais uma atividade que deveria desempenhar, efetivada no cuidado dos filhos da casa grande. A escravidão enfatizava as mulheres africanas como seres reprodutores e desta forma, mantenedores da continuação da venda e da exploração da mão de obra escrava. Muitas viam na prática da interrupção da gestação uma forma de resistência ao trabalho forçado e conseqüente morte física. As formas de exclusão orientadas desde a colonização e a persistente invisibilidade das suas demandas materiais decorrentes de uma nação baseada na hegemonia dos povos, localizam as mulheres negras em um espaço de ampla desvantagem social.

As mulheres negras são maioria sob risco reprodutivo, ostentando os piores índices nos cuidados que envolve o parto e nas taxas de morte materna. Relembramos o caso Alyne Teixeira uma jovem negra periférica que sofreu negligência na condução do seu parto que resultaram no óbito da jovem e do seu filho. O caso foi discutido em um órgão de direitos humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), que culpou o Estado Nacional pelas mortes evitáveis de Alyne e de seu filho por questões de gênero e discriminação racial no

acesso à assistência ao parto e nas violações identificadas. O Estado foi reconhecido como incapaz de prover o acesso à assistência de saúde reprodutiva sem discriminação e de modo imediato. Neste ponto, nos perguntamos como gênero, raça, condições socioeconômicas se sobrepõem e constroem hierarquias no acesso e na qualidade reprodutiva das mulheres?

Introduzimos o tópico três abordando o conceito de raça e eugenia a partir das grandes navegações pelo atlântico. A partir das características físicas eram atribuídas significações morais e políticas. A classificação da população em raça atribuía supostas diferenças biológicas que situava os povos dominados como naturalmente inferiores. Para Quijano (2005), a ideia de raça, no seu sentido moderno, teve origem na colonização da América. Cito o escritor martinicano Fanon (2008), quando este vai afirmar que o negro é uma criação do homem branco. Desta forma a raça é traduzida sob o olhar social e histórico e não biológico. As diferenças criadas entre corpos racialmente superiores e inferiores, civilizados e primitivos, serviriam para justificar a diáspora africana nas américas e a eliminação de sociedades inteiras.

No cenário brasileiro, no período pós-colonial, o mito da democracia racial cria a ficção de que negros, indígenas e brancos, vivem em plena harmonia, sem qualquer distinção ou privilégios. Vivemos ainda sob a sombra desse mito que renega a existência do racismo, e assim produtor de invisibilidade, tratamento desigual e menor prestígio social. O Estado segue legitimando essas iniquidades quando, por exemplo, universaliza as políticas de educação e saúde, sem dar condições aos grupos mais vulneráveis de acessá-las. Para Jurema Werneck (2016) o racismo institucional é possivelmente a dimensão mais negligenciada do racismo em nossa sociedade, gerenciando o acesso e as formas de vida e de morte.

No tópico seguinte “o racismo sistêmico e suas estratégias de vida e morte”, referenciamos o filósofo e cientista social camaronês Mbembe (2006) ao afirmar que, em sociedades pós-coloniais, os governos criam estratégias de “fazer morrer” entre os indivíduos considerados obsoletos, onde a vida de uns passa necessariamente pela morte de outros. O racismo autoriza os mecanismos de morte do Estado, assim o negro é considerado um inimigo comum em um estado de exceção, regulando as formas sistêmicas do genocídio da população negra. A partir dos índices de violência obstétrica e de morte materna de mulheres negras, questiona-se como as instituições incorporam em suas práticas formas sistêmicas da violência racista em nosso contexto.

No quinto e no último tópico teórico, elucidamos as primeiras teorias feministas acerca dos discursos que sustentavam a dominação masculina. O feminismo etnocêntrico denunciava a invisibilidade das mulheres no campo epistêmico e enfatizava que a opressão patriarcal era comum e inerente à todas mulheres, encobrando as dimensões do racismo e da exploração de classe. O feminismo negro é o feminismo da experiência, mas é também descolonizador e interseccional. Surge nas décadas de 1970 e 1980, afirmando que as experiências de mulheres que vivenciam discriminações étnicas e raciais são despercebidas quando se aborda mais amplamente o gênero. Tratava-se de uma resposta àquelas cujas lutas centravam no exercício dos direitos sociais e políticos das mulheres sem, contudo, oporem-se à exploração e subordinação conferida às mulheres negras. Havia um profundo desconhecimento e uma urgência em se discutir a vulnerabilidade interseccional dessas mulheres. O feminismo negro não aceita generalizações, pois são sempre as mulheres racialmente oprimidas que acabam invisibilizadas.

Citamos a autora Crenshaw (2002), e seu conceito de Interseccionalidade, este trata como os aspectos relativos à raça, classe social, gênero, sexualidade (corpo) se entrelaçam e se reforçam mutuamente. A combinação e sobreposição de sistemas opressivos, como o sexismo, racismo e a exploração capitalista, marca a trajetória de vida das mulheres negras conferindo a elas uma posição de ampla desvantagem social, inclusive no exercício da sua saúde reprodutiva e nos aspectos que envolvem a gestação e o parto. A presente pesquisa foi orientada pela pergunta: como mulheres negras vivenciam a gravidez e o parto? Assim, buscou-se compreender como estas experiências são vivenciadas e sentidas. Oferecemos uma análise das desigualdades raciais na atenção e cuidados que envolvem a gestação e o parto

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender e analisar as vivências de mulheres negras acerca dos cuidados na gravidez e no parto.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar as práticas individuais de cuidado e a assistência profissional na gestação, parto e nascimento.
- b) Analisar de que modo se reproduzem, legitimam e persistem certas intervenções.
- c) Identificar em que medida essas mulheres sofreram ou percebem a discriminação racial nos serviços de saúde.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualizando o parto na história e na atualidade

“O hospital tornou-se a fábrica, o corpo da mãe tornou-se a máquina, e o bebê o produto de um processo de fabricação industrial” - Robbie Davis-Floyd (2001).

Na antiguidade, a igreja cristã via as mulheres, em especial seus órgãos reprodutivos, como o mal encarnado. Desta forma, inicialmente, os homens eram proibidos de estarem presentes na cena do parto. Era proibido, e por vezes indecente, apalpar ou tocar uma mulher preta ou em processo de parturição. Na Europa cristã, assim como ocorreu no Brasil, eram as parteiras que dominavam a obstetrícia, e muito provavelmente a ginecologia. Certamente as cenas de parto variaram nesse período histórico, no entanto uma característica marcante foi a degeneração moral da mulher diante da misoginia cristã. Mesmo o homem tendo culpa, acreditava-se que foi a mulher que o induziu a provar do fruto da árvore do conhecimento. Como forma de punição pelo pecado original, a mulher passaria pela rigidez da gravidez e sucumbiria à dor e aos riscos do parto. Se a pena teria de ser paga, a assistência ao parto reforçaria o cumprimento dessa culpa (DINIZ, 1996).

O cristianismo na idade média possuía forte aversão pelas parteiras, sobretudo, porque afirmara que muitas dessas mulheres estavam entregues a superstições e bruxarias. Também eram consultadas sobre os cuidados com o corpo, doenças venéreas, além de praticarem o aborto e colaborarem com o infanticídio (BRENES, 1991; DINIZ, 1996). O tema do aborto sempre foi motivo de intensos debates, representantes da igreja cristã desde aquela época até os dias atuais se mostravam intransigentes com a interrupção da gravidez mesmo quando esta confere risco de morte à mãe. Hoje, o aborto é considerado como um problema de saúde pública, e os debates circulam em torno de quando a vida começa, dos direitos reprodutivos e da autonomia das mulheres.

Algumas culturas acreditavam que, quando o parto complicasse a vida da mãe, o feto era considerado um “agressor”, desta forma era legítimo protegê-la. Foi a partir do século XV que a assistência ao parto (e em seguida a gestação) passa a ser incorporada pelos médicos, em algumas cidades da Europa as parteiras passaram a ser regulamentadas para que suas práticas fossem vigiadas pelo regime monárquico. O Estado e a igreja passam a exercer profundo interesse pelo controle da fertilidade feminina.

A partir do século XVII a medicina em Portugal, herdeira de uma tradição europeia medieval, dividia-se em erudita, exercida por médicos formados, e aquela baseada no aprendizado mais empírico, e prático, realizados por cirurgiões, barbeiros e parteiros. Nessa época, o Brasil abrigou médicos exilados da metrópole, assim como cirurgiões, barbeiros e boticários, esses últimos, predominaram no trato das camadas mais pobres da colônia – negros escravizados e brancos desfavorecidos (DIAS, 2002).

No livro *Erário Mineral* de 1735, aborda as experiências vividas pelo cirurgião-barbeiro Luís Gomes Ferreira, durante o ciclo do ouro no Brasil. A obra traz uma narrativa de curas, por meio da incorporação das plantas medicinais, ervas e raízes, e extratos de animais, herdado pelos indígenas e africanos, à medicina colonial. Em seus relatos, atendia mulheres que sofriam pela ausência da menstruação, socorria partos, abortos e acidentes uterinos “[A escrava do ouvidor] estava no sétimo mês de gravidez, respirava com muita dificuldade e já não podia falar. Deu-lhe uma mistura de arruda com assafetida, e dentro de uma ave-maria, falou e ficou em seu acordo” (FERREIRA, 1735 apud DIAS, 2002, p. 90). No trecho, o cirurgião descreve uma ocasião em que, a mando do senhor de escravo, ajudou uma negra escravizada a expulsar seu feto, já que este lhe causava dificuldades até de respirar. É importante salientar que, os primeiros tratados de obstetrícia são escritos a partir das experiências desses cirurgiões-barbeiros em atender a partos complicados, onde na maioria das ocasiões, eram chamados apenas para retirar o feto vivo da mãe já morta.

As mulheres foram tendo seus papéis na cena do parto transformados, as formas de parir e toda ritualística do cuidado também estavam se modificando. As parteiras e curandeiras foram depreciadas e atacadas, seus conhecimentos foram rebaixados e encarados como “superstições femininas”. Começava a se instituir uma hegemonia eurocêntrica, cristã, tecno-cientificista, e claramente, masculina, no saber e na prática obstétrica. Nesse contexto, se constrói uma assimetria das relações de gênero orientada por um discurso médico autoritário que incorpora a assistência ao parto, a partir da modernidade (DINIZ, 1996; TORNQUIST, 2004).

No Brasil, por séculos, predominou-se uma “cura empirista, religiosa, oral e de memória gestual” praticada, sobretudo pelas mulheres que recorriam a suas hortas para a fabricação de preparos que misturavam as técnicas indígenas, africanas e portuguesas, para a cura dos males do corpo (CARNEIRO, 2015, p. 49). Esse saber também se estendia à assistência à gravidez e ao nascimento. As parteiras, ou comadres– em geral, mulheres negras

e mestiças – passavam banhos, receitavam infusões e chás, e no momento do parto, rezavam para ajudar no bom caminhar do trabalho de parto. Contudo, a medicina, enquanto instituição, passou a questionar a segurança e a validade dessas práticas, enquanto se apropriava dos conhecimentos relativos às ervas e seus poderes de cura, anunciavam que a arte de partejar estava entregue à insciência e ao empirismo das parteiras, alegavam imperícia e falta de higiene que colocava em riscos a vida da mãe e do bebê.

As modificações dessas práticas se tornaram mais intensas a partir do século XIX, e foi sendo produzida nos países ocidentais e pós-coloniais uma marcante tendência à medicalização da vida. Esse processo de medicalização afetou também a assistência ao nascimento. Desde o momento da sua constituição, a obstetrícia centra seus estudos no parto (e posteriormente sobre a gravidez) numa perspectiva biológica e patológica do corpo feminino. Os médicos passaram a realizar campanhas a fim de transformar o parto em um evento controlado por eles e assistidos no ambiente hospitalar. A consolidação do médico na cena do parto está vinculada à criação de uma série de instrumentos próprios – fórceps, pelvímeter, sondas, ganchos e cefalotribos¹ (BRENES, 1991; MAIA, 2010; TRICAS, 2012).

No entanto, inicialmente essas mudanças sofreram grande resistência de mulheres de todas as camadas sociais. A historiadora Priore (1995), comenta que a presença masculina no parto foi recebida com desconforto pelas mulheres que sentiam vergonha de expor suas genitálias aos médicos, que por sua vez, mostravam-se em seus relatos insensíveis à dor da parturiente. Estas preferiam dar à luz em casa, na companhia de outra mulher. Desta forma, a cena do parto permaneceu nas mãos de parteiras por todo o século XIX. Foi necessário construir, com ajuda dos governos, uma relação de confiança, na qual o médico passa a ser visto como um cientista, um conhecedor da anatomia e da alma feminina, e assim compreenderia os eventos e as doenças que acometiam o corpo e a mente das mulheres. Assim as histerias, e outros “desequilíbrios mentais”, a gestação e a assistência no parto, foram confinadas à medicina.

Atualmente, o modelo hegemônico ocidental de cuidado na gravidez, parto e nascimento é centrado em um conjunto de procedimentos padronizados, predominantemente intervencionista e farmacológico. Contudo, muitos dos procedimentos usados não têm

¹ Instrumento usado na prática da retirada do embrião, denominado de embriotomia, onde se perfurava o crânio para facilitar sua extração.

eficácia comprovada, ou já são considerados ineficazes pelas evidências acumuladas até então. Isto contribui para uma assistência obstétrica patologizante e marcada pela violência institucional, orientada por uma relação de poder da hierarquização dos gêneros.

Há algumas décadas, pesquisadoras, ONGs, grupos feministas e organismos nacionais e internacionais denunciam o desrespeito e os abusos cometidos contra as mulheres na condução dos seus processos reprodutivos, dentre eles a assistência à gravidez e ao parto. O que atualmente nomeamos de “violência obstétrica” é considerado um fenômeno antigo, expresso em diversos termos e conceitos (TESSER et al., 2015). Grosso modo, a violência obstétrica é usada para tipificar e agrupar formas variadas de violência, agressões e omissões, praticadas na gestação, parto e no atendimento às situações de abortamento. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos, dentre os quais se destaca a cesariana sem evidência clínica.

Os estudos são mais voltados à assistência obstétrica no parto e nascimento, onde é verificada uma rotina de práticas desenhadas a fim de antecipar, mudar a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o aspecto fisiológico do nascimento. A tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); o enema (lavagem intestinal); a ocitocina (hormônio que acelera as contrações uterinas); o toque vaginal (para a verificação da dilatação cervical); aminiotomia (a ruptura da bolsa); epidural (analgesia); episiotomia (corte no períneo); a manobra de Kristeller (compressão do abdômen) são algumas das práticas rotineiras na condução de um parto normal. Muitas vezes um procedimento leva a outro, decorrendo em “efeito cascata”: a indução das contrações por ação farmacológica causa dores mais intensas à mulher, encaminhando ao uso de analgesia ou anestesia, e assim por diante (CARNEIRO, 2015; TRICAS, 2012).

Neste contexto de cuidados, estudos apontam para o fato de que muitas parturientes vivenciam um sentimento de medo, solidão e uma sensação de abandono nas salas de parto (McCALLUM; PEREIRA, 2012; REIS, 2006; SANTOS). É comum os profissionais adquirirem uma postura que valoriza os aspectos técnicos que envolvem o parto, em detrimento da relação com o sujeito. Ademais, em muitas maternidades mulheres são impedidas de terem um acompanhante de sua livre escolha no momento do parto, mesmo sendo um direito assegurado pela lei de nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005).

Os aprimoramentos de técnicas cirúrgicas e anestésicas, junto com a permanência de um modelo de atenção ao parto normal violento, resultaram em um aumento considerável no número de cesarianas no país. Em 2012, as taxas foram de 52% no país, 46% no setor público e 88% no setor privado, segundo estudo de base hospitalar realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (2012) intitulada de *Nascer no Brasil*. Evidencia-se a importância da cesárea na diminuição dos desfechos de morte materna e neonatal. No entanto, esse efeito positivo se limita a um intervalo percentual de 10- 15% do total de partos assistidos, de modo que as cesarianas desnecessárias, sem evidência clínica, acarretam quase sempre desfechos adversos à mãe e ao bebê, e contribuem para manter as altas taxas de mortalidade materna no país (TESSER et al., 2015).

No contexto da saúde materna e perinatal, a violência obstétrica deve ser encarada como uma questão prioritária, devendo ser enfrentada, “pois representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde” (TESSER et al., 2015). A violência obstétrica que envolve tanto as práticas desnecessárias na assistência ao parto e nascimento, bem como as omissões por parte dos serviços de saúde - como a não garantia de um acompanhante ou a peregrinação da mulher na hora do parto- se enquadra ao mesmo tempo como uma violência de gênero e uma violência institucional.

Em contraponto, para Pimentel (2014) a humanização do parto e nascimento, surge como um movimento contrário a essa lógica produtivista e colonial do saber, advindas de um projeto de industrialização da sociedade moderna que não só moldou as relações de produção como intensificou a hierarquização de um determinado tipo de saber, o biomédico, em detrimento de outras formas de saberes. Ancorada na medicina baseada em evidências e em outros sistemas de cura, bem como, nas diversas lutas dos movimentos feministas, a humanização do parto propõe mudanças que reafirmam a importância da horizontalidade do conhecimento e saberes, valorizando o aspecto fisiológico e não “patológico” do ato de parir (PIMENTEL, 2014). Além de pautar novas formas de sociabilidade profissional de saúde-paciente (mulher), tal movimento, busca resgatar o papel da mulher como sujeito, que conhece seu corpo e tem autonomia sobre ele, em oposição à lógica do corpo feminino como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (DAVIS-FLOYD, 2001). A humanização legitima o ato de parir como uma experiência da ordem do biológico e cultural, aproximando-se de uma abordagem mais integralizada da assistência.

Os desafios atuais, envolvem a implementação efetiva de políticas públicas que abordam integralmente a saúde da mulher, com suas especificidades sociais, raciais e étnicas e em todas as fases de sua vida, como é o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), além de programas que tratam da humanização no pré-natal, parto e nascimento, como o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), e o Rede Cegonha. Resultado das lutas dos movimentos organizados de mulheres, a PNAISM, 2004, conseguiu romper com uma lógica centralizada apenas no ciclo materno-infantil, resguardando à saúde da mulher, em todas as idades, numa perspectiva de gênero, de raça e de etnia.

O PHPN, 2000, objetiva assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos humanos. E o Rede Cegonha, 2008, traz a proposta de organização de uma rede de cuidados que busca garantir o acesso à assistência obstétrica, o apoio no deslocamento para as consultas e exames pré-natais; disponibilidade de leitos nos hospitais; garantida de direitos no parto, como o direito à uma acompanhante; e no uso de práticas médicas pautadas nas evidências científicas (BRASIL, 2000, 2004, 2008).

Contudo, é importante sinalizar que apesar das reformulações que envolvem a atenção no ciclo gravídico-puerperal as políticas ainda mantêm a centralidade do médico, do hospital como o local mais seguro, e a humanização se torna uma medida protocolar. Ademais, não são mencionadas mudanças no ensino dos profissionais de saúde na qual, como bem recorda Diniz et al. (2016, p. 255), “persistem a normalização e a impunidade do acesso abusivo ao corpo feminino, reproduzindo hierarquias sociais de gênero, classe e raça/etnia”. A autora faz referência ao depoimento de Mary Dias², uma mulher negra e estudante universitária, que revelou ter sofrido duas episiotomias no mesmo parto em um hospital-escola. Ela conta que momentos antes ouviu o professor se referir a dois alunos da seguinte forma: “você corta à direita e o outro corta à esquerda”, supostamente para que ambos tivessem a oportunidade de treinar o corte e a sutura em sua vagina (DINIZ et al., 2016, p. 255).

Os alunos se sentiram autorizados a utilizarem o corpo da parturiente como um objeto de estudo e melhoramento da técnica. Não recorreram, no mínimo, ao direito de informá-la e/ou de pedir sua autorização antes de realizar o procedimento. A experiência vivenciada por

² Nome fictício.

Mary Dias traz uma reflexão sobre como as relações de gênero, a raça e a posição de classe são estruturantes da assistência ao parto e dos seus abusos identificados (DINIZ, 2016).

3.2 Mulher negra, maternidade e as hierarquias reprodutivas

A representação da feminilidade a partir do século XIX enfatizava as mulheres como mães, amáveis donas de casa, esposas e filhas. A maternidade era compulsória e inerente à condição feminina e às responsabilidades pela educação das crianças era exclusividade das mulheres. Neste âmbito das representações, segundo a filósofa e ativista negra Angela Davis, as mulheres negras eram praticamente anomalias. A definição de papéis sociais que restringiam as mulheres ao espaço doméstico, não correspondia à realidade vivenciada pelas mulheres negras no período da diáspora. Embora tenham sido mães, esposas e filhas, não poderiam “desfrutar” integralmente desta ideologia acerca da feminilidade. O discurso profundamente difundido era de que as mulheres africanas eram por natureza servis, desta forma, fundamentavam a escravidão (DAVIS, 2016).

O trabalho sempre ocupou a vida das mulheres negras que além de serem destituídas da sua humanidade, parafraseando Mbembe (2014): “mulher-objeto, mulher-moeda”, eram destituídas de gênero. Ao retratar a situação das mulheres escravizadas na sociedade estadunidense, conta que estas eram trabalhadoras em tempo integral, exerciam as mesmas funções que os homens, na mesma intensidade, neste aspecto sua opressão era idêntica ao do homem negro. Lembradas de sua condição de fêmeas quando violentadas sexualmente, o estupro era tanto uma forma de punição como um meio de exploração. Sua capacidade reprodutora garantia a continuidade da força de trabalho, desta forma não tinha direitos legais sobre seus filhos e filhas (DAVIS, 2016).

Durante a escravidão era comum os senhores questionarem os médicos sobre a tendência antinatural da negra africana em destruir sua prole, referindo-se aos altos índices de aborto em mulheres escravizadas (DAVIS, 2016). Além de serem submetidas ao trabalho exaustivo nas lavouras e a todo tipo de punição física que contribuía para a morte do feto, muitas induziam o aborto já nos primeiros dias de gestação, não somente para poupá-los de uma vida de intenso trabalho e abusos, mas porque teriam um trabalho redobrado, haja visto que continuariam a exercer as mesmas atividades independentemente de estarem grávidas ou amamentando.

No contexto brasileiro, a escritora Giacomini (1988), relata que a gravidez, a maternidade e a amamentação se traduziam em penalidades adicionais às mulheres escravizadas, pois esperavam que estas fossem tão produtivas quanto os homens. Os abortos provocados e os infanticídios se configuravam como formas de resistência contra a subordinação colonial.

A negligência e o descaso dos senhores no tratamento da reprodução escrava parecem ter punido duplamente a portadora do ventre-gerador. Não seria, no entanto, descabido identificar na prática do aborto e do infanticídio uma forma de resistência da escrava, seja às péssimas condições oferecidas à procriação, seja ainda a inevitável condição escrava que legaria em herança aos filhos (GIACOMINI, 1988, p. 26).

Sobre a maternidade, esta não era reconhecida como possível à mulher negra, na colônia. A escrava só era mãe quando amamentava uma criança branca, neste caso, era chamada de "mãe-preta". As mães-pretas, ou amas-de-leite, eram mulheres que tinham acabado de parir e eram vendidas ou alugadas para que servissem como amas dos filhos das senhoras. Para a autora, “a existência de 'mães-pretas' revela mais uma faceta da expropriação da senzala pela casa-grande, cujas consequências inevitáveis foram a negação da maternidade da escrava e a mortalidade dos seus filhos” (GIACOMINI, 1988, p. 57). Sua função era manter a saúde e o crescimento saudável da criança branca, enquanto seus filhos eram entregues à incerteza. Amamentavam os filhos de sinhá de duas em duas horas e os seus próprios, no máximo três vezes por dia (CARNEIRO, 2000).

A experiência da reprodução consistia unicamente em gerir uma criança sem a possibilidade de ter uma continuidade afetiva. A escravidão reafirmava a impossibilidade de serem mães em uma época cuja ideologia dominante considerava a maternidade como principal função social das mulheres. Assim, negar a maternidade da escrava era negar sua condição de mulher.

Talvez a representação mais perversa das mães-pretas está na criação da imagem da ama-escrava docilizada que desenvolvia relações afetivas com a criança branca. Discurso profundamente difundido nas obras de Gilberto Freyre, caracterizava as mães-pretas como mulheres docilizadas, que apesar da sua “natureza” (animalesca), conseguiam adquirir sentimentos verdadeiramente nobres, atribuídos apenas aos brancos, como o amor e o carinho pelos/as filhos/as da casa grande. Tal estereótipo, como diversos outros, servia às necessidades materiais da época e contribuía para minimizar as representações cruéis da escravidão (GIACOMINI, 1988). Para a intelectual negra Lélia Gonzalez, a mãe-preta não era

um sujeito resignado, como aponta alguns, traidora da raça com uma extraordinária vocação para amar os filhos da casa grande, dos seus algozes. “Ela é simplesmente mãe. [...] a branca, a chamada legítima esposa é justamente a outra que só serve ‘prá’ parir os filhos do senhor. Não exerce a função materna. Esta é efetuada pela negra. Por isso a ‘mãe preta’ é a mãe”, afirmou a intelectual (GONZALEZ, 1984, p. 235).

A ausência de informações sobre as relações afetivas entre escravos, não nega sua existência, mas aponta para uma inviabilidade de uma convivência mais plena. A escritora e ativista negra bell hooks³ descreve sobre as dificuldades dos negros escravizados de estabelecerem sentimentos e relações de afeto no período da diáspora. Não por serem incapazes de sentir tais sentimentos, como se não fizesse parte de sua "natureza" como julgava o discurso escravista na época, mas, pelo contexto de intensa exploração e violência em que viveram nossos antepassados. Sua sobrevivência estava intimamente ligada à sua capacidade de negar suas emoções. Não se sabia ao certo quanto tempo os negros teriam para ficarem juntos, desta forma o amor poderia torná-los vulneráveis e os envolvimentos teriam que ser pensados de forma que fossem transitórios. A prática de reprimir suas emoções foi decisiva para sua sobrevivência mesmo depois da escravidão. No momento no qual os negros eram objetos de trocas mercantis, construir e manter relações de afeto e amor eram difíceis de serem alcançadas. As negras que viviam na condição de escravas viveram para ver seus filhos, companheiros e amantes, serem vendidos ou trocados como mercadorias (HOOKS, 2010).

Nos dias atuais, as mulheres negras estão na base da pirâmide reprodutiva. Estudos a seguir apontam desigualdades raciais e uma maior vulnerabilidade das mulheres negras frente aos cuidados na gravidez e na assistência ao parto, e no que se refere ao aborto clandestino. Maioria sob risco reprodutivo, iniciam o pré-natal mais tardiamente, e com menos consultas, recebem menos orientação sobre a maternidade de referência, desta forma sofrem mais com a peregrinação no momento do parto, e são as mais vulneráveis ao aborto de risco, quando comparadas às mulheres de cor branca (DINIZ; MEDEIROS, 2012; VIELLAS et al., 2014).

Com relação ao atendimento ao parto, as negras são maioria das que relataram menor satisfação com o tempo de espera e maiores experiências de violência verbal, física ou

³ Pseudônimo da Gloria Jean Watkins, grafado em letras minúsculas, a autora busca destacar para a substância das suas obras, ao invés de títulos e nomes.

psicológica. De modo geral, foi observado menor chance de satisfação para as mulheres de cor da pele preta ou parda quando comparadas às mulheres brancas (d'ORSI et al., 2014; MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2011). As violências e omissões na assistência ao parto e nascimento têm implicações sobre a saúde física e psicológica das mulheres e são determinantes ao risco de óbito materno por causa direta:

Em 2002, Alyne Teixeira, 28 anos, negra, pobre, foi a uma maternidade privada que atendia a partos pelo SUS, na Baixada Fluminense, no estado do Rio de Janeiro. Apesar de apresentar sintomas de gravidez de alto risco, foi aconselhada a voltar para casa. Passados dois dias, seu quadro clínico agravou de forma que ela retornou à maternidade. Teve seu parto induzido seis horas depois, gerando um feto natimorto. Esperou mais catorze horas para retirarem sua placenta, o que complicou ainda mais sua saúde. Assim, aguardou mais oito horas até ser transferida para um hospital especializado, onde não resistiu e morreu (WERNECK; IRACI, 2016).

Tal fato ganhou repercussões tornando-se o primeiro caso sobre mortalidade materna decidido por um órgão internacional de direitos humanos. O comitê CEDAW⁴ emitiu sua decisão e declarou o Estado brasileiro responsável pelas violações, dentre as quais referiam negligência na assistência à saúde materna e discriminação racial, que resultaram na morte de Alyne Teixeira. Foi enfatizado a ligação entre a discriminação de gênero e outros fatores que afetam as mulheres, especialmente aquelas de grupos mais vulneráveis da sociedade, como a maioria das mulheres negras. Apesar de o Estado brasileiro ter alegado que a discriminação não foi um fator decisivo para a morte da Alyne, o Comitê CEDAW assentiu que a discriminação com base no sexo, raça e renda afetam a falta de acesso à serviços de saúde materna de qualidade.

Outro caso semelhante ocorreu, em 2015, Rafaela Santos, uma adolescente negra moradora da periferia, internada em estado grave em uma maternidade pública também no RJ. No dia anterior, apesar de chegar com sinais evidentes de alto risco (pré-eclâmpsia) a equipe médica optou pela realização de manobras e fármacos para induzir um parto normal. As práticas realizadas e as condutas tomadas no parto da mãe adolescente provocaram uma

⁴ Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW sigla em inglês), criado em assembleia Geral da ONU em 18 de dezembro de 1979 (CENTER OF REPRODUCTIVE REGHTS, 2018).

ruptura de útero, hemorragia e posteriormente o óbito (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2015).

Ambos os casos se assemelham não apenas pelas características sociais das mulheres, mas por serem duas mortes que poderiam ter sido evitadas do ponto de vista clínico. Apesar dos casos de Alyne Teixeira e de Rafaela Santos terem sido publicizados na mídia e alcançado alguma repercussão, acredita-se que não sejam exclusivos.

A mortalidade materna persiste como um grave problema de saúde pública no país. Analisando os dados no ano de 2015, verifica-se profundas disparidades entre mulheres negras se comparada às brancas. As negras correspondiam a 65,9%, dos óbitos maternos, contudo representavam 52,7% do total da população feminina. Por sua vez, as brancas eram de 34,1% óbitos maternos, ao passo que tal população representava 46,4% da população feminina brasileira, em 2015 (SIM/MS, 2015; IPEA, 2015). A mortalidade materna constitui uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres, pois estima-se que a maioria das mortes podem ser prevenidas com um cuidado apropriado durante a gravidez e na assistência ao parto (DINIZ et al., 2015).

Diante das estatísticas e dos relatos de violência que acometem mulheres negras, e na sua maioria pobres, Lopèz (2012) questiona, se as instituições baseiam suas práticas em um imaginário social construído no qual mulheres de cor são "naturalmente" mais resistentes, o que dispensaria maiores cuidados. As iniquidades que permeiam a vida das mulheres negras, são reflexo de um histórico de opressões e negação das condições materiais e simbólicas necessárias à sua existência. Estas questões ainda permanecem nos dias atuais quando indagamos se haveria espaço para a exaltação da maternidade negra. Ou se sua reprodução seria menos aceitável socialmente do que a da mulher branca que ocupa posições de privilégio socioeconômico.

Na década de 1970, feministas pautavam a necessidade de desconstruir a vivência de uma maternidade compulsória, inerente à condição feminina e controlada pelos poderes regulatórios do Estado e da igreja. A formulação dos direitos reprodutivos centrava-se em uma maternidade voluntária e no poder de decisão das mulheres sobre seus corpos, sua sexualidade, pelo aborto legal e uso de contracepção. Davis (2016), relata que o movimento em prol da maternidade voluntária na sociedade americana deixou a desejar, sobretudo no que se refere às discussões da realidade das mulheres racialmente oprimidas e pobres. Não que as

feministas negras ignorassem a importância do controle da reprodução na vida das mulheres, mas tal “autonomia” tinha bases ideológicas centradas em um estilo de vida das classes médias e da burguesia. O sonho de estudar e seguir uma carreira profissional, buscando assim novas realizações fora do casamento, só poderiam se materializar se as mulheres pudessem limitar o número de gestações. No entanto, tais aspirações não contemplavam a realidade das mulheres da classe trabalhadora, cuja decisão pela maternidade se fundamentava na condição social em que viviam.

Quando as mulheres negras e latinas recorriam ao aborto, “as histórias que contavam não eram sobre o seu desejo de se verem livre das suas gravidezes, mas antes sobre as miseráveis condições que as dissuadiam de trazer novas vidas ao mundo” (DAVIS, 2016, p. 207). No início dos anos 70, as mulheres de minorias étnicas reforçavam luta pelo direito legal ao aborto com aspirações de escaparem dos charlatões de fundo de quintal. Contudo havia divergências sobre sua finalidade dentro do movimento antirracista, alguns, na maioria homens, afirmavam que legalizar o aborto seria autorizar o genocídio da sua população (DAVIS, 2016; ROLAND, 1995).

No Brasil, os direitos sexuais e reprodutivos ocuparam por anos a pauta central na agenda das feministas negras. A luta contra a esterilização compulsória era uma delas. Realizada em mulheres de baixa renda, majoritariamente negras, alcançou altos índices na década 1980, indicando um caráter eugênico nas políticas de controle da natalidade no país. De acordo com Angela Davis (2000), o Brasil é reconhecido como o país da esterilização em massa, 12 milhões de mulheres foram esterilizadas. Nos anos 90, foi instaurada uma CPI no Congresso Nacional que culminou no Projeto de Lei nº 209/91 que coibirá o processo de esterilização indiscriminada. Passados cinco anos o projeto foi aprovado tornando-se a Lei nº 9.263 de 12/01/96, que trata das normas sobre a esterilização, estabelecendo penalidades e outras providências (CARNEIRO, 2003).

Os direitos reprodutivos são direitos humanos fundamentais que priorizam a redução dos abusos conferidos à mulher na regulação do seu sistema reprodutivo, das violações físicas e psicológicas e da garantia de meios necessários para o exercício de uma saúde materna segura e socialmente amparada. Um dos primeiros conceitos formulados sobre os direitos reprodutivos tem como pressuposto básico a livre decisão dos indivíduos sobre a reprodução (NAÇÕES UNIDAS, 1994). Vale salientar que, para o reconhecimento e efetivação destes

direitos no Brasil, deve-se considerar que a “livre decisão” não é uma realidade compartilhada de modo simétrico por todas as mulheres.

Mattar e Diniz (2012, p. 113), construíram o conceito de “hierarquias reprodutivas” baseado na pirâmide de valorização dos atos sexuais da antropóloga Rubin (2003). As autoras consideram que diante das desigualdades sociais, raciais/étnicas e de gênero pré-existentes e por ser um fenômeno social “não é qualquer maternidade que é aceitável”. Desta forma, o nível de aceitação social, o amparo institucional, os cuidados na gestação e no nascimento, a liberdade e o prazer de exercer a reprodução e a maternidade, serão determinados pela sobreposição de diferentes aspectos da mulher. Os marcadores de raça, classe, geração/idade e sexualidade indicarão se esta estará mais próxima da base ou topo de uma pirâmide hierárquica. Assim, as mulheres não brancas, pertencentes às classes econômicas baixas, solteiras, novas demais ou velhas demais, homossexuais, entre outras categorias, acabam vivenciando maiores dificuldades nos cuidados reprodutivos.

O efetivo exercício dos direitos reprodutivos, e conseqüente autonomia reprodutiva das mulheres, deve contemplar as necessidades relacionadas às diferenças raciais e étnicas da população feminina nesse país. O racismo é um mecanismo que produz as hierarquias reprodutivas e colocam as mulheres negras em uma situação de ampla vulnerabilidade nos aspectos que envolvem a saúde reprodutiva.

3.3 A identidade racial brasileira e o racismo institucional

“A raça, é a última informação confiável que se pode obter sobre alguma pessoa. É informação real de algo próximo do nada” - Toni Morrison (1998)⁵

A partir do XVIII, a cor da pele, a morfologia (nariz, crânio, lábios) e o cruzamento de marcadores genéticos foram fundamentais na classificação de raças e sub-raças humanas. No entanto, esses critérios foram invalidados pela ciência e estudiosos chegaram a uma conclusão de que raça não é uma realidade biológica. Isso não significa que todos os indivíduos sejam geneticamente iguais, ao contrário, os patrimônios químicos são diferentes, mas para a ciência isso não era suficiente para classificá-los em raças (MUNANGA, 2003). Desta forma, a raça

⁵ Trecho retirado de sua entrevista à revista Time em janeiro de 1998 (MORRISON apud SCHWARCZ, 2012, p. 33). Toni Morrison é uma escritora afro-americana ganhadora do Nobel de Literatura em 1993 por seu romance Amada, escrito em 1987.

se apresenta muito mais como uma forma de legitimar as relações de dominação e sujeição de uma população sobre a outra, do que, necessariamente, como uma forma de acentuar as diferenças morfológicas.

Segundo Mbembe (2014) o termo negro teve sua aparição no século XVI em um texto de língua francesa. Mas apenas com o tráfico de escravos que teve seu uso corrente. O negro é um produto da transformação de corpos africanos em objetos de exploração e sujeitos de raça. Assim como um mineral, é primeiramente extraído da África, forjado na colônia e convertido em riqueza na Europa. Foi por meio desta lógica que se estruturou o primeiro capitalismo, pela passagem do "homem-mineral ao homem-metal e do homem-metal para o homem-moeda" (MBEMBE, 2014, p. 78).

O pensamento colonial separou o mundo em sociedades primitivas e sociedades civilizadas, as primeiras dotadas de uma mentalidade selvagem eram desprovidas da razão e da lógica, equivalente a um buraco que necessitaria ser preenchido (MBEMBE, 2014). Para a historiadora Schwarcz (1993), com o processo de colonização desses novos territórios foram atribuídos valores depreciativos a estes "selvagens", de uma suposta inferioridade intelectual e uma debilidade natural da sua espécie. As mudanças a respeito das concepções sobre o Nativo eram necessárias para responder ao projeto de colonização que se constituía na época. Fanon (2008), em *Pele Negra, Máscaras Brancas*, vai argumentar que o negro nada mais é do que essa figura, sujeito de raça, inventado e tecido ao longo dos séculos pelos seus gestos e atitudes, pelo branco. O autor ainda cita: "a civilização branca, a cultura europeia, impuseram ao negro um desvio existencial. [...] aquilo que se chama de alma negra é frequentemente uma construção do branco" (FANON, 2008, p. 30).

Para Mbembe (2014), a raça era, e ainda é o critério de quem poderia viver e quem deveria morrer, de quem seria eliminado. Era o princípio da segregação entre humanos e seres destituídos da sua humanidade. Traduzia que indivíduos não poderiam compartilhar um destino em comum, somente aqueles supostamente dotados de razão:

Num passado não muito longínquo, a raça era, se não a mãe da lei, pelo menos a língua franca da guerra social. Ela era a unidade de medida da diferença e da inimizade, o critério determinante da luta pela vida, o princípio de eliminação, de segregação ou de purificação da sociedade (MBEMBE, 2014, p. 101).

Os indígenas e africanos eram considerados os Outros, foram desumanizados por suas práticas consideradas, pelos conquistadores, como selvagens e estranhas à condição humana. Isso gerou significados em suas vidas que se relacionam: a uma rejeição da identidade,

tornando-se um sujeito estranho a si mesmo; uma expropriação material, e seu conseqüente empobrecimento ontológico; e a ideia de degradação, então o negro é humilhado e rebaixado a uma condição de morte civil, sendo destituído da sua terra e não tendo qualquer direito ou dignidade (MBEMBE, 2014). Desta forma, raça é uma construção histórica e social, determinada por uma relação de dominação e exploração econômica, cultural e epistêmica. Ela permite segregar os grupos racializados por seus valores morais, culturais e econômicos. Atribui-se um valor moral aos costumes de índios e negros africanos, colocando-os como indivíduos incivilizados, cujas experiências não serviriam para compartilhar uma cidadania comum.

No Brasil, por volta de 1549 ocorreu as primeiras vindas de negros africanos ao Brasil. No século XVIII foi registrado a maior importação de homens e mulheres escravizados chegando a uma média de 55 mil por ano, no país. Os senhores de escravos ficavam com os lucros das exportações e comercializações, e aos negros nada restava a não ser o trabalho forçado e o sofrimento por meio de formas cruéis de controle. "Sob quais condições os escravos produziam essas riquezas?" O negro escravizado vivia como um animal, e em algumas condições era tratado de forma pior "pois até o cavalo tem quem sirva sua comida, pano para o suor e freio dourado" (MOURA, 1992, p. 16).

Em todas as áreas do Brasil eles construíram a nossa economia em desenvolvimento, mas, por outro lado, foram sumariamente excluídos da divisão dessa riqueza [...]. Essa economia colonial que se iniciou nas plantações de cana-de-açúcar, passando pela mineração, produtos tropicais, e termina na fase do café, foi produzida pelo negro (MOURA, 1992, p. 7 e 12).

O "homem-objeto", "homem-moeda" (MBEMBE, 2014), podia ser vendido, trocado, violentado, mutilado ou mesmo morto sem que nenhuma lei, instituição ou qualquer tipo de direito intervisse em seu favor. Na divisão social do trabalho, grande parte dos escravos eram designados ao trabalho agroindustrial nas canas-de açúcar, mineração e café, a outra parte exercia o trabalho doméstico. As mucanas, amas-de-leite, parteiras, cozinheiras e doceiras eram algumas das funções desempenhadas na casa grande. É importante ressaltar que o africano escravizado não só plantava e colhia como aperfeiçoava as técnicas de trabalho exigidas nos engenhos. Nunca foram beneficiados por seu trabalho físico e intelectual, ao contrário, os lucros eram distribuídos a uma gama de pessoas, verdadeiros membros parasitários dentre eles padres, fiscalizadores da metrópole, parentes e especialmente o senhor de escravos (MOURA, 1992). A fuga para os quilombos era a única possibilidade do negro escravizado, resgatar e vivenciar sua própria humanidade.

No contexto brasileiro pós-colonização, havia uma preocupação com relação à conformação de uma ideia de identidade nacional. A monarquia, recém-instalada, representou a nação a partir de três rios: um maior e impetuoso formado pelos povos brancos, outro menor, nutrido pelos indígenas e o mais imperceptível deles, composto pelos negros africanos. O imaginário criado era de que todos (brancos, indígenas e negros) conviviam em harmonia e pacífica, algo que não foi possível em nenhuma parte do mundo (SCHWARCZ, 2012). Fato que as relações raciais no Brasil foram construídas de forma única, porém longe de serem harmoniosas. A ideia de nação foi tecida pelo mito da democracia racial que tinha na figura do mestiço o símbolo dessa identidade nacional.

Inicialmente o mestiço foi eleito como uma aposta de branqueamento da população. Só depois, foi exaltado como um símbolo do cruzamento racial, sobretudo cultural. A eugenia era um movimento científico e social, que visava o melhoramento da raça por meio de cruzamentos inter-raciais. No entanto o discurso do cruzamento entre raças gerava dois questionamentos opostos: o primeiro era de o mestiço, visto como um ser degenerado, mais fraco, e infértil, por isto chegou a ser comparado a mula; de outro lado, alguns teóricos afirmavam a lastima facilidade de procriação dessas populações, que no processo de cruzamento sempre adquiriam as características negativas das raças inferiores. As ciências médicas impuseram ao negro uma ideia de “falta”, e ao mestiço, o mulato, eram inicialmente tidos como degenerados e inférteis (SCHWARCZ, 1993, 2012). Porém, esse mestiço é atualmente um ser destituído de identidade, não é pertencente a grupo algum, suas alternativas são: buscar o branqueamento ou enegrecer-se.

As análises acadêmicas sobre as relações raciais no país foram inicialmente formuladas a partir de uma perspectiva Freyriana, na década de 1930. A democracia racial negava a existência de sujeitos racialmente distintos, enquanto discriminava populações mestiças e negras no âmbito do direito, trabalho e justiça social. De acordo com a antropóloga Lewis (2014), o livro *Casa-Grande e Senzala*, de Gilberto Freyre, classificado como uma obra conservadora, visto que o próprio autor se posicionava como representante do patriarcado oligárquico, ressaltava o bucolismo da vida na casa grande, secundarizando as relações de poder entre senhores e escravos. Na perspectiva Freyriana, a miscigenação do nosso povo suprime a existência da raça como uma categoria constitutiva das relações de poder e de opressão. Ademais, há uma “romantização” dos atos sexuais entre o senhor branco e a negra escravizada, amparada por uma falta ideia de consentimento desta última. No livro, os papéis

de sujeição da mulher escrava às vontades do seu senhor são transformados em poesia lírica. A primeira sensação que faz do homem um ser “completo” era resultante de um ato de violência sexual contra a mulher negra escravizada.

O escritor Hasenbalg (1982), afirmou que Freyre criou a mais formidável arma ideológica contra o negro, a flexibilidade cultural do colonizador e o alto grau com que se expandiam as misturas raciais no país levou a formular uma noção de democracia racial. Esta por sua vez, estabelecia que o nosso povo é constituído por um caldeamento das três raças matrizes (negra, indígena e branca), dessa forma não deve haver qualquer privilégio ou distinção de cor. A partir do imaginário construído com base no mito da democracia racial, as oportunidades são dirigidas para todos de modo igual independentemente da sua origem ou fenótipo, na mente cresce a certeza de que vivemos em uma nação harmoniosa. O mito é cruel porque dissimula a realidade de que quanto mais escura for a cor da pele, e mais caracteres originários dos povos africanos o indivíduo tiver, menores suas chances de ascensão social (LEWIS, 2014). O intuito do mito está em negar a raça como uma categoria criada e pensada para se estabelecer hierarquias sociais, econômicas e de poder.

Para López (2012), a discriminação racial opera segundo as necessidades do modelo econômico vigente, sujeitando grupos raciais historicamente subordinados a posições inferiores de trabalho, execrando parte daqueles que não atendem às necessidades do mercado. Tanto na vida material como nas formas de consciência, a construção social de raça confina brancos, negros e indígenas, em seus “locais apropriados” favorecendo, sobremaneira, o primeiro grupo. Para isto, o Estado teve uma importante participação na configuração de uma sociedade moderna permeada pela hierarquização racial, com profunda exclusão da população negra, ao assumir medidas que beneficiaram o sistema capitalista.

Na passagem do trabalho escravo para o livre, o Estado moderno teve uma participação importante na configuração de uma força de trabalho racialmente discriminada, justificando sua ausência frente à concepção de políticas que integrasse o ex-escravo ao novo mercado produtivo. Se o mesmo Estado nacional que por muito tempo discriminou negativamente negros e indígenas seguir sob a mesma lógica “universalista” de distribuição dos serviços e recursos, há uma inclinação de que as iniquidades que atingem tais grupos tendem a se perpetuar (LÓPEZ, 2012).

Com a redemocratização do país, a saúde passa a ser um direito de todos (as) e dever do Estado brasileiro, garantido mediante políticas sociais e econômicas e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988, art. 196). O acesso igualitário compreende-se como sinónimo de equidade, termo que se aproxima da concepção de justiça do que de igualdade. No entanto, apesar de ser um dos mais importantes princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a equidade permanece restrita exclusivamente à definição formal de um direito, sem que na realidade seja assegurado resultados efetivos sobre grupos específicos.

Não obstante, é inegável a importância da ampliação das políticas sociais, dentre elas o direito à saúde, e seus impactos positivos, sobretudo no acesso a bens, benefícios e ações e serviços de saúde pela população negra. Apesar de imprescindíveis para a equidade entre negros e brancos em um país com o histórico de racialização da pobreza, as políticas sociais universais não são mais consideradas as únicas medidas capazes de erradicar as iniquidades raciais (LÓPEZ, 2012). O desafio está na construção de medidas associadas ao enfrentamento do racismo estrutural e institucionalizado, sendo este último decorrente do primeiro, ou seja, efeito da própria estrutura social. Ainda segundo López (2012), às políticas especiais, ou políticas de ações afirmativas, tratam de medidas destinadas às populações étnico-raciais marcadas por uma história de profundas opressões e desvantagens sociais. Em tese, tais ações destinam-se a reverter às iniquidades que permeiam a vida dos grupos desfavorecidos secularmente, e propiciam as discussões acerca das formas de se pensar e executar as políticas em nosso país. A erradicação das desigualdades estruturais (desigualdades de classe, gênero, raça e etnia) torna-se um grande desafio no campo de tais políticas.

Na saúde, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é uma política afirmativa que objetiva a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Reconhece o racismo como um determinante social do processo saúde-doença, “associado ao adoecimento e à morte precoce de mulheres e homens negros”. A intersecção da raça com o gênero e a orientação sexual aparece nos objetivos da política, bem como, a garantia e ampliação do acesso à saúde e mudanças na cultura racista institucional (WERNECK, 2016, p. 538).

De acordo com Almeida (2016), no Brasil o racismo é estrutural e institucionalizado, sentenciando quais indivíduos são “percebidos” e quais devem ser invisibilizados na sociedade. O racismo versa sob a forma como os dispositivos racializam o acesso ao poder e

às posições de prestígio social, naturalizando desigualdades estruturantes de grupos racialmente subjugados.

O racismo é definido aqui como um sistema organizado, constituído pela categorização e estratificação de grupos sociais em raças/etnias, que desvaloriza e enfraquece aqueles grupos considerados inferiores, e distribui de forma diferenciada entre os grupos as oportunidades e recursos sociais valorizados (WILLIAMS; PRIEST, 2015, p. 129).

Segundo Werneck (2016, p. 541), racismo institucional é possivelmente “a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais”. Ainda são poucas as reflexões sobre os mecanismos do racismo nas instituições, e uma das causas está na dificuldade destas instituições se reconhecerem como produtoras e reprodutoras deste racismo (LÓPEZ, 2012). No Brasil a institucionalidade não oficializada da segregação racial alimenta ainda mais o mito da democracia racial.

Nossa história é marcada por um aparato estatal racista cujos contornos se desenvolveram desde a criminalização de festas organizadas por negros, proibição destes frequentarem a escola (2º ato oficial da constituição de 1824) até as estratégias políticas de branqueamento da sociedade por vir, como observado nas facilidades para bom convívio de imigrante europeus em relação aos africanos e asiáticos (SILVA JR., 2008). O mito da democracia racial, essa falsa harmonia pacífica entre negros, indígenas e brancos, serve para escamotear as possibilidades, e antes de tudo a necessidade, de reparação ao povo negro e indígena marcados pela herança escravista e genocida.

Quando uma pessoa se sente discriminada em nosso país geralmente ela atribui a uma questão apenas de classe, a ideia de raça é em última análise pensada como um marcador da diferença. É fato que, a grande maioria da população vive as múltiplas segregações: de classe, raça e de gênero, atingindo fortemente quem se encontra mais na base social. Nas discussões sobre saúde, as iniquidades raciais e étnicas são invisibilizadas, ou mesmo produzidas como inexistentes. Na saúde pública, e coletiva, ainda é exíguo o reconhecimento do racismo como uma categoria definidora no processo de adoecimento dentre um conjunto de determinantes estruturais. Ainda existe uma forte inclinação em valorizar o eixo econômico, na forma de estratos sociais (trabalho, renda, educação, etc), e não enfatizar a raça como uma “linha” produtora de desigualdades em saúde. Assim, é dado ao indivíduo toda a responsabilidade de

rever e mudar seus hábitos individuais de vida e trabalho ao mesmo tempo em que é atingido sistematicamente pelo racismo.

3.4 O racismo sistêmico e suas estratégias de vida e morte

“A eliminação do Outro reforça meu potencial de vida [...] o racismo é um dos dispositivos que ajuda na distribuição da morte.” - Achille Mbembe (2006).

Segundo Foucault, a partir do século XVIII surge um movimento segundo o qual “o biológico reflete-se no político”, as condições de existência tornam-se possíveis, no entanto, objeto de normalização por instituições de poder (FOUCAULT, 2012, p. 155). A vida biológica e a saúde se tornam alvos fundamentais de um processo denominado de estatização do biológico. O biopoder, ou a politização da vida, se articula em processos de disciplinamento do corpo e na biopolítica das populações. Esta política da vida, explicitada por Foucault, visava uma excelência biológica das populações enfatizando questões de raça, sexualidade e degenerescência, cujo objetivo alicerçava os poderes do Estado nacional e da burguesia, assegurados por dispositivos médicos-jurídicos criados para produzir indivíduos medicalizados, disciplinados e não-degenerados (ORTEGA, 2004; FOUCAULT, 2005).

Nas sociedades ocidentais modernas, o corpo e a vida serão artificializados com o intuito de imortalizar os processos vitais, de aumentar o poder sobre a vida em diversas formas de agenciamentos da mesma. Neste aspecto a vida se torna algo incontestável e tão necessária quanto soberana. A biopolítica estatal clássica constituía a sociedade moderna ocidental que exigirá corpos docilizados, disciplinados e resignados, assimilados em uma forma universal de identidade "assegurados por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-políticas do corpo humano" (FOUCAULT, 2012, p.151).

Segundo Ortega (2004, p.11), “Foucault estava interessado em traçar a genealogia da biopolítica clássica, como a forma adotada por um poder que substitui a lei e o direito pela norma e a morte pela vida, apontando formas de resistência aos processos normalizadores da sociedade”. De igual valor e amplitude à biopolítica, a resistência se concretiza na vida, no “poder da vida” e não “sobre a vida” e nas formas que possibilitem uma outra economia da vida que não se entrelacem com os agenciamentos da biopolítica (ORTEGA, 2004, p.11).

A saúde exige mais que órgãos saudáveis, demanda uma autoconsciência das formas de ser saudável. "A saúde perfeita tornou-se a nova utopia apolítica de nossas sociedades. Ela

é tanto meio quanto finalidade de nossas ações. Saúde para a vida. Mas também viver para estar em boa saúde. Viver para fazer viver as biotecnologias" (ORTEGA, 2004, p.14). Está tendência de individualização da vida transfere a responsabilidade do Estado ao indivíduo, na autogestão da sua saúde. Os alicerces de tal fundamento têm valores extremamente autodisciplinares e competitivos.

A tensão entorno de corpos racializados em sociedade pós-coloniais, tem sido antagonica à valoração da vida descrita por Foucault. O discurso biopolítico constitui, e é constituído, pela ideia de verdade atribuída ao pensamento científico. A redução biológica da pluralidade homogeneiza as diferenças. Este discurso tece verdades relativas à raça, sexualidade, corpo e saúde, "o controle sobre o corpo é político e moral" (SFEZ, 1996, p.68, apud ORTEGA, 2004, p.14). Os mecanismos são perversos e sutis, ao invés de um gerenciando da vida tem-se uma normalização da morte.

Mbembe (2006), em *Necropolítica*, teoriza as relações entre o Estado e a cidadania, desvelando as formas de dominação e submissão em sociedades pós-coloniais, em especial na África, aplicadas à países de terceiro e quarto mundo, até mesmo aqueles pertencentes ao primeiro mundo. A *Necropolítica* trata das formas de controle através das quais a vida é estrategicamente subjugada ao poder da morte. Inspirado em Foucault, define que a soberania é estar no poder de vida e de morte. Em sociedades pós-coloniais, um poder que é difuso vai inserir formas de exercer o direito sobre a vida dos seus governados, onde a violência é perpetrada como um fim em si mesma. Mbembe (2006, p. 20), vai afirmar que os atuais governos vão obedecer a norma política de "fazer morrer e deixar viver" [...] exercitar a soberania é exercer um controle sobre a morte e definir a vida, ambas são desdobramentos e manifestações de poder".

A promulgação da soberania nos casos em que "a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos e populações humanas" é o projeto central de poder, ao invés da autonomia (MBEMBE, 2006, p. 14). Nas teorias de biopoder, Foucault fala de um domínio e controle sobre a vida na qual, há uma separação clara de quem deve viver e quem deve morrer. A base dessa divisão se encontra na biologia, na qual toma o controle sobre a vida. Em necropoder não é sobre produzir e controlar a vida, mas de colocá-la em um estado de exceção, onde a morte é justificada para a manutenção de ordem social.

Que o racismo tem um lugar importante na racionalidade própria ao biopoder é fácil de entender. Depois de todo o pensamento em termos de classe social, a raça se

constituiu como a sombra sempre presente sobre o pensamento e a prática das políticas ocidentais, ao imaginar uma desumanização dos povos estrangeiros e a dominação que deve exercer sobre eles (MBEMBE, 2006, p. 22).

Em termos Foucaultianos⁶ o racismo é uma tecnologia que permite o exercício do biopoder "o antigo direito soberano de matar". O racismo regula a distribuição da morte e autoriza os mecanismos de morte do Estado. O negro é reduzido à um inimigo comum em um "estado de exceção", uma forma de uma ameaça, será tratado com hostilidade e descarte. "A percepção da existência do Outro como um atentado à minha própria vida, como uma ameaça mortal ou um perigo absoluto cuja eliminação biofísica reforça meu potencial de vida e de segurança" (MBEMBE, 2006, p. 24).

A vida de alguns passa necessariamente pela morte do Outro localizado em espaços de exceção, é assim que a lógica neoliberal opera, no extermínio dos grupos que não têm lugar algum no sistema. A necropolítica parte da exclusão social, ou descarte social⁷, para o extermínio. Mas esta morte não se dá por acaso, não é fruto de uma causalidade, anteriormente ocorreram uma série de biopolíticas que negligenciaram silenciosamente grupos desfavorecidos permitindo um descarte ativo. Assim, não se trata apenas de "deixar morrer", mas de ativamente "fazer morrer". A biopolítica de descarte - em que as populações marginalizadas por raça e classe são agora consideradas encargos desnecessários para os cofres do Estado. São os remanescentes do Estado de "bem-estar social". Esta nova biopolítica é marcada por questões profundamente existenciais e materiais sobre quem vai morrer e quem vai viver e representa um grupo insidioso de forças que desistiram da santidade da vida humana (GIROUX, 2006).

O poder se expressa na vida e funciona nas várias estratégias para tornar populações descartáveis e privilegiar apenas alguns membros da sociedade. "O compromisso central do 'hiper-neoliberalismo' agora está organizado em torno da melhor maneira de remover ou tornar invisíveis aqueles indivíduos e grupos que já são vistos como um 'dreno', ou impedem

⁶ Ramón Grosfoguel (2012) vai argumentar que, a concepção de racismo em Foucault trata de populações internas na Europa, não abordando, especificamente, as populações colonizadas da América. Nesse caso, o discurso de raça se refere às diferenças de linguagens, cultura e religião entre dois grupos distintos, ou seja, o que é equivalente ao conceito de etnia. Segundo o autor, para Foucault o discurso racista emerge na concepção de biopolítica do século XIX, ou seja, quando a partir da modernidade as sociedades passam a exercer um poder de normalização e disciplinar das populações.

⁷ Termo utilizado por Henry A. Giroux (2006) em "Reading Hurricane Katrina", onde faz uma leitura da sociedade estadunidense a partir da tragédia do furacão Katrina que disseminou populações pobres, de maioria negra, no ano de 2005.

o mercado de libertos”. É nessa (complexa) dialética de vida e morte, visibilidade e invisibilidade e de privilégio e desvantagem de algumas vidas sobre outras, de populações inteiras sobre outras, que se constitui essa nova biopolítica (GIROUX, 2006, p.175).

Para Vargas (2008, p. 257), “a ausência de sensibilidade para as formas cotidianas de terror é uma condição chave para a existência de violência estatal sistêmica, desumanização, marginalização, negligência, e para o genocídio anti-negro”. É um processo desumanizador no qual nossa sociedade está estruturada. Os Estados-nações marginalizam e matam populações negras, resguardados pelo véu da democracia e de seu discurso inclusivo. A comunidade afrodescendente é vítima tanto dos efeitos das ações policiais nos locais mais pobres, quanto das políticas públicas para “pobres”, como a dificuldade de acesso e os cuidados inadequados à saúde. As práticas genocidas contra a população negra transcendem a morte física do negro, pelo menos diretamente. Neste aspecto, os valores de uma sociedade perpassam por uma lógica de desumanização, restrição e exclusão de pessoas negras e de seus direitos.

Quais grupos são sentenciados pelos poderes soberanos de fazer morrer? Como o racismo institucional e a morte materna de mulheres negras se relaciona com o sistemático genocídio da população negra no Brasil? A violência racista é de caráter sistêmico e silenciado, os corpos negros, constantemente descartados, revelam a ficção conservadora de viver em uma sociedade racialmente igualitária. Criam-se políticas, mas não dão acesso à grupos mais vulneráveis para acessar tais políticas. Negar ou dificultar o acesso destas populações às políticas sociais é uma forma velada de uma economia da morte. A política em torno da morte é um conceito possivelmente capaz de descrever toda a vida regulamentada sob os regimes atuais neoliberais.

É comum a mídia dominante tratar a violação e o extermínio de corpos negros como casos que envolve mais a classe do que a raça, afirmando serem frutos da crescente pobreza global. Tal assertiva apenas descobre os traços de um mito criado, o da democracia racial e da existência de um povo nação, alegando não existir hierarquias raciais no Brasil. Como mencionou Mbembe (2006, p. 46), a proposta forjada de uma identidade nacional “se concebe como identidade contra o Outro”. No Brasil, essa negação do Outro, fez com que houvessem sistêmicas estratégias de embranquecimento da população.

Não existe mais um investimento e conseqüente prolongamento da vida, ao contrário tem-se uma subjugação e descarte daqueles considerados obsoletos classificados na sua maioria segundo diferentes categorias de raça, classe e sexualidade. Para a população negra, circunscritas em espaços de pobreza e miséria, suas vidas são condicionadas a um espaço de exceção racial, cujos mecanismos necropolíticos estão na ordem do poder contemporâneo. “A cidade negra⁸” é um espaço de fronteira reservado aos homens e mulheres invisibilizados, “aí se nasce não importa onde, não importa como. Morre-se não importa onde, não importa de que” a zona habitada pelo negro não é uma continuação do habitat dos colonos, mas divergentes, obedecendo uma política de exclusão recíproca (FANON, 1968, p. 29).

A questão está na racionalização dos corpos, onde alguns são racializados como superiores e outros como inferiores. Segundo Grosfoguel (2012), Fanon citava que os grupos colocados acima da linha do humano vivem na chamada “zona do ser” e para aqueles abaixo da linha, ou seja, seres inferiores, se encontram na “zona do não-ser”. Em ambas as zonas do ser e do não-ser as relações não são homogêneas. Para Santos (2010), dentro da zona do ser, acima da linha abissal, há mecanismos regulatórios para a resolução de conflitos entre os oprimidos na forma de leis, direitos civis e humanos. Não obstante, a zona do não ser, abaixo da linha abissal, o gerenciamento da vida ocorre por meio do uso da violência e raras vezes por meio de métodos emancipatórios. A opressão de classe, gênero e sexualidade se agrava devido a articulação com a opressão racial nas zonas do não-ser.

Uma vez que a humanidade das pessoas classificadas na zona de não-ser não é reconhecida, uma vez que são tratados como não-humanos ou sub-humanos, isto é, sem regras de direitos e civilidade, então atos de violência, violações e apropriações são permitidos na área de ser seria inaceitável (GROSGOUEL, 2012, p. 96).

A forma institucional do racismo implica em práticas discriminatórias sistemáticas fomentadas pelo Estado ou com o seu apoio indireto. Elas se manifestam sob a forma de isolamento dos negros em determinados bairros, escolas e empregos. Estas práticas racistas manifestam-se, também, na literatura, na mídia, nas expressões visuais, no cinema, com imagens deturpadas e estereotipadas da história dos negros brasileiros. Os mais terríveis atos de racismo institucionalizado são a perseguição sistemática e o extermínio físico sob a representação de genocídio e limpeza étnica/racial (GOMES, 2005).

⁸ A cidade do colonizado, ou a cidade negra, a cidade indígena, a medina -cidade árabe (FANON, 1968).

3.5 As teorias feministas: de quais mulheres estamos falando?

O principal objetivo do projeto feminista na academia e nas ciências foi de produzir conhecimentos, novas epistemologias, que não seriam, mas “sobre” as mulheres, mas “para” as mulheres. As primeiras teóricas trataram não apenas de denunciar a exclusão e invisibilidade das mulheres nos campos de produção de saberes, como buscavam questionar os próprios pressupostos utilizados pelas ciências modernas. Essas mulheres compreenderam e revelaram que a ciência não é neutra, e muito menos desprovida de gênero, “a ciência é um homem, um pai”, afirmavam (SARDENBERG, 2001, p. 1). Os esforços consistiam em estender e reinterpretar os principais discursos teóricos, objetivando tornar visível a vida das mulheres e as relações de gênero a partir das teorias feministas. Certamente as experiências das mulheres não serviram de base para gerar, ou atestar, as várias teorias que serviam para responder as “problemáticas” relacionadas ao feminino (HARDING, 1993).

Os discursos acerca das distinções entre homens e mulheres acentuavam suas diferenças físicas e atribuía papéis com base nessas distinções. A partir do século XVII, a medicina ocidental buscava definir as diferenças sexuais em cada órgão, osso, músculo e nervo, sendo o corpo da mulher representado como o menos desenvolvido. Sua vagina e colo do útero, seriam uma versão incompleta do pênis e a menstruação era necessária pelo excesso de nutrientes em seus corpos. Ou mesmo, era atribuído uma suposta perda de equilíbrio mental pelas mulheres com o atraso da “conjunção” (menstruação) (DIAS, 2002; NICHOLSON, 1999).

Os patriarcas justificavam que as instabilidades decorrentes de tal “natureza”, assim como o discurso de fragilidade feminina, eram incompatíveis com a vida pública, desta forma as mulheres deveriam se restringir apenas aos espaços domésticos. No entanto, nas palavras de Carneiro (2003, p.1): “as mulheres negras tiveram uma experiência histórica diferenciada que o discurso clássico sobre a opressão da mulher não tem reconhecido...”. As mulheres negras sempre ocuparam os espaços públicos desde o período da escravidão, desta forma não se enquadram nesse imaginário.

Ao tentar adequar os discursos que se utilizavam da fisiologia para distinguir os sexos/gêneros, algumas feministas irão teorizar certos comportamentos culturais, estabelecendo linhas muito tênues com o determinismo biológico. Nicholson (1999) descreve

que autoras feministas apontaram que devido ao fato das mulheres serem consideradas seres reprodutivos isso gerava consequências como os estupros, assédios, tráfico sexual, em todo o mundo e que todas as mulheres diferem dos homens, não porque a biologia vai determinar um certo caráter, mas porque as primeiras possuem uma genitália “feminina” e isto fornece uma reação diferente daqueles que possuem uma genitália “masculina”. A partir dessa compreensão, a opressão masculina "comum a todas as mulheres" se originaria a partir da sua condição biológica, do seu corpo e de sua capacidade reprodutiva. "O corpo aparece, assim, como o centro de onde emana e para onde convergem opressão sexual e desigualdade" (PISCITELLI, 2002, p.4).

A categoria "mulher" tem raízes no feminismo radical. Tal categoria inclui traços biológicos e aspectos socialmente construídos e coloca o feminismo em um campo potencialmente essencialista e enfatiza a determinação de uma "opressão comum" e central a todas as mulheres. Este pensamento de aprofundar as diferenças que nos distinguem dos homens fundamentou o movimento ginocêntrico nas décadas de 1970 e 1980. Buscava-se estabelecer uma uniformidade feminista por meio de uma essência feminina, ainda que socialmente construída. Dizer que a natureza é algo dado e comum a todas as culturas é dar credibilidade a generalizações equivocadas (NICHOLSON, 1999; PISCITELLI, 2002).

É muito comum associar o sexo como algo biologicamente dado e o gênero, como uma criação, ou construção social. A antropóloga Rubin (2003) refere à existência de um sistema de sexo/gênero, no qual a sexualidade biológica é transformada pela atividade humana. Na construção social do sexo, sua postura consistia em considerar sexo e gênero como uma unidade, uma vez que não existe uma sexualidade biológica, independentemente do contexto social em que é exercida. Scott (1988), formulou sua definição de gênero como um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas relações de poder, este seria o campo primário no qual ou através do qual o poder é articulado.

É possível assumir que há uma dominação universal masculina advinda do sistema patriarcal na qual sofrem e que é inerente a todas as mulheres? Por certo, podemos observar os limites ao utilizarmos, ou reinterpretarmos, os mesmos pressupostos que fundamentavam as teorias tradicionais e androcêntricas das ciências modernas. Além de reforçarem hierarquias que atravessam não apenas as questões de gênero como, de igual modo, aspectos de raça, etnia, classe, sexualidade, e demais outros. Como elucidada Harding, (1993, p.8):

Uma vez entendido o caráter arrasadoramente mítico do ‘homem’ universal e essencial que foi sujeito e objeto paradigmáticos das teorias não-feministas, começamos a duvidar da utilidade de uma análise que toma como sujeito ou objeto uma mulher universal - como agente ou como matéria do pensamento.

Ao que sabemos, a história e as ciências foram concebidas com base na experiência do homem branco, heterossexual, burguês e ocidental. As próprias teorias patriarcais foram elaboradas a partir dessa perspectiva etnocêntrica. É pertinente questionarmos: sobre quais exclusões foram construídas as primeiras teorias feministas, e este sujeito feminista? As experiências apresentadas pela mulher universal acabavam refletindo uma perspectiva daquelas que a originaram: brancas, heterossexuais, de classe média e ocidentais (HARDING, 1993; NICHOLSON, 1999). Não é à toa que mulheres negras, latinas, lésbicas e trabalhadoras começaram a denunciar que suas experiências não estavam sendo contadas. Estas mulheres denunciaram não apenas a ciência androcêntrica, mas a própria limitação da teoria feminista branca ao não pautar suas formas específicas de opressão. Assim, para Haraway (1995, p. 32), “não há um ponto de vista feminista único porque nossos mapas requerem dimensões em demasia para que essa metáfora sirva para fixar nossas visões”.

No campo do conhecimento, os primeiros “estudos de mulheres” não evidenciavam as experiências de mulheres que sofriam com o sexismo, o racismo, a discriminação sexual e a opressão de classe. A escritora caribenha-americana Lorde (1984), aponta para a carência dos estudos sobre mulheres negras se justificava pelo fato de que haveria um entendimento de que apenas elas poderiam dar voz a si mesmas, e que mulheres brancas, maioria das pesquisadoras, entendiam que não poderiam acessar, como se não fosse permitido a elas acessar, tão “complexa experiência”. E concluiu que, a dificuldade está muitas vezes em enxergar as negras, ou não brancas, como diferentes delas.

Imaginemos que algumas teóricas poderiam ter pensado que essas “minorias”, com suas histórias tão complexas, poderiam ameaçar a importância de se estabelecer uma “unidade” feminista. No entanto, por que certas subordinações eram injustificadas e outras não? As análises da opressão masculina foram por muitos anos o objeto central nas produções feministas (CURIEL, 2007).

3.6 Interseccionalidade e o pensamento decolonial

“Acaso, não sou eu uma mulher?” - Sojourner Truth (1851).

Foi na convenção nacional pelos direitos das mulheres em 1851 em Ohio, Estados Unidos, que Sojourner Truth proferiu o discurso o qual lançou o seguinte questionamento “acaso, não sou eu uma mulher?” Suas palavras refutava a lógica patriarcal da fragilidade feminina, constituído para impedir que mulheres adquirissem o direito ao sufrágio (DAVIS, 2016).

Arei a terra, plantei, enchi os celeiros, e nenhum homem podia se igualar a mim! Não sou eu uma mulher? [...] Dei à luz treze crianças e vi a maioria ser vendida como escrava e, quando chorei em meu sofrimento de mãe, ninguém, exceto Jesus, me ouviu! Não sou eu uma mulher? (TRUTH, 1851 apud DAVIS, 2016, p. 71).

Não se sabe se por convite, ou por iniciativa própria, Sojourner Truth participou do evento enquanto única mulher negra e ex-escrava fez o que poucas mulheres ousariam fazer na época, falar em um encontro. Seu discurso era uma resposta aquelas cujas lutas centrava no exercício dos direitos sociais e políticos das mulheres sem, contudo, oporem-se à exploração e subordinação conferida às mulheres negras. Ela evidenciou o caráter racista e classista presente no recente movimento de mulheres nos Estados Unidos. Declarando que, mesmo tendo sido rebaixada à uma condição qualquer, exigia os mesmos direitos das suas irmãs brancas, pois sua cor não anularia sua condição de mulher (DAVIS, 2016). Mesmo sendo socialmente desautorizada a falar, Sojourner Truth trouxe reflexões importantes acerca dos discursos que sustentavam a dominação masculina. Expôs, que os traços de feminilidade socialmente construídos não pareciam ser inerentes à natureza das mulheres negras. Desta forma, partilhou da dificuldade das mulheres brancas de classe média de enxergarem suas cozinheiras, arrumadeiras e amas-de-leite como iguais a elas.

A escritora Sueli Carneiro, cita que o mito da fragilidade feminina, que sustentou a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres na história, não pareceria se referir às mulheres negras: “fazemos parte de um contingente de mulheres com identidade de objeto”, cita a autora. Nunca se reconheceram nesse mito porque nunca foram tratadas como frágeis já que representam um contingente de mulheres que por séculos trabalhou exaustivamente nas lavouras, nas casas dos brancos e nas ruas como quituteiras. E seguem, na sua maioria, ocupando os espaços de menor privilégio econômico e social (CARNEIRO, 2003).

O feminismo negro revelou as impropriedades da categoria “mulher” para se pensar as mulheres não-brancas. Bell hooks (2015) vai contestar esse pensamento afirmando que, a ideia de uma "opressão comum" a todas as mulheres se apresentaria menos como uma

estratégia política e mais como uma forma de velar os interesses atribuídos à posição de classe. Como mulheres que se posicionavam contra a sujeição feminina pelos patriarcais poderiam permitirem-se oprimir outras mulheres?

Parece haver um “desconhecimento da importância da presença negra na cultura” dentro das investigações feministas. Desta forma a leitora negra irá se perguntar se vale a pena ler escritos de quem parece “desconhecer” a existência da mulher negra ou pior, de quem imagina que esta não necessita ser ouvida (HOOKS, 2015, p. 2). O enfoque epistemológico do pensamento feminista negro parte das experiências concretas, das condições materiais nas quais vivem as mulheres negras e de suas interpretações a respeito de diversas categoriais como raça, sexualidade, gênero, etc. O conhecimento é produzido pelas mulheres negras, dentro e fora da academia, a partir de suas experiências. Este tem sido, sem dúvida, uma das propostas mais abrangentes, completou as teorias feministas, bem como as teorias sobre o racismo, ao explicar como o racismo, sexismo e classismo afetam de forma particular, e simultaneamente, as mulheres negras (COLLINS, 2000; CURIEL, 2007).

Para a mulher negra, o sexismo se articula com outras formas de atributos sociais num contexto histórico determinado. “Estruturas de classe, racismo, gênero e sexualidade não podem ser tratadas como “variáveis independentes” porque a opressão de cada uma está inscrita dentro da outra – é constituída pela outra e é constitutiva dela” (BRAH, 2006, p.351). Neste ponto, podemos observar que o gênero se cruza com várias outras categorias produzindo diferentes formas de opressões. Crenshaw (2002) vai afirmar que as experiências de mulheres que vivenciam discriminações étnicas e raciais são despercebidas quando se aborda mais amplamente a questão da raça e do gênero. Ainda há um profundo desconhecimento e uma urgência em se discutir a vulnerabilidade interseccional dessas mulheres. A autora irá formular o conceito de Interseccionalidade, este trata especificamente da forma pela qual o racismo, o sexismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios, se combinam e se sobrepõem, criando desigualdades básicas que estruturam as posições relativas das mulheres (CRENSHAW, 2002).

Além de enfrentarem grande invisibilidade dessa forma interseccional de discriminação nos movimentos sociais, Crenshaw destaca para as dificuldades de se pensar gênero e raça nos espaços antirracistas. No primeiro caso, as lideranças em sua maioria são monorraciais, nesse caso, brancas. No segundo, as lutas por direitos civis e contra o extermínio da população negra, são protagonizados por homens negros. Os argumentos,

retratam uma reprodução das dominações de raça, dentro do movimento de mulheres e de gênero, dentro dos grupos contra o racismo. Tal reflexo, ainda presente nos dias atuais, inviabiliza ainda mais as mulheres negras e suas sobreposições de opressões (CRENSHAW, 2002).

Para Mattos (2011, p. 3), “a ideia básica do conceito de interseccionalidade é que com ele seja possível explicar como normas, valores, ideologias e discursos, assim como estruturas sociais e identidades influenciam-se reciprocamente”. Este enfoque a nível estrutural permite compreender como são constituídas as relações de dominação e exploração de gênero, raça e classe nas interações sociais. Há um consenso de que a raça, a classe e o gênero estruturam e legitimam as desigualdades sociais. As categorias de diferenciação se dão a partir das especificidades históricas e contextuais de diferentes sociedades.

Na sociedade brasileira, o movimento de mulheres negras se expande a partir da segunda metade da década de 1970, articulando o sexismo à subordinação e exploração racista e de classe. Lélia Gonzalez apontou que o movimento feminista, cujas raízes se desenvolviam na classe média branca, refutavam a questão racial, esse tipo de ato fala advém de raízes históricas e culturais. Ainda que pregassem a solidariedade entre mulheres, o feminismo tradicional ignorava as tensões existentes nas diferenças de raça/etnia e classe social. Esse feminismo “importado” não causaria grandes efeitos na vida das mulheres negras que continuavam ocupando uma posição de submissão. As mulheres do movimento negro se reuniam para refletir sobre suas vidas marcadas pela discriminação racial e pelo machismo, praticada também por seus parceiros de cor (GONZALEZ, 1984).

Reconhecendo os mecanismos do racismo em nosso país, as feministas negras vão partilhar muito mais das lutas dos homens negros do que das mulheres brancas. Afinal, as mulheres negras vivenciam diariamente a opressão racial do Estado perpetrada contra seus filhos, companheiros, amantes e amigos. É evidente que os homens negros não devem ser isentos do seu papel por compartilharem uma luta antirracista. Qualquer atitude sexista é injustificável e não deve ser negligenciada. Mas, existe um elo histórico no qual compartilham o homem e a mulher negra, ambos usados como objetos de exploração, existem aspectos mais comuns do que qualquer diferença relacionada ao sexo. As relações tendem a se desenvolver em planos semelhantes cujas raízes, provêm de um mesmo solo: a experiência histórico-cultural comum (GONZALEZ, 1984).

Quijano (2005) elaborou o conceito de colonialidade do poder para analisar as desigualdades históricas na América Latina. A colonização que culminou na construção da América, e do capitalismo moderno e eurocentrado, teve como experiência fundamental a divisão da população sob o critério da raça. A partir das características físicas eram atribuídas significações morais e políticas. A classificação da população em raça atribuía supostas diferenças biológicas que situava os povos dominados como naturalmente inferiores. A ideia de raça, no seu sentido moderno, tem origem na colonização da América. As relações sociais estabelecidas eram, antes de tudo, relações de dominação. Por meio da raça foram sendo constituídas as hierarquias e papéis sociais necessários no estabelecimento de uma hegemonia eurocêntrica: “raça e identidade racial foram estabelecidas como instrumentos de classificação social básica da população” (QUIJANO, 2005, p.229).

Descolonizar é, sobretudo, pensar nas práticas e nas produções teóricas que fundamentaram a racialização e sexualização dos corpos. Segundo Fanon (2008), a colonização determina uma dependência e subordinação epistemológica, econômica e cultural, fornecendo elementos para a construção de uma identidade etnocêntrica e racista. A essa sujeição epistêmica, denominou de colonialismo epistemológico.

Segundo a escritora nigeriana Oyěwùm (2004), a era da modernidade nos seus últimos cinco séculos é demarcada por uma série de processos históricos, dentre eles o tráfico de escravos pelo atlântico e a constituição de colonização europeia em África, Ásia e América Latina. A autora faz referência a uma "hegemonia cultural euro-americana" incluindo os Estados Unidos como parte integrante desse domínio presente na modernidade. A hegemonia euro-americana constitui a própria compreensão de mundo - história, relações sociais, cultura, filosofia - se deu a partir de uma produção racializada do conhecimento. Assim como o gênero, as categorias raciais (brancos, negros, índios) foram criadas para estabelecerem relações de exploração e submissão e estratificações sociais.

É fundamental questionar o lugar de fala de algumas teóricas feministas, onde gênero é predominante para explicar a subordinação da mulher na sociedade, o que acaba por ocultar outros marcadores sociais que geram desigualdades estruturais. Muitos dos conceitos feministas, incluindo o conceito de gênero, partem de uma interpretação da mulher branca e das suas experiências vividas no espaço generificado da família nuclear burguesa (OYĚWÙM, 2004).

Eis que o pensamento sobre gênero e feminismo ainda é bastante ocidentalizado, teóricas de países ditos não-ocidentais raramente são citadas nas produções científicas e nos estudos de gênero. Segundo Connell (2016, p. 27), “as análises de gênero, então, precisam ser compreendidas como parte de uma economia política global do conhecimento”. A autora, versa sobre a prática de buscarmos por formação intelectual, autores e referências epistêmicas advindas da metrópole. Tratando do termo “extraversão”, o que vem da metrópole é traduzido aqui, e largamente usado como aporte teórico. É necessário fazer uma crítica e descolonizar muitos desses arcabouços teóricos, dentre eles o conceito de gênero.

A violência generificada (relativa ao gênero) teve um papel formador na configuração das sociedades coloniais e pós-coloniais [...] O gênero não envolve um diálogo entre o biológico e o simbólico. Envolve um vasto processo formativo na história, ao mesmo tempo criativo e violento, no qual corpos e culturas estão igualmente em jogo e são constantemente transformados, às vezes até sua destruição (CONNELL, 2016, p. 31 e 34).

As críticas sobre um universalismo das teorias de gênero, vem sendo exploradas por teóricas feministas sul americanas e africanas. No entanto, há um consenso que haveria um diálogo entre os diversos conceitos. É difícil delinear diferenças em sociedades tão homogeneizadas, contudo essas emergem em lugares de resistência e reapropriação de sentidos, demonstram que os sujeitos estão em movimento, que nada é fixo.

4 PERCURSOS METODOLÓGICOS

4.1 O lugar da pesquisadora e a pesquisa social

Nesse ponto, trago reflexões do meu lugar enquanto mulher negra, candomblecista e estudante no campo da saúde. Mesmo não passando pela experiência da maternidade, não me coloco como sujeito individual, mas coletivo na luta pela efetivação dos direitos reprodutivos das mulheres, em especial daquelas subjugadas como minorias sociais, bem como, pelo combate ao racismo, sobretudo no espaço institucional.

Quando adentrei no programa de residência em Saúde Coletiva, no Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE) em 2014-2016, busquei trilhar caminhos que me colocaram em contato com a saúde da população negra, atuando em coordenações municipais e estaduais de saúde. Esta pesquisa teve início na elaboração da monografia de residência intitulada: “Raça e violência Obstétrica no Brasil”, orientada pela socióloga Camila Pimentel, professora do departamento de Saúde Coletiva do IAM. Nos resultados, foram observados que as mulheres indígenas e as mulheres negras são maioria que relataram terem sofrido violência no parto no SUS. Esta pesquisa me gerou inquietações sobre o caráter qualitativo dessas violências, que não poderiam ser traduzidos apenas em números e percentuais, e se para além das violências obstétricas no parto, haveria discriminações associadas à raça. Assim, busquei trabalhar apenas com as mulheres negras e suas experiências de parto, que trouxeram questões sobre as violações na assistência, mas as possibilidades de outras formas de cuidados na gestação e no parto. Além das situações e reflexões a respeito do racismo, tanto na atenção ao parto, quanto no dia-a-dia de suas vidas.

Como uma mulher negra de pele clara, compreendo que isto me confere alguma vantagem tendo em vista que no Brasil, a discriminação se dá fortemente pela pigmentação da pele. Como candomblecista sei que o racismo transita em várias esferas, podendo ser marcado pela cor, pela cultura, ou religião. Ao ouvir das participantes suas vivências, pude confrontar suas falas com algo que me localiza enquanto sujeito generificado e racializado. Expresso os limites de não reproduzir esse modelo colonial do saber, com seu autoritarismo científico, busco não falar por essas mulheres, pois elas mesmas falam por si diariamente sem mediadores nem de alguém que as corrijam ou “refinem” suas reflexões. A escolha do método de coleta das narrativas: a entrevista semiestruturada, me fez refletir sobre a importância de se

pensar em métodos mais participativos que possibilitem valorizar mais as experiências das participantes, enriquecendo suas discussões e as colocando como protagonistas no processo.

A indiana Spivak (2010), intelectual dos estudos “Subalternos”, traz uma reflexão sobre o/a pesquisador/a que julga falar pelo Outro, e que através deste outro constrói falas, discursos, de resistência, mantêm esse outro silenciado, reproduzindo as atuais estruturas de dominação. O outro se torna objeto do seu próprio conhecimento ao mesmo tempo que, é silenciado. Não há uma tomada de posição real sobre o que está sendo estudado, por parte do acadêmico. Se o objeto de estudo é o subalterno em si, este só se apresenta como uma fonte passível e intermediária de conhecimento. Julga-se que o intelectual “dê” a voz a esse outro, que o traduza, que “dê” significado as suas palavras, “refinando-as”.

Para Spivak, há uma falsa cumplicidade, entre o intelectual e o subalterno, além da ilusão, por parte do primeiro, de que pode falar pelo segundo. E aponta, que a tarefa do intelectual pós-colonial não é de falar pelo subalterno, mas de criar espaços nos quais este possa falar e ser ouvido, sendo uma das formas de se trabalhar “contra” a subalternidade. E onde se encontra a mulher nesse caminho de obliteração da fala, onde questões de gênero minimiza as possibilidades de existirem enquanto sujeito de fala e os meios de se fazer ouvir? (SPIVAK, 2010). E quando raça e gênero se interseccionam, diminuindo ainda mais as possibilidades das mulheres negras de serem verdadeiramente ouvidas no campo da produção do conhecimento?

Fine (1994), por sua vez, afirma que o discurso sobre o outro muitas vezes aniquila esse outro quando entende que não é necessário ouvi-lo. Como se o pesquisador/a conseguisse interpreta-lo melhor do que a ele a si mesmo. Muitas vezes agimos de forma semelhante ao colonizador. Ao criar o outro busca então interpretá-lo sob o olhar à luz do Eu-colonizador. O texto nos convida a perceber esse distanciamento do outro e repensar novas possibilidades. A autora cita que: “o racismo é uma estrutura de discurso que tenta expelir simbolicamente o outro, apagá-lo, colocá-lo à margem” (FINE, 1994, p. 133). A pesquisa social possui um legado que não só constrói o outro, mas o legitima como tal, posicionando-o à margem da cultura. Normalmente nos textos narrativos os privilégios interesses dos pesquisadores, ficam no “subtexto”, ou seja, velados. Como pesquisadores/as precisamos nos posicionar como sujeitos classificados de gênero, raça e sexualidade, etc.

Haraway (1995, p. 22) vai afirmar que, devemos vincular os objetivos teóricos e políticos e nomear o local de fala, ou seja, onde nos localizamos. A autora vai se colocar a favor de um conhecimento "localizado e corporificado", longe de diversas outras formas de não-localização do sujeito que são em sua visão irresponsáveis. As perspectivas dos subjugados são preferíveis, pois parecem dar respostas e explicações mais transformadoras do mundo. No entanto é importante ter em mente que a todo o momento é necessário uma avaliação crítica e interpretação do que está sendo dito. O relativismo na ciência é tão hostil quanto o autoritarismo científico ou a totalização do conhecimento. "O olho ocidental tem sido fundamentalmente um olho errante [...] essas peregrinações com frequência foram violentas e insistentes em espelhos para um eu-conquistador" Por fim, essa "objetividade" feminista sob a forma de um saber localizado, vai ressignificar uma visão de mundo, responsável e parcial, de forma crítica e que não atenda a interesses dominantes (HARAWAY, 1995, p. 25).

4.2 O tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa empírica de abordagem qualitativa. Segundo Olesen (2007), a pesquisa qualitativa feminista aborda um campo vasto de disciplinas que variam desde a análise da vida e experiência das mulheres, envolvendo subjetividades e relações interpessoais, até as investigações à nível estrutural. A pesquisa feminista nas ciências sociais analisa a experiência das mulheres e suas articulações com condições materiais, sociais, econômicas, de gênero, etnia e raça.

A autora McCall (2005), chega a afirmar que as estudiosas feministas elevaram as investigações com suas críticas qualificadas sobre o próprio edifício da sociedade moderna, seu marco teórico clássico, disciplinas e conceitos. As críticas estendem-se ao método científico e suas "reivindicações à objetividade e à verdade desmentida pela prática real da ciência" (McCALL, 2005, p. 1776). Haraway (1995) trata do termo "objetividade" e suas implicações no âmbito das produções feministas, ou seja, como as acadêmicas feministas vêm superando esta concepção diante da produção científica feminista. A ciência positivista é retórica e vai manifestar uma forma desejada de poder bem objetiva. Desta forma, a ciência é um campo de poder e seu conteúdo é a forma de exercê-lo. A objetividade supõe uma linguagem unívoca, e uma falsa pretensão de que os achados científicos constituem uma

verdade universal. Para isto, o cientista traja uma postura imparcial ante os assuntos pesquisados, o método consiste em tratar o Outro como um corpo coisificado.

A objetividade é uma mítica busca por um conhecimento confiável. “Desmascaramos as doutrinas de objetividade porque elas ameaçavam nosso nascente sentimento de subjetividade e atuação histórica coletiva e nossas versões 'corporificadas' da verdade [...]”, cita Haraway (1995, p. 13). A continuidade de uma objetividade ameaça os desejos e, devo dizer, as necessidades de se buscar uma subjetividade. A verdade nas ciências, não é criada a partir desse Outro, objeto de estudo, o qual se atribui uma verdade simulada. A autora insiste na parcialidade em traduzir diferentes conhecimentos que situam em termos de poder. As teorias críticas modernas nos fornecem formas de pensar como signos e corpos são construídos, não para negá-los, mas para tornar esses significados e corpos possíveis. É importante lembrar que o negro foi construído por aqueles que negaram sua existência.

Os textos escritos por mulheres não brancas impuseram novas formas de compreensão a pesquisa feminista. Com ênfase nas múltiplas identidades construídas em épocas e contextos sociais distintos, o pensamento feminista pós-colonial a muito vem questionando as impropriedades da categoria "mulher", essencializada e universal, ao se referirem àquelas em terrenos pós-coloniais. Aos moldes de uma pesquisa empírica, salienta-se o caráter indispensável das experiências vividas pelas mulheres, fazendo uma leitura crítica desta experiência a partir do modo como esta surgiu, e sob quais aspectos materiais, históricos e sociais. (CRENSHAW, 2002, 2004, 2005; McCALL, 2005; OLESEN, 2007).

4.3 Acessando as participantes

Durante a elaboração do projeto, foram adotados alguns critérios de inclusão das participantes para a pesquisa. Buscamos por mulheres que se autodeclaravam pretas ou negras; com filhos de até dois anos de vida, maiores de 18 anos de idade, e que em algum momento foram assistidas pelo serviço público de saúde. Acredita-se que somente partindo das condições concretas das mulheres, ouvindo-as e valorizando suas experiências, foi possível obter repostas que privilegiaram suas necessidades e não a de instituições e outros sujeitos sociais. A exclusão das mães com filhos de dois anos ou mais foi devido à possibilidade de viés de memória sobre a gestação e o parto, no entanto, algumas trouxeram lembranças de partos dos filhos com mais idade. Vale ressaltar que, as análises foram

construídas com base nas experiências de um determinado grupo de mulheres, com características específicas, não nos propomos extrapolar tal investigação para a população em geral.

Assumirem-se como mulheres negras, ou pretas, foi imprescindível para estabelecer o grupo de participantes, uma vez que, a escolha pessoal e política de uma consciência racial possibilitaria discussões mais críticas sobre o racismo interpessoal e institucional, e como ele afeta suas vidas. Ao total foram nove mulheres entre militantes de movimentos antirracistas e/ou feministas negras, mulheres de terreiro (de matriz afro-indígena), ou que construíram e reivindicam para si uma identidade negra positiva, independentemente de estarem incorporadas nestes espaços.

Inicialmente pretendíamos ouvir apenas mulheres da comunidade Xambá, localizada no Portão do Gelo em Olinda-PE. O espaço sociopolítico, habitacional e religioso foi consolidado entorno do terreiro Santa Bárbara de nação Xambá, tradição religiosa de origem africana, dentre as inúmeras que existem no Brasil, tais como Jêje, Ketu, Nagô, Angola, Mina. Fundado na década de 1930 pela *Ialorixá* Maria Oyá, foi refundado em 1950 por um das de suas filhas-de-santo, Severina Paraíso da Silva, conhecida como Mãe Biu, que passou a assumir, juntamente com outras mulheres, a liderança da casa. Para Costa (2007, p. 206) a atuação das mulheres do terreiro Santa Bárbara “engendraram formas e estratégias para assegurar as práticas do culto xambá, garantindo a ocupação e a estruturação dos membros do terreiro no Portão do Gelo”. A comunidade Xambá recebeu em 2007 o título de primeiro quilombo urbano de Pernambuco pela Fundação Cultural Palmares (BRASIL, 2018).

O próprio desenrolar da pesquisa foi sinalizando que certos caminhos precisaram ser refeitos e reinscritos. Imagina-se que estes eventos sejam inerentes no processo da pesquisa de campo. A partir dos informantes-chave entramos em contato com duas mulheres que se interessaram em narrar suas experiências. No entanto devido ao pouco número de mulheres que se enquadravam no critério de inclusão de filhos/as menores de 2 anos e maiores de idade, a pesquisa se estendeu a outros locais.

Os convites para participarem da pesquisa eram feitos por telefone ou pelas redes sociais a partir das indicações das próprias entrevistadas. Ao final de cada entrevista, era solicitado a indicação de mais dois nomes que se enquadravam nos objetivos do estudo e que, nas suas concepções, teriam interesse em participar. Essa técnica de amostragem nomeada de “bola de neve” (*Snowball*) ocorre quando os indivíduos selecionados para participarem da

pesquisa indicam novos participantes da sua rede de contatos, prolongando-se, assim, até que os objetivos de compreensão do fenômeno estudado sejam alcançados (HANDCOCK; GILE, 2011). O período da pesquisa de campo transcorreu entre os meses de outubro e novembro de 2017. As participantes são residentes de Olinda, Recife e Região Metropolitana e, em geral, pertencem aos estratos socioeconômicos mais baixos.

Para a produção do material empírico, foram feitas entrevistas semiestruturadas (Apêndice A). Foi sugerido que elas mesmas indicassem os nomes fictícios, preservando assim o anonimato. Outros nomes citados pelas participantes, como nome de companheiros/maridos, familiares ou de maternidades foram substituídos por nomes fictícios.

As narrativas foram coletadas a partir de duas perguntas centrais, a primeira “como você vivenciou sua última gravidez?” E a segunda, “como foi o parto do seu filho/a?” Assim, foi possível coletar narrativas sobre a assistência e os cuidados efetivados durante a gestação e no momento do parto de forma mais detalhada. Investigaram-se os efeitos das intervenções clínicas sob os sentidos daquelas que foram submetidas, ou seja, as mulheres- mães. Além de analisar como essas práticas, intervenções, agem no ordenamento e manutenção de hierarquias de saberes- sociais médico-paciente.

Foi questionado também se as participantes, em algum momento, se sentiram discriminadas por sua cor, posição social, ou por outros fatores. E se, na percepção delas, existem diferenças no atendimento entre mulheres brancas e mulheres negras no Brasil, se sim, como avaliam. Identificando possíveis experiências de discriminação racial durante o período grávido-puerperal nos serviços de saúde público.

As observações, impressões pessoais, acontecimentos, reflexões e comentários durante a pesquisa, foram registrados no diário de campo. Neste, são acumulados materiais para analisar as práticas, os discursos e as posições dos entrevistados, descrevendo as relações nutridas entre o/a pesquisador/a e os/as participantes (BAUER; GASKELL, 2002).

O plano de análise baseou-se na Análise de Conteúdo de Bardin (2009), que consiste em um conjunto de técnicas aplicadas no campo das comunicações. Tanto pode ser uma análise dos significados (por exemplo, em uma análise temática) quanto dos seus significantes (análise léxica), sistematizando e interpretando, de forma objetiva, o conteúdo manifesto dessas comunicações. Para Chizzotti (2006, p. 98), a análise de conteúdo busca “compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações

explícitas ou ocultas”. Os textos escritos, ou linguísticos, são mais comumente utilizados pelo/a pesquisador/a pesquisador na busca por respostas aos objetivos da pesquisa. Esse material textual é formado por diários de campo, documentos, transcrições etc. (BAUER; GASKELL, 2002). Assim, a análise de conteúdo é compreendida muito mais como uma organização dos dados coletados em torno de determinados temas.

Na presente pesquisa, foram aplicados os eixos de organização propostos por Bardin (2009, p. 121): 1) a pré-análise, 2) a exploração do material, 3) o tratamento dos resultados: inferência e interpretação. Na primeira fase, a pré-análise, foram escolhidos os materiais iniciais (entrevistas transcritas, notas e diário de campo), por meio de uma leitura flutuante, para que fossem submetidos às análises sucessivas, além de, serem formulados objetivos e hipóteses a partir de recortes desses documentos. Obedecendo a segunda fase, foi realizado um estudo aprofundado do material empírico e definindo-os em categorias (sistemas de codificação) com base nos objetivos do estudo e hipóteses levantadas na fase anterior. Esta etapa é de extrema importância, pois irá determinar a riqueza das interpretações e inferências elaboradas na fase seguinte: tratamento dos resultados. Nesta etapa são destacadas as informações para efetivar uma análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2009).

O projeto passou pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz), e foi aprovada sob o CAAE de número: 72762817.5.0000.5190 e as entrevistas foram aplicadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Conhecendo as entrevistadas

No total foram nove participantes, no quadro 1 são listadas as mulheres entrevistadas, com dados sobre seus aspectos econômicos e sociais. Os nomes são fictícios e foram propostos pelas próprias entrevistadas, a seguir o quadro com as principais informações.

Quadro 1 - Caracteres socioeconômicos das mulheres entrevistadas, Pernambuco, 2017.

Nome fictício	Idade	Escolaridade	Ocupação	Tipo de Parto	Filhos	Estado Civil	Religião
Loní	22 anos	Ensino médio completo	Autônoma	Cesáreo e normal	2 filhos (4 anos e 1 ano)	Casada	Candomblé
Safira	38 anos	Ensino superior incompleto	Cadastradora do bolsa família	Cesáreo	3 filhos (19 anos, 13 anos e de 1 ano e 5 meses)	Casada	Candomblé
Assata Shakur	23 anos	Ensino superior incompleto	Cantora e <i>youtuber</i>	Normal domiciliar	1 filho (6 meses)	União estável	Candomblé
Magnólia	32 anos	Ensino superior	Professora e contadora de estórias	Normal	1 filha (5 meses)	União estável	Candomblé
Zizi	26 anos	Ensino superior	Desempregada	Cesáreo	1 filho (6 meses)	União estável	Católica
Sol	28 anos	Mestrado incompleto	Professora de artes	Normal	1 filho (1 mês)	Solteira	Umbanda
Andressa	33 anos	Mestrado	Desempregada	Cesáreo	1 filho (1 ano e 3 meses)	União estável	Espírita Kardecista
Laura	21 anos	Ensino médio completo	Desempregada	Normal	1 filha (6 meses)	União estável	Sem religião
Raquel	25 anos	Doutorado incompleto	Cientista social	Normal	1 filho (3 meses)	União estável	Sem religião

Fonte: Elaborado pela autora.

No quadro acima destaca-se a multiplicidade das entrevistadas. Mulheres que relataram seus partos em maternidades públicas e conveniadas ao SUS; no domicílio; casadas ou que viviam em uma relação estável; mãe-*sólo*; mulheres-mães consideradas jovens demais para ter filho/a, ou velhas demais, todas se afirmaram heterossexuais. A maioria teve acesso ao ensino superior, outras cursaram ou estão cursando uma pós-graduação. A menor renda familiar relatada foi de 800 reais e a maior foi de 3,700 reais mensais. Nenhuma participante

tinha plano de saúde, desta forma, todas eram usuárias exclusivas do SUS. As religiões que prevaleceram foram as de matriz afro-brasileiras, como o Candomblé e a Umbanda. A heterogeneidade da amostra visa também analisar a complexidade das múltiplas intersecções nas experiências vividas.

A princípio me concentraria nos processos que envolveram o parto institucionalizado, mas no decurso da pesquisa de campo conheci Assata Shakur⁹, que passou pela experiência do parto em casa. Em seu relato descreve os motivos que a levou a tomar essa decisão, mesmo diante das impossibilidades financeiras e da falta de apoio do profissional médico e dos parentes.

Inicialmente abordamos os relatos da gestação, parto e nascimento a partir de práticas institucionalizadas de assistência. Em muitas das falas é possível observar episódios de violências obstétricas de caráter físico, verbal, negação do direito ao acompanhante e da informação à mulher e seus familiares. Muitas agressões tinham um caráter racista como aquelas efetuadas contra as mulheres pertencentes de religiões de matriz africana, no momento do parto. Analisamos como a estética negra e a textura dos cabelos afros, incidem na forma e na qualidade do tratamento recebido na assistência ao parto. O silenciamento da mulher negra pelos profissionais de saúde, sobretudo pelos/as médicos/as, é muito presente nas narrativas. Esse autoritarismo na prática médica coloca as mulheres em uma posição como se elas não fizessem parte daquele processo, fossem apenas coadjuvantes. Tratamos das questões sobre maternidade negra, sua concepção de família, seu histórico e seus desafios atuais. Demonstrando que a vida materna das mulheres racialmente oprimidas sempre foi compartilhada em comunidade.

A escritora Carneiro (2000, p. 22) aponta que, “falar de saúde da mulher negra é também falar do corpo estético-político, pois, é do corpo, marcado por experiências pessoais singulares de exclusão pelos poderes sociais hostis, de onde parte o poder e a ética da mulher negra”. Elas ressignificaram o cuidado não mais na sua esfera biológica e científica, mas como parte da experiência subjetiva e simbólica daqueles que vivenciam essa espiritualidade. Muitas das mulheres pertencentes ao culto dos Orixás, religiões de matriz africana, relataram a realização de cuidados espirituais nos terreiros, para além da assistência médica. Muitas carregam em suas memórias saberes terapêuticos e ritos de cura que representam modos de

⁹ Assata Shakur é uma ativista negra, foi integrante dos Panteras Negras e do Exército Negro de Libertação (BLA), nos EUA.

vida, conhecimento e equilíbrio do corpo e da mente, e o fortalecimento enquanto pessoa e coletivo.

5.2 As vias de parto: escolhas e reproduções

Nesse ponto, as entrevistadas relatam sobre seus desejos e medos acerca do parto vaginal e os caminhos que levaram algumas à cirurgia cesariana. Magnólia é professora e contadora de estórias, é candomblecista e se auto afirma uma mulher preta. Tem um projeto, que compartilha com seu marido, de “afrocontação” para crianças nos terreiros de candomblé. Ela referiu a vivência da maternidade como: “a estória mais incrível que conhecerá, e a melhor por se tratar de uma obra em aberto”. Desde o início da gestação afirmou que gostaria de ter um parto normal e humanizado: “um parto normal sim, humanizado com certeza! Mas não vai poder ser em casa por que eu sabia da questão da minha saúde, e se houver uma intercorrência?!”, pontuou. Neste trecho, ela faz referência ao diagnóstico de miomas (tumores benignos do útero), dado pelo médico quando estava com três meses de gestação. Ela narra a forma como recebeu a notícia:

O médico disse que eu tava “acabada”. Disse que não sabia nem como essa criança vai sobreviver dentro de mim. “Levante as mãos pro céu! Se bobear essa criança [...] tá pra nascer em fevereiro? Não, não sei. Acho que a gente vai tirar, vai tirar ela em janeiro”, ele disse (Magnólia).

Ao citar que “a gente vai tirar”, o médico fazia referência à cirurgia cesariana, que ao seu ver, era a opção mais segura e que certamente garantiria a sobrevivência do bebê de Magnólia, devido a sua suposta “patologia”. A linguagem utilizada pelo médico fez a entrevistada questionar a sua conduta ética na relação com as pacientes: “não sei como aquele homem é médico?! Eu sei que ele é, mas a essência dele não passa isso para as pessoas, acho que ele trata de vagina, mas não trata de pessoas”, concluiu.

Segundo Ayres (2004), um encontro terapêutico entre profissional de saúde e paciente deve estabelecer um diálogo permeado pela lógica do cuidado que busque relacionar a clínica e a humanização na atenção à saúde. Essa relação de construção do cuidado não se acha apenas no modo como damos respostas rápidas às doenças físicas e ao sofrimento do outro, mas na forma como refletimos e investimos nas relações interpessoais. Essa relação ética e dialógica amparada no cuidado com o/a usuário/a, esbarra na forma como se estrutura o modelo de saúde. Não nos cabe ampliar a conduta de um indivíduo a toda uma categoria

profissional, mas em termos de estrutura o abuso de uma autoridade médica se comporta como uma barreira histórica no cuidado em saúde.

A entrega total do doente enquanto pessoa e sua subordinação enquanto sujeito é marca peculiar e histórica da constituição do trabalho médico moderno, pela própria necessidade tecnológica desse trabalho na modernidade, ao reorientar sua técnica na direção de tecnologia científica, obrigando-se a rever a forma e sentido da relação interpessoal médico-paciente (SCHRAIBER, 1996, p.49).

A estratégia de provocar medo à gestante é muito utilizada como uma forma de responsabilizá-la sobre os riscos eminentes com a criança. A responsabilidade é direcionada à mulher que se sente pressionada pelo profissional, e em muitos casos pela família, diante da possibilidade de "gerar" um bebê morto, além do julgamento com relação ao descuido com sua própria saúde. Em uma sociedade onde, no imaginário social, os direitos do feto estão acima dos direitos das mulheres, é comum que estas sejam forçadas a se submeterem a procedimentos cirúrgicos e que acelerem o momento do parto sob a penalidade de serem julgadas, ou mesmo criminalizadas, por qualquer decisão contrária a do médico (ERVITI, 2010). A entrevistada se mostrou contrária à decisão do médico de agendar a operação cesariana:

Chegar e falar que vai abrir minha barriga e tirar minha filha um mês antes dela nascer? Eu não concordo com isso! Se não é uma coisa que seja de extrema necessidade pra vida da criança, eu não concordo. É não deixar a natureza se desenvolver. A criança tem o tempo dela e ela veio no tempo que era pra vir, do jeito que ela quis (Magnólia).

Apesar das incertezas acerca de sua saúde gestacional, sua situação clínica não a impediu de ter o que desejou, um parto normal e humanizado: “foi melhor do que eu imaginava, foi bom, foi muito bom! Porque você vê gente nascendo é bom, mas botar gente no mundo é muito doido, muito bom!”, afirmou. Ao final da entrevista, Magnólia me mostra um vídeo gravado por seu companheiro no momento exato que dava à luz. No vídeo, ela estava de cócoras, posição que escolheu, e ao redor tinham enfermeiras e médicas que aguardavam o momento da expulsão. Os profissionais ao redor pouco interviram no momento da parturição. Magnólia chorava muito no vídeo, um choro que era de alegria, alívio e emoção ao ver sua filha, e se emocionou também ao rever aquele momento.

Outras narrativas abordam sobre os diagnósticos clínicos apresentados para a realização da cesariana:

O médico chegou até a programar algumas vezes pra eu ir pro hospital, depois das 40 semanas [de gestação], pra ver se no hospital, eu começava a sentir alguma coisa ou se lá ele começava a induzir pra que eu tivesse meu filho. Conversando com a

minha irmã, ela disse que ela teve a mesma coisa, ela só chegou a dois [centímetros] de dilatação. E que o médico dela explicou que, no caso dela, o colo do útero era muito grosso e por isso não dilatava. Creio eu que deva ser a mesma coisa porque eu não senti nada, eu não sei o que é dor de parto (Andressa).

No meu segundo filho o médico disse que eu não tinha "passagem" porque a minha bacia é "fechada". Ela não consegue abrir pra poder a criança sair, esse é um caso raríssimo, mas acontece. Tem mulheres que tem a bacia "fechada" [...] como eu já tive duas outras cesarianas ela averiguou que eu não poderia ter filhos normais (Safira).

Quando eu tava com quatro centímetros de dilatação. O médico disse: "o seu bebê fez cocô, vamos ter que fazer a cirurgia" (Zizi).

Nas sociedades ocidentais o médico é figura central entorno das decisões reprodutivas da mulher, uma delas é a via de nascimento dos seus filhos. Amorim, Souza e Porto (2010), em revisão da literatura, analisaram as indicações de cesárea com base em evidências científicas. Os miomas uterinos não são mencionados como fator para a realização da cesárea, pelas autoras. A distocia, ou falha na progressão do trabalho de parto, ocorre em um terço do total de cesarianas, que em alguns casos se torna um meio menos traumático do que a estimulação de contrações uterinas por via mecânica. No entanto, pela variação do tempo de trabalho de parto, não é recomendado intervir quando mãe e bebês estão bem.

A ausência de "passagem", diz respeito à desproporção da cabeça do feto com o canal de parto, no entanto esse diagnóstico é dado muitas vezes de forma precipitada. Não existem evidências para recomendar ou não recomendar a cesariana na presença de mecônio no líquido amniótico. No entanto, 13,9% das cesarianas são realizadas devido a esse diagnóstico. A cesariana é indicada quando são evidenciados padrões anômalos de frequência cardíaca do feto, sugerindo o que é chamado de sofrimento fetal. A idade gestacional acima de 40 semanas e cesarianas anteriores não se configuram, por si, como indicadores de cesárea. Um estudo realizado entre 2005-2017, mostrou uma taxa de sucesso de 84, 95% nos partos normais em mães com histórico anterior de parto cirúrgico (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010; BRASIL, 2017; FOX et al., 2018; OSAVA et al., 2012).

A alta taxa de operação cesariana no Brasil se configura como um grave problema de saúde pública, sua prevalência é a mais alta do mundo (LEAL et al., 2014). A taxa de cesariana em nosso país é cinco vezes maior que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A cirurgia cesariana, quando necessária, salva vidas, porém quando realizada sem evidência clínica, aumenta os riscos de morbidade e mortalidade para as mulheres e seus conceptos. A maioria das cesáreas eletivas revela um modelo intervencionista

que privilegia a tecnologia, em um contexto econômico que se move a partir do lucro, e a conveniência médica de programar a cirurgia sem indicação definida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Com base em resultados da pesquisa Nascido no Brasil (LEAL et al., 2017), mulheres pretas e pardas tem menos chances para uma cesariana do que as brancas. Mas isso talvez se deva ao fato de que no serviço público, a maioria dos partos ainda são vaginais e que a maioria das usuárias são preferencialmente mulheres negras (DINIZ et al., 2016). Pesquisas mostram que os riscos maternos e neonatais de cesarianas sem evidências científicas são substancialmente maiores se comparados aos partos vaginais espontâneos. O risco de mortalidade materna chega até cinco vezes a mais do que no parto vaginal (AMORIM; PORTO, 2010; SOUZA et al., 2010; FINN et al., 2016). Tais resultados confrontam o discurso de que o nascimento por cirurgias cesarianas são mais seguros para a mulher e criança.

Apesar dos benefícios em torno do parto vaginal ainda existe uma “cultura” do medo, da dor e dos riscos de complicações.

Eu sei que o corpo da mulher tá feito pra isso, mas na socialização que a gente tem é: “seu corpo não serve pra isso”. Então eu absorvi isso, que o corpo não serve pra isso. Era o medo que acontecesse alguma coisa no meio do caminho, comigo e com o bebê (Andressa).

Andressa entende que o corpo da mulher é possivelmente preparado para dar à luz, mas que socialmente foi construído um paradoxo do corpo feminino como aquele produzido por excessos e faltas. A construção do corpo materno como um “corpo de risco”, propício à falhas, inscreveu a obstetrícia como a ciência dos partos autorizando a normalização das práticas relativas à gestação e parturição.

No século XIX, os livros de obstetrícia já mostravam o corpo da mulher como um território conquistado pela medicina. Seus autores reafirmavam a ideia de que o parto não deveria mais estar no domínio das mulheres devido aos problemas próprios da natureza reprodutiva. Assim, se fazia necessário uma especialidade que detinha conhecimentos sobre anatomia, fisiologia, patologia, e cirurgia, que atuassem sobre sua natureza (MARTINS, 2005; ROHDEN, 2009). A obstetrícia se consolida pelo seu saber anatômico, o imaginário negativo do parto foi necessário para legitimar suas intervenções.

O conhecimento do mecanismo do parto teve grande impacto na extensão do controle médico sobre o corpo feminino. A obstetrícia tornou-se um estudo preciso,

quase matemático, ao transformar o corpo materno num espaço analisável, mensurável e passível de intervenção (MARTINS, 2005, p. 662).

Entrevistadas narram suas percepções sobre a naturalidade do processo fisiológico do parto.

Assim, eu fiquei pensando que parir é uma coisa que todo mundo fazia, que todo mundo sempre fez, o tempo todo. As vezes as pessoas complicam muito, criam muitos fatores de complicação. E a gente perde o vínculo com uma coisa que é tão essencial, que é tão normal (Magnólia).

Toda mulher sabe parir e todo o bebê sabe nascer! (Raquel).

Nas falas, a mulher estaria apta a parir sem necessariamente passar por intervenções médicas. As experiências de parto são individuais e subjetivas, porém são também construídas culturalmente. O medo entorno desse evento ocorre muito pelo próprio desconhecimento das mulheres e dos mitos entorno do parto vaginal.

Nas últimas décadas, ocorreram mudanças na compreensão acerca da gestação e do parto muito além de um processo fisiológico e patológico. A humanização na assistência ao parto, se propõe a ressignificar o sentido social do parto como um evento positivo, onde as mulheres-mães possam ter um papel ativo. Neste sentido, o corpo e sua fisiologia, os desejos e a autonomia da mulher são respeitadas, a assistência é baseada em evidências científicas (MAIA, 2010; PIMENTEL, 2014).

5.3 Vivenciando o parto humanizado

O parto humanizado refere-se, grosso modo, a uma assistência com o mínimo de intervenções necessárias, privilegiando o uso de terapias e métodos não invasivos e farmacológicos. Deve-se respeitar o tempo da mulher e do bebê, e ofertar um ambiente acolhedor e respeitoso, onde os desejos e decisões das mulheres sejam ouvidos e respeitados. Tendo em vista que quem faz o parto é a mulher, esta deve ter total autonomia nas decisões que envolvem esse momento.

Das narrativas de assistência ao parto humanizado, as participantes afirmaram que receberam informações, tiveram a presença de acompanhante e se sentiram respeitadas pela equipe que as auxiliaram. Relataram que as intervenções obstétricas foram mínimas, no geral, afirmaram que tiveram uma boa experiência no trabalho de parto e nascimento.

Foi tudo bem feito, com orientação, explicação. Foi uma experiência que terminou muito bem, da chegada à saída (Magnólia).

Eu fui fazendo força e a médica não interveio em nada. Ela ficava segurando minha mão e dizendo: “já tá vindo!”. A médica ficava me acalentando (Sol).

Sofri nada de desrespeito momento nenhum, eu tive muita sorte, digo, depois que muitas amigas relataram as experiências de outros lugares de não teve roupa pro pai entrar, não poder comer, de levar o menino pra dar banho depois que nasce. Eu perguntei se ele [o seu companheiro] poderia ficar. A mulher disse: “pode! Ele vai te acompanhar até quando você quiser” (Raquel).

Minha mãe tava lá, minha doula tava lá e ela é tipo minha “irmã de santo”. Foi muito especial, foi bem massa. Minha fotógrafa, que também é minha amiga, também foi. Eu fiquei cheia de adrenalina fui dormir de cinco horas da manhã (Assata Shakur).

Para as mulheres, a escolha do local do parto foi decisiva para que pudessem vivenciar um parto mais respeitoso. Muitas buscaram indicações em grupos de mulheres-mães, rodas de diálogos e utilizavam as redes sociais virtuais em busca de relatos de experiências de parto. Raquel contou que fazia parte de grupos de discussões na rede social: “eu fui ‘sacando’ as experiências das mulheres na Maternidade Santa Bárbara¹⁰”, e conclui que:

Quem vai parir no Maternidade Santa Bárbara tem uma certa informação, não precisa ser graduada nem nada. A maioria das pessoas que vão tem plano de saúde e os hospitais privados não incentivam o parto normal. O público que vai é muito informado, acompanhado de doula e tal (Raquel).

Devido aos altos índices de cesariana nas maternidades particulares, que chegam a 88% usuárias do sistema privado de saúde cada vez mais procuram os hospitais do SUS para vivenciarem um parto vaginal e humanizado (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Nesse cenário em que mais mulheres buscam reconstruir novos sentidos do partear, o meio virtual tem grande importância. As páginas de discussão da internet difundem queixas, relatos de parto e possibilidades de outros modos de parir. Alguns grupos de “parteria” promovem rodas de diálogos, para gestante e sua parceria afetiva, dando informações sobre cuidados, e boas práticas no parto, e suporte emocional e psíquico. Contudo, infelizmente, o acesso a esses espaços, ainda é restrito a determinados grupos de mulheres. E confere àquelas que têm mais oportunidade de acesso, um status de privilégio diante das decisões a respeito da sua saúde reprodutiva.

Magnólia, Raquel e Assata Shakur, relataram terem participado dessas “rodas de diálogo” sobre gestação e parto natural, na sua maioria realizada por ONGs, mas que o perfil das gestantes era bem homogêneo: “o perfil que eu vi foi o de classe média”, relatou

¹⁰ Nome fictício.

Magnólia. Por afirmar que não se reconhecia naquele espaço foi apenas a uma reunião: “ ‘parto da tradição’ como eles dizem, mas que tradição eles falam? ”, indagava a participante. Questiona-se a maioria das mulheres negras se sentem representadas nesses espaços de discussão. Se o que é repassado, meios de cuidado e cura, condizem com sua realidade material, simbólica e religiosa, ou se, são reproduções e projeções de algo muito distante de suas vidas.

Entrevistadas associam o acesso à informação com menores chances de sofrerem violências no atendimento.

Eu pesquisava bem antes de engravidar, por ser mulher mesmo e pra não ter que encarar essa coisa da violência obstétrica e também da falta de informação como uma maneira de violentar a gente mesmo, né?! Nós mulheres! Então fazia parte das minhas pesquisas enquanto mulher, feminista e tal (Assata Shakur).

É real a questão da informação, e é triste porque eu vejo que muitas outras mulheres que também são pretas como eu, mas não tem informação, elas não têm o acesso [...] é um tratamento que as vezes é cruel, sabe?! Você olha uma diferenciação que é cruel (Magnólia).

Ambas, viam a negação da informação como mais um ato de violentar as mulheres negras. Elas reconheciam suas vantagens diante de outras mulheres, mas sabiam que mesmo tendo acesso à informação isso não era determinante para que tivessem uma boa experiência de parto. Mesmo se informando sobre as evidências de um parto seguro, e o que poderia vir a ser um episódio de violência obstétrica, as entrevistadas sabiam que por serem negras estariam mais vulneráveis a sofrer violações nos serviços.

Estudo aponta que mulheres pretas receberam menos orientação durante o pré-natal, referente ao trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez, quando comparadas com as brancas (LEAL et al., 2017). A discriminação racial resulta em maior insatisfação das mulheres negras com o atendimento nos serviços de saúde. Analisando os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica no atendimento ao parto, estes foram maiores para as negras, de menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos e nordestinas (d'ORSI et al., 2014). A cor atravessa as características de escolaridade, idade, região e revelam a importante relação entre saúde e seus determinantes. As desigualdades raciais, relativas ao gênero, verificadas nas formas de tratamento recebidas dentro das instituições que prestam serviços de saúde, apresentam evidências da presença do racismo institucional no sistema de saúde do país.

Na sua fala, Assata Shakur revela que, por estar mais vulnerável, a mulher pode vir a sofrer violências no parto, sem se dar conta, dentro do ambiente hospitalar.

Mas a minha questão não era o hospital em si, era o que podia acontecer dentro do hospital contra a minha vontade. Era o que as pessoas podiam fazer no momento que você tá tão vulnerável, sabe?! Das pessoas chegarem pra mim e dizer: "não, então, eu preciso cortar um pouquinho você pra que seu filho saia, porque não vai sair porque não tá tendo dilatação". E ser uma mentira e eu acreditar (Assata Shakur).

Muitos desses sentimentos são decorrentes da autoridade imposta pelo médico nas decisões terapêuticas que envolvem o parto, muitas das quais, sem respaldo clínico. Isto porque, existe uma desigualdade entre usuários e profissionais, legitimada pelo saber e a prática da medicina (AGUIAR; d'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013), agravada por questões que envolve raça/etnia, gênero e classe. Essa compreensão, aliada ao desejo de ter um parto mais natural, fez com que a participante optasse em dar à luz em casa. No entanto, precisou, como mesmo afirmou, estar muito segura da sua escolha.

[...] as pessoas estão sempre muito preocupadas com sua decisão, primeiro porque você é jovem, como se você não tivesse capacidade de tomar determinadas decisões. Depois porque você é negra, então naturalmente as pessoas já tomam as decisões por você, e por ser mulher também. Mas é isso, a gente tem que tá muito segura se não as pessoas passam por cima (Assata Shakur).

Além dos eixos de raça e gênero Assata aponta que a idade (geração) também está associada à uma suposta incapacidade de tomar decisões acerca do seu parto. Em todo momento durante o período gestacional, a entrevistada contou que foi questionada por parentes e médicos a respeito da decisão pelo parto em casa. Ela sabia que precisou ser duplamente forte e estar certa das suas convicções. Confiar em tudo que já havia lido, em toda a informação que coletava, para que o fato de ser considerada “nova” demais para ter um filho, como relatou ter ouvido com frequência, fosse uma condição que não prejudicasse sua vontade e seu direito pela escolha do local de parto. Ela conta que a médica do pré-natal apresentava dados sobre a mortalidade neonatal em partos domiciliares afirmando que era mais arriscado do que o parto hospitalar: “ela deu vários números que a gente sabe que nem são verdades, números de mortes, sabe?! De crianças que morreram no parto em casa, como se não morressem no hospital”, afirmou.

Assata teve uma gestação de baixo risco e um parto sem intercorrências, em um ambiente que se sentiu confortável, sua própria casa. Ela contou que precisou fazer uso de ocitocina por conta de uma pequena hemorragia e que teve uma laceração, mas que não precisou suturar, que cicatrizou normalmente, desta forma ela conta: “ocorreram coisas que

não sei se no hospital seria respeitado, sabe?! Provavelmente se eu tivesse uma laceração no hospital iam falar: ‘vamos fazer um pontinho’. E pudesse ser que acontecesse alguma coisa nesse ponto, talvez dessem um ponto a mais”.

O ponto “a mais” também chamada de “ponto do marido”, é feito durante a sutura quando é dado um ponto a mais na vulva com o objetivo de “corrigi-la” e garantir o prazer dos seus parceiros durante as relações sexuais, após o parto. Uma prática sexista que foi recorrente nas maternidades e entre os obstetras, mas que atualmente acredita-se ser menos comum.

A OMS (1996) destaca a importância do direito de escolha do local de parto pelas mulheres. O parto domiciliar é recomendado em mulheres com gestações de baixo-risco, auxiliado não só por médicos/as como enfermeiros/as-obstetras e obstetrizes ou parteiras. A querela da mortalidade neonatal em partos domiciliares se baseia muito mais nas disputas de poder no campo da medicina, do que nas evidências reais. O polêmico estudo de Wax et al. (2010), publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, concluiu que o risco de óbito neonatal (aquele ocorrido no período de 0 a 27 dias de nascido) era de cerca de três vezes em partos domiciliares. Após a publicação, a comunidade acadêmica questionou o fato e pressionou a revista que na época revisou o estudo e assumiu uma série de erros estatísticos cometidos.

Em contraponto, estudos mostram que mulheres de baixo risco que realizam partos em casa, e na maioria auxiliados por uma obstetriz ou parteira, têm menos riscos de intervenções obstétricas e desfecho de óbito neonatal ou materno (McINTYRE, 2012; JONGE et al., 2013). Em tese, os estudos apontam que não existem evidências que validam o hospital como o local mais segura para mulheres de baixo de risco. O direito pela escolha do tipo de parto tem sido uma via de mão única, as vozes das mulheres têm sido grandemente ignoradas pelos valores fundamentais da “vida tecnocrata”¹¹.

5.4 Violência obstétrica na assistência ao parto

A violência obstétrica pode ocorrer em qualquer etapa do ciclo gravídico puerperal e em situações de abortamento resultando, muitas vezes, em danos físicos, psíquicos e morais à

¹¹ “*Technocratic life*”, expressão citada por Davis Floyd (2001, p. S6).

mulher, demonstrando claramente a ausência do cuidado e da proteção dos seus direitos reprodutivos. Consideramos também a quebra de direitos praticadas pelos serviços de saúde como: não permitir a presença de acompanhante, a peregrinação e negligências no atendimento. As narrativas tratam das violências praticada no momento do parto, em unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas).

5.4.1 A busca pelo local de parto

Sobre acesso aos serviços de saúde, a incerteza sobre o local de parto foi relatada com angústia pelas participantes.

Uma das minhas angústias era, quando eu tiver na hora de parir, eu vou pra onde? Eu não gostava dessa incerteza, isso me aterrorizava! De chegar na hora do parto e não ter pra onde ir, de eu não saber onde ficar, e se eu ficar no corredor?! Isso por si só já é uma violência, né?! Uma violência na sua cidadania. Porque você já tá de nove meses, com a barriga enorme, e você não sabe pra onde vai?! Acho de uma violência (Andressa).

Eu olhava para o João¹², meu marido, e perguntava: “aonde que minha filha vai nascer, heim?” Não sabíamos e faltava poucas semanas tecnicamente (Magnólia).

A não vinculação da gestante à maternidade desvela falhas na rede pública de saúde responsável por organizar a atenção materna, em sua respectiva região. Os serviços de saúde, muitas vezes não estão estruturados, por exemplo, com disponibilidade de recursos humanos e de equipamentos, para ofertar a demanda de internamento necessária. Isso gera um tipo de violência obstétrica que é a peregrinação de gestantes para conseguir internação para o parto.

A peregrinação é um grave obstáculo para a melhoria da qualidade da assistência obstétrica no Brasil. Em 2007, foi implantado uma lei que assegura a vinculação da gestante ao serviço hospitalar onde será realizado seu parto, no âmbito do SUS (Lei nº 11.634 de 27/12/2007). A precariedade dos hospitais e sua incapacidade de dispor de leitos e vagas suficientes está associado aos desfechos de riscos maternos e perinatais.

A entrevistada Sol, narrou que ao chegar a maternidade colocaram obstáculos no seu internamento: “ ‘Vocês são de onde? Por que vocês vieram pra cá?!’ . Ela ficou reclamando porque a gente tinha ido pra lá. A moça falou: ‘eu vou ver se interno, mas aqui tá superlotado e agente só tá internando casos graves, gravidez de risco’ ”. Enquanto estava em trabalho de parto, Sol peregrinou por dois hospitais diferentes até ser atendida.

¹² Nome fictício.

O programa Rede Cegonha (RC) implementado em 2011, a fim de garantir maior apoio à rede de atenção à saúde materna nos municípios em todo o país possui, dentre as diretrizes vincular a gestante à unidade de referência para o parto com transporte gratuito e as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento. O principal objetivo é reduzir a mortalidade materna e infantil, com destaque a neonatal (BRASIL, 2011). As ações práticas do programa são voltadas para o fortalecimento da rede hospitalar obstétrica, a lógica continua a da institucionalização da atenção à saúde materna no espaço hospitalar. Ademais, a RC não rompeu com a concepção “materno-infantil”, já superada desde a implementação da PNAISM, reconhecida por apresentar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2004).

A peregrinação é uma violação dos direitos das mulheres de ter uma assistência ao parto de qualidade e de forma segura, ou mesmo, a simples garantia de serem atendidas. É “uma violência na sua cidadania”, como aponta Andressa. Não garantir ou impedir o acesso às mulheres ao atendimento ao parto, ou nas situações de abortamento, se constitui como uma violência obstétrica, também nomeada de violência institucional de gênero (DINIZ et al., 2015).

As incertezas sobre o local de parto e a peregrinação recai de forma particular sobre as mulheres negras, gerando condições de desigualdades e vulnerabilidades nos acontecimentos que envolvem o nascimento. Estudos revelam que, negras recebem menos orientações e são menos vinculadas à maternidade de referência, gerando um maior risco de peregrinação na hora do parto do que as brancas. Por estarem menos vinculadas à maternidade para o parto e por recebem menos informações no pré-natal isto resultaria em uma maior peregrinação para as mulheres negras (LEAL et al., 2017; VIELLAS et al., 2014).

5.4.2 O impedimento do acompanhante

A escolha de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto, e pós-parto é um direito da parturiente. No entanto, das oito participantes que tiveram parto hospitalar, três foram impedidas de terem acompanhantes no momento do parto:

Primeiro o meu marido não pôde ficar comigo porque era homem, não podia. Ele foi pedir mas negaram porque disseram que ele tinha de pedir logo quando eu cheguei, já era pra ele ter pedido, só que a gente não sabia. A gente achava que ele poderia entrar na hora da cirurgia, mas disseram que não. Aí ele não viu o parto e ele tava doído pra ver o parto, eu entrei só! (Safira).

Ele não podia entrar porque teve outra mulher tendo menino [...] ele só podia ficar na porta. Como ele era homem não podia entrar (Loni).

A enfermeira mandou falar com a médica. Quando ela passou eu já tava no setor, na cesárea. Eu disse a ela que queria que meu companheiro assistisse. Ela disse: “não, porque não tem roupa!” (Andressa).

Desde 2005, o Estado garante pela lei nº 11.108 que mulheres tenham o direito à um acompanhante de sua livre escolha, durante todo o momento do parto e no pós-parto, tanto em hospitais públicos como privados, em todo o âmbito nacional (BRASIL, 2005). Contudo, muitas maternidades negam esse direito à mulher e seus familiares sob a alegação de que o hospital não tem estrutura, como: a sala de parto é pequena demais, não têm roupas esterilizadas, ou que a presença de um acompanhante do sexo masculino geraria um desconforto às outras parturientes.

Sob a alegação, dada pela médica, de que não havia “roupa” para seu acompanhante, Andressa contesta: “meu companheiro não podia entrar porque não tinha roupa, mas quando eu tava na cesárea entrou vários estudantes [...] eles entraram e viram o meu parto”. Os serviços não respeitaram o direito legal das entrevistadas de terem ao menos um acompanhante no momento do parto.

Nas primeiras décadas quando o parto foi transferido para o espaço hospitalar, foi vivenciado como uma experiência solitária pelas mulheres. A presença de familiares não era recomendada nos livros de obstetrícia, sob a alegação de que poderiam atrapalhar o trabalho do médico, e assim deveriam ser retirados de vulnerabilidade das salas de parto (DINIZ et al., 2014).

Mais uma vez, a raça/cor está diretamente relacionada aos piores dados relativos ao impedimento de um acompanhante de livre escolha da parturiente, nas maternidades públicas. Pesquisa aponta que, a garantia do direito da mulher ao acompanhante foi mais infringido entre mulheres negras do que entre brancas. A percentagem de mulheres pretas e pardas que não tiveram quaisquer acompanhantes foi de, respectivamente, 30,9% e 24,8%, contra 17,4%, das mulheres brancas. Devido a todo um contexto de vulnerabilidade à qual as mulheres são expostas no momento que estão dando à luz, o apoio contínuo de um acompanhante de sua confiança pode fornecer suporte emocional e diminuir os riscos de violência e iatrogenia (danos físicos ou psíquicos causados pelo médico), aumentando suas chances de ter um parto seguro (DINIZ et al., 2014).

Para as mulheres, no momento que é negado a presença do acompanhante elas sentem que não há muito o que fazer. O medo de sofrerem algum tipo de descaso, e outras violências na condução do parto, as colocou em uma posição de silenciamento, mesmo tendo conhecimento prévio dos seus direitos.

A questão de eu não ter acompanhante, eu entendo como uma violência. Mas, naquela “altura do campeonato” pra mim era o menor dos problemas. Eu queria ter o parto, sair dali [...] foi com violência, foi uma quebra de direitos. Eu podia virar e falar: olhe, é meu direito, tá na lei, e aí?! Mas, 42 semanas de gestação, 24 horas na sala de pré-parto, 12 horas no mínimo sem comer, eu não iria comprar essa briga. É aquela coisa, você vai entrar numa briga que você é o mais fraco?! (Andressa).

Eu sabia dessa lei, mas no estado que eu estava eu ia fazer o quê? Na hora que eu fui ter o neném e eu vi que não tinham deixado, me deu uma vontade de reagir. Mas, sabe quando você quer é sair daquele lugar?! Muitas têm vontade de botar a “boca no trombone” mas, olha pro lado, olha pro outro e pensa: mas eu estou sozinha, ninguém vai me ouvir! (Safira).

Apesar das mulheres buscarem conhecer seus direitos para terem um parto seguro e livre de violência, quando estão no ambiente hospitalar geralmente se sentem coagidas e se observam não mais como sujeitas desse processo, mas apenas como um “corpo gerador” A autoridade médica inibe as pacientes, que acabam, muitas vezes, abdicando dos seus direitos e preferências pessoais (DAVIS-FLOYD, 2001).

Naquela ocasião, Andressa se percebeu como a “mais fraca” diante de uma estrutura hierarquizada de dominação e abuso de poder, e seus aspectos que reforçam a discriminação de racial e de renda: “quem é pobre e preto é cercado por esses momentos [...] você vai questionar a médica e ela podia chegar pra mim e dizer: “ah massa, então não vou fazer seu parto!””, concluiu a entrevistada.

5.4.3 Violências físicas e verbais no parto hospitalar

A antropóloga Davis-Floyd (2001) afirma que, com a construção das maternidades, espaços próprios à clínica obstétrica, impõe-se um disciplinamento ao corpo feminino para que este receba as intervenções médicas necessárias sem interferência da mulher. O modelo tecnocrático de assistência valoriza a tecnologia em detrimento das relações humanas. A ideia consiste em um modelo produtivo do nascimento, resultante da ideologia de produção capitalista.

A seguir, as participantes relatam suas experiências com relação à rotina hospitalar e a intervenções médicas, como o toque vaginal, episiotomia (incisão no períneo) e a manobra de

Kristeller (compressão abdominal). Sobre o toque vaginal, as entrevistadas narram como uma prática bastante dolorosa e desrespeitosa associada à experiência de parto.

Uma coisa que eu não aguentei foi o toque, levei muitos. Acho que o último que eu levei foi pro menino sair [...] foi cerca de uns seis toques. Ela disse: "vou dar um toque em você!" Aí, abriu uns centímetros de dilatação. Eu gritei: "meu Deus do céu!" Ela disse: "não faça escândalo, não!" (Loní).

É muito dolorido aquilo, ela mete a mão toda. Uma [mão] enfia na vagina a outra aperta na barriga. Dói, nunca senti tanta dor. Eu gritei, mandei ela parar, é muita dor! Ela disse: "tu aguenta viu?!" (Zizi).

Levei o toque pela primeira vez, tava morrendo de medo porque todo mundo dizia que doía, mas não doeu, ela foi bem cuidadosa. Depois eu levei outro toque, que esse toque me "lascou" todinha. Ela dizia: "relaxe, relaxe!". Ela falava isso e empurrava mais o dedo (Sol).

Nota-se que nas falas as participantes referem que os toques foram realizados por mulheres. Assim é possível evidenciar uma estrutura de desrespeito com o corpo, associada ao gênero, enraizada entre as médicas e enfermeiras. Tanto Loní quanto Zizi narram que diante da declaração de dor excessiva do exame, ambas foram silenciadas pela profissional de saúde que, ignorando a dor que provocara, as coagiram para que suportassem a dor e não fizesse nenhum escândalo: "não faça escândalo, não! (Loní); "tu aguenta viu?!" (Zizi).

Hooks (2010) cita que, muitas de nós fomos criadas ouvindo a expressão "engole o choro" quando recebíamos algum tipo de punição, pois o ato de chorar, ou seja, de expressar suas emoções, poderia gerar uma punição ainda maior. A escravidão gerou um desvio no comportamento do negro e na forma como devem reprimir sua dor, sob a pena de serem ainda mais punidos. A sujeição da mulher negra constitui os pilares da dominação sexista e racista em nossa sociedade.

A rotina hospitalar exige que as mulheres sejam dóceis em suas ações, afim de receber as intervenções médicas necessárias sem muitos questionamentos. A figura da mulher "escandalosa" é um problema para a equipe de saúde visto que, quebra com o processo de submissão e disciplinamento. Essa mulher "indisciplinada" frequentemente sofre maus tratos físicos e psicológicos, são muitas vezes abandonadas pela equipe, recebem menos medicação para a dor e escutam comentários agressivos do tipo: "na hora de fazer você gostou, né?" (BARBOZA; MOTA, 2016).

Nos relatos, evidenciamos que a dor provocada diante da manipulação mecânica e abusiva do órgão feminino resulta em uma experiência negativa, já no primeiro momento da admissão hospitalar. Recomenda-se que os toques sejam realizados em intervalos de duas

horas afim de avaliar a dilatação cervical, confirmar a apresentação do feto, se a bolsa está intacta e nos casos de indução mecânica do parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Geralmente seu uso permite identificar informações relevantes e deve ser utilizado para tomar decisões baseadas em evidências reais. No entanto, quando realizado de forma irrestrita, provocando dor excessiva à mulher, se configura como um abuso, uma violência obstétrica no trabalho de parto. Neste aspecto a técnica é valorizada em detrimento do conforto e da privacidade da parturiente. É comum em maternidades públicas que o toque seja realizado sem preservar a intimidade da mulher, expondo seu órgão sexual para mais de uma pessoa. A redução do corpo da mulher aos seus órgãos sexuais é uma prática corriqueira nos serviços normalizado pela biomedicina (BARBOZA; MOTA, 2016).

Além da realização desta manipulação vaginal desnecessária, a entrevistada Loní narra outros abusos conferidos a ela, como a prática da compressão abdominal e a episiotomia na assistência ao parto dos seus dois filhos.

Só do primeiro que precisou subir na minha barriga por causa que eu tava anestesiada. Aí subiu um “monstro” em cima de mim e empurrou ele pra fora. Ela fez força mesmo, parecia um rolo compressor, o braço dela. Depois ela disse: “eu tive que fazer, me desculpe?!” É, fazer o quê? O que eu podia fazer?! [...] O primeiro ia ser cesárea, mas o menino nasceu normal. Fizeram dois cortes “embaixo”. Um de lado, que demorou pra cicatrizar o ponto, e um reto pra baixo (Loní).

Diante da violência que sofreu, Loní se questionou: “o que eu podia fazer?” O medo e o desconhecimento acerca dos abusos inferidos fazem com que muitas parturientes incorporem a necessidade de alguns procedimentos, externando uma suposta aceitação ou consentimento. O silenciamento é muito presente nos relatos da entrevistada. As mulheres negras que vivem em uma condição de subalternidade, são culturalmente silenciadas e estigmatizadas como aquelas que aguentam mais a dor.

Em seu relato, Loní conta ter sofrido dois cortes no mesmo parto, um mais “reto” e outro feito na lateral do períneo, além dos problemas na cicatrização de um dos cortes. Pesquisa evidenciou que, apesar de mulheres pardas e pretas terem menores chances de serem sujeitadas ao corte vaginal se comparadas as brancas, as pretas receberam menos anestesia local quando submetidas à episiotomia (LEAL et al., 2017).

Sobre os usos da manobra de Kristeller e da episiotomia, ambas as práticas superam os supostos benefícios dos seus usos. A compressão do abdômen da mulher em direção à pelve no momento expulsivo, foi desenvolvida afim de acelerar a dinâmica do parto. Estudo aponta

que, para além do desconforto da dor provocada, seus benefícios são inconclusivos, incluindo nos casos de mulheres com analgesia epidural. Desta forma, não é recomendada em nenhuma situação (VERHEIJEN; RAVEN; HOFMEYR, 2009).

A episiotomia foi introduzida no século XVIII sob o pretexto de garantir mais facilidade no parto ou proteção de eventuais deformidades na vagina. Seu uso foi sistematicamente difundido em diversos tratados de obstetrícia, dois séculos seguintes. Evidentemente, seu uso não se ampara em evidências científicas confiáveis, sendo mais uma prática que persiste sob o paradigma intervencionista biomédico. Seu uso está associado a maiores riscos de trauma perineal, edema, infecção e demora no processo de cicatrização (AMORIM; KATZ, 2008).

Na experiência de Laura, ela conta que praticamente não houve intervenções médicas durante o trabalho de parto da única filha: “realmente foi até bom, foi ótimo, o dia que eu fui parir eles praticamente não tocaram em mim, só na hora de ‘costurar’ ”, relatou. No momento expulsivo, narra a ocorrência de uma laceração, assim a médica que assistiu seu parto optou por fazer uma sutura nos pequenos lábios vaginais. Poucos dias após o parto, ela conta que teve problemas nos pontos que abriram e que na ocasião procurou assistência médica, iniciando uma jornada desagradável por atendimento. Depois de peregrinar em dois serviços de saúde à procura de atendimento, mandaram ela retornar à maternidade para que fosse avaliada pela mesma médica que auxiliou seu parto. Na ocasião foi atendida por uma outra médica que a tratou de forma grosseira, menosprezando suas queixas.

A doutora que me atendeu falou que isso não era nada demais, que era uma “coisinha” e que dava pra ela fazer, mas como tinha pontos ainda cicatrizando ela não ia mexer, que eu teria que voltar depois. Aí eu esperei um tempo e voltei, aí quando eu voltei já era outra médica que me atendeu super mal, praticamente me humilhando lá. Dizendo que ninguém iria “meter a mão” em mim, que quem fez tinha que ajeitar, e que eu poderia conviver muito bem com isso (Laura).

Na narrativa, conta que foram uma médica e uma aluna que acompanharam seu parto e que quem fez os pontos foi a aluna, pois ouviu da médica: “faz assim, faz assim...” Laura acredita que houve erros na condução do procedimento: “talvez tenha costurado muito na pontinha ou sei lá, soltou ou não ‘amarrou’ direito”, indagou. A maioria dos partos vaginais é acompanhada de trauma decorrente de lacerações com maiores riscos em primíparas. No entanto, a maioria das lacerações não necessitam ser suturas, pois cicatrizam facilmente. A OMS (1996) recomenda que quando realizadas, estas devem ser feitas por profissionais experientes, a fim de evitar danos na região perineal.

As queixas clínicas foram tratadas como irrelevantes pelas médicas que lhe examinaram, isso acabou gerando uma deformidade em sua vagina e consequências na sua autoestima. Ao ser questionada como se sentia com seu corpo e com seu órgão feminino, na hora ela relatou: “me sinto mutilada na verdade, para mim eu estou mutilada! Mas as médicas, todas falavam a mesma coisa: que eu poderia conviver com isso, que isso não é nada demais, que é só estética [...] se fosse nelas, elas não iam gostar”. Laura conta que a última médica que a examinou, uma ginecologista, disse: “você nunca viu, minha filha, uma coisa feia!”. E assim, a encaminhou para o psicólogo.

No julgamento das profissionais a única reparação que Laura deveria procurar era a ajuda psicológica, pois na concepção delas se tratava de algo que ela poderia “conviver com isso”. Ao alegar que era algo “só estético” a médica minimizou o desconforto da entrevistada diante do seu corpo. O parto vaginal é um tema envolto em medos e mitos, um deles é que essa via “estraga” a mulher e interfere de forma negativa na sua autoestima e no prazer sexual do parceiro. Sem adentrar na discussão sob o caráter machista entorno de muitos mitos, por vezes parece ser comum, ou espera-se, que o parto normal gere marcas negativas à mulher que deu à luz. As “cicatrices” entorno do parto normal não podem ser justificadas como parte inerente ao processo de parto e nascimento, muitos delas vêm das agressões e negligências por parte de profissionais e instituições de saúde.

Laura destaca a insensibilidade das médicas, que por serem mulheres esperava uma solidariedade, ou reconhecimento diante do seu sofrimento.

Eu me senti muito humilhada e negligenciada nesse caso, foi horrível! Principalmente quando as médicas, porque não eram nem homens eram mulheres, que também tem uma vagina, falarem pra mim que isso não é nada demais, que eu posso conviver com isso [...] foi horrível! (Laura).

A narrativa acima revela como a identidade “mulher” não foi capaz de gerar uma empatia diante das queixas da paciente, uma vez que essa identidade de gênero se entrecruza por diferenças associadas à raça e classe, operando na forma como os indivíduos se estabelecem em relações hierárquicas de poder. A partir do momento que a mulher-mãe sai da maternidade há uma quebra do vínculo, um descompromisso por parte dos profissionais e dos serviços de saúde. As atenções continuam voltadas mais para a criança e menos para a mulher, observadas nas consultas de puericultura.

Para Davis-Floyd (1997, 2001, p.6), a passagem do parto domiciliar para o hospitalar foi acompanhada com uma multiplicidade de rituais em torno deste evento, raramente visto na

cultura humana. A autora se refere à maternidade como uma “linha de produção de bebês”. Disseca os simbolismos desses padrões repetitivos nos procedimentos obstétricos, onde muitos, tendem a permanecer mesmo quando comprovadamente ineficazes ou prejudiciais na clínica dos partos. A mensagem é que as mulheres seriam incapazes de dar à luz sem o uso da tecnologia, onde mãe e criança estariam salvas dos prováveis riscos do parto.

Segundo Diniz et al. (2016, p. 254), a medicina baseada em evidências com ênfase na assistência ao parto é um movimento, que juntamente com o movimento de mulheres, busca construir evidências “duras” a partir estudos como ensaios clínicos e revisões sistemáticas, privilegiando práticas não agressivas e danosas a mulher e bebê. Os autores destacam algumas rotinas benéficas, como: atenção ao conforto físico e emocional da mulher, a presença de acompanhantes e doulas, a escolha da posição de parir, a valorização da integridade genital materna, a valorização do contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira hora de vida, o corte tardio do cordão umbilical, entre outras.

Quando tratamos das discussões que envolvem o gênero, Crenshaw (2002, p. 173) vai afirmar que:

Há um reconhecimento crescente de que o tratamento simultâneo das várias ‘diferenças’ que caracterizam os problemas e dificuldades de diferentes grupos de mulheres pode operar no sentido de obscurecer ou de negar a proteção aos direitos humanos que todas as mulheres deveriam ter.

O fato é que a maioria das mulheres que engravidam, de alguma forma, estarão sujeitas à violência obstétrica seja na gestação, no trabalho de parto e parto, ou mesmo nas situações de abortamento, nos serviços de saúde. Isto se deve ao fato de ainda termos um modelo institucionalizado de assistência bastante intervencionista e medicalizado, que perpetuam e reforçam as vulnerabilidades interseccionais das mulheres.

Crenshaw (2002, 2004), vai utilizar a metáfora de avenidas que se entrecruzam para exemplificar o que a autora entende do conceito de interseccionalidade. Os eixos de discriminação gênero, raça e classe se cruzam e se sobrepõem atingindo frequentemente as mulheres racializadas. Segundo a autora, estas são “posicionadas em um espaço onde o racismo ou a xenofobia, a classe e o gênero se encontram. Por consequência, estão sujeitas a serem atingidas pelo intenso fluxo de tráfego em todas essas vias” (CRENSHAW, 2002 p. 177).

As experiências vivenciadas e contadas pelas mulheres negras, evidenciam que as violências sofridas na assistência ao parto não são sentidas de forma homogênea por todas as mulheres. Utilizando o termo da “superinclusão”, a autora se refere às situações em que uma condição que afeta de forma desproporcional um grupo específico de mulheres é tratado como um problema unicamente de mulheres.

A superinclusão ocorre na medida em que os aspectos que o tornam um problema interseccional são absorvidos pela estrutura de gênero, sem qualquer tentativa de reconhecer o papel que o racismo ou alguma outra forma de discriminação possa ter exercido em tal circunstância. (CRENSHAW, 2002, p. 174).

O tema da violência obstétrica é frequentemente absorvido pela concepção de gênero. Assim, quando não destacamos que as mulheres negras estão mais sujeitas aos riscos de violências no parto e de mortes maternas em nosso país, ocorre o que a autora chama de um problema de superinclusão. A raça e as formas correlatas de vulnerabilidade interseccional contribuem para a expressividade da mortalidade materna de mulheres negras no Brasil, que é duas vezes maior se comparadas às brancas (BRASIL, 2015).

5.5 Discriminação racial na atenção ao parto

De acordo com Schwarcz (2012), por não ser afirmado publicamente, o racismo no Brasil é sempre colocado como um ato individual, atribuído ao “outro”. Desta forma, raramente ouvimos alguém dizer que é racista, geralmente essa pessoa conhece alguém que é. Admita-se que exista racismo, mas ele será sempre praticado pelo outro.

O racismo *à la* brasileira percebe antes colorações do que raças e admite a discriminação apenas na esfera privada [...]. É preciso pensar nas especificidades dessa história brasileira que fez da desigualdade uma etiqueta internalizada e da discriminação um espaço não formalizado (SCHWARCZ, 2012, p.34-36).

Se nas relações interpessoais o racismo é constantemente negado, nas instituições este é “invisível”. O racismo no Brasil só não é imperceptível para aqueles que levam a marca da diferença. Se manifesta de várias maneiras complexas dificultando, em vários casos, o seu reconhecimento. Embora em alguns casos não se apresente no contexto individual, ou estes não são facilmente perceptíveis, de certo o racismo persiste a nível de estrutura e nos espaços institucionais. O racismo propõe limitações no acesso integral, em diferentes níveis de atenção, e a qualidade dos serviços de saúde disponíveis. Nas relações interpessoais, cria um distanciamento e uma quebra de confiança entre os profissionais de saúde e usuários/as, além de desrespeitos baseados em visões estereotipadas e preconceituosas (WERNECK, 2016).

A discriminação racial pode ser considerada como a prática do racismo, ou seja, encontra-se na efetivação e perpetuação de algo que é estrutural: “ela geralmente alimenta estereótipos sobre o negro e é exercida sob o manto de práticas administrativas ou institucionais” (GOMES, 2005, p. 56). O racismo institucional é isso, não são pessoas, ou classes específicas, que operaram de forma discriminatória, mas as próprias instituições mantêm e perpetuam as formas de exclusão social por causa da cor, cultura, religião ou origem étnica.

As mulheres entrevistadas trouxeram suas experiências e análises entorno da discriminação racial nos serviços e instituições de saúde.

5.5.1 Discriminação contra a estética negra

Uma das marcas no racismo é sua aversão a uma estética negra, cor da pele e tipo de cabelo ocupam papéis importantes na identidade negra e na maneira como o/a negro/a é visto na sociedade. O cabelo é uma forte marca identitária, cabelo e corpo são pensados a partir de padrões sociais, neste aspecto ambos são expressões simbólicas da identidade racial brasileira. Assim, não podem ser vistos apenas do ponto de vista biológico mas remetem a uma consciência coletiva pelo fato de assumir-se a partir de uma identidade negra positiva. Para as mulheres negras, raça e gênero se inter cruzam nas formas como pensam sobre cultura, beleza e estética negra (GOMES, 2006).

A seguir, as narrativas mostram a discriminação e o preconceito racial de profissionais de saúde diante dos cabelos considerados afros.

Ela disse: “a senhora vai ter que tirar seu cabelo!” Perguntei por que eu tenho que tirar meu cabelo e ela disse que é porque “isso” faz mal pra criança. Mas como eu ia tirar meu cabelo? [...]. Ela insistiu: “não porque, veja só, as mães que tão internadas a maioria não tem um cabelo assim, e outra, faz mal para as crianças e as mães”(Loní).

Tinha muita pergunta entorno do meu cabelo, do tipo “por que eu fiz “isso”, como é que fazia isso, se isso lavava?” A enfermeira, que também era negra, me perguntou se eu lavava meu cabelo (Raquel).

Os profissionais se referiam aos cabelos das entrevistadas a todo momento como “isso”, que poderia ser traduzido como “essa coisa”. Na narrativa, Loní conta que uma profissional de saúde mandou que ela retirasse seu cabelo alegando que prejudicaria a saúde das crianças e das mães na sala de parto. Na ocasião, ela usava tranças afros, feitas com extensões de cabelo natural (na entrevista exibia seu cabelo crespo e curto). As falas

preconceituosas entorno dos *dreadlocks* de Raquel foram feitas pela enfermeira que fez seu pré-natal. Isto gerou uma insegurança na entrevistada que considerou cortar seus *dreads* momentos antes de ir para a maternidade por medo de sofrer violência.

Quando eu completei nove meses eu comecei a falar com meu companheiro: “se a enfermeira chegar lá e vê um negócio desse ela vai me deixar no canto [...] tu sabe como é, e como é com a gente?!” Ele também é negro e por isso corria o risco deles não deixarem meu companheiro entrar e de lá dentro fazerem o que quiserem comigo. Mas acabamos conversando e eu decidir por não cortar. Mas eu tinha muito medo por causa disso (Raquel).

Na fala, Raquel não se referia a uma discriminação apenas contra ela, mas contra seu companheiro que também é negro e usava seu cabelo natural. Ambos não valorizam apenas o estilo, mas acreditam que o cabelo afro, ou negro, são partes constituintes de uma autodeterminação negra. As tensões sempre são maiores entorno daquelas que aceitam e assumem essa identidade racial e o faz em conjunto com essa estética afro. O cabelo negro, e suas variações em penteados e formas, foram percebidos pelos profissionais como “sujos”, refletindo uma conotação negativa sobre os elementos do corpo negro. Este que, na perspectiva de alguns profissionais de saúde, parece não condizer ao padrão aceitável de higiene hospitalar.

O significado histórico do cabelo revela uma ampla compreensão sobre a importância social que carrega (BANKS, 2000). A construção histórica do racismo impôs, além de uma dominação econômica e cultural branca, uma estética branca. Para as mulheres negras o cabelo afro pode ser tanto um estilo ou posição política. Exibir um cabelo natural, e suas variações e texturas diferentes, é uma forma de confrontar com esse modelo imposto e provocar conflitos que muitas vezes suscita em atos de discriminação racial. O cabelo negro visto como “ruim” e “sujo” é uma expressão do racismo. O cabelo é uma marca de procedência juntamente com a cor da pele, ele marca quem é negro em nossa sociedade (GOMES, 2006).

Como “a linguagem não expressa apenas ideias e conceitos, mas tudo que se pensa” (THEODORO, 2008, p. 85), compreendemos que seu uso exprime as decisões políticas que assumimos. Se no diálogo com os/as usuários/as, os/as profissionais de saúde assumem concepções categóricas negativas sobre os símbolos e elementos negros, estes reforçam o fosso da exclusão racial e social que incide sobre a saúde desses grupos.

5.5.2 A incomum capacidade para resistir à dor

Os relatos trazem discussões sobre os estereótipos racistas atribuídos à mulher negra e sua comparação com a mulher branca, no que se refere à maternidade.

A ideia é de que a mulher negra aguenta dor, ela pode ser cortada, ela vai ter um menino mais facilmente porque é parideira, tem muito isso! A branca é “estreitinha”, é delicada, sensível. Mas a negra não, essa tem quadril largo (Raquel).

Por exemplo quando a mulher é negra eles têm a tendência de deixar mais tempo pra ver o quanto ela aguenta de dor, geralmente é mais mal tratada [...] eu chorava muito, gritava: é muita dor, muita dor! Se for uma mulher branca, o atendimento é rápido, num instante. A mulher negra... “deixa ela aí!” (Zizi).

Zizi referiu o trabalho de parto como um momento que sentiu muita dor. Quando questionada se foi ofertado algum método para aliviar a dor, ela afirmou que não e que também não solicitou. Talvez por ser negra, acreditaram que ela aguentaria a dor, já que no imaginário social racista o corpo do negro é naturalmente mais resistente à dor.

Recomenda-se a realização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto, apoiadas sempre na escolha das mulheres. A analgesia medicamentosa é também uma opção, no entanto está associada a uma maior necessidade de monitorização e intervenções médicas (BRASIL, 2017).

As mulheres negras receberam menos analgesia para dor, ou uso de métodos não farmacológicos, na assistência ao parto vaginal do que necessitavam, quase metade do que as brancas (WERNEK; IRACI, 2016). Ao caracterizar a mulher negra como aquela que “aguenta dor” remete-se a banalidade que se atribui uma suposta resistência “natural” ao sofrimento. Esse imaginário produzido através desses discursos de resistência e força desumaniza e marca a vida das mulheres negras. É preciso reagir a essa normalização do acesso abusivo a este corpo e sujeito nos diferentes espaços institucionais, dentre eles o da saúde.

Na fala de Raquel, os atributos utilizados à mulher negra como “parideira”, de “quadril largo”, em oposição a branca que é “estreitinha” simbolizam o pensamento de que as mulheres de descendência africana possuem um alto valor reprodutivo. A autora e historiadora Morgan (1997), descreve os relatos do encontro do europeu branco com as mulheres africanas, no início do século XVII. Simultaneamente marcado pela repulsa e pelo desejo incomum, o europeu qualificou o corpo feminino africano como “monstruoso”,

primitivo, produtivo e reprodutivo. A raça, como uma categoria recém-criada, e o gênero, juntos naturalizavam a perversidade da escravidão.

Era comum atribuir uma fragilidade à mulher branca e a dor no parto era um ponto importante para esta comparação. Enquanto a mulher africana e indígena possuía uma facilidade em dar à luz, de forma aparentemente indolor, as brancas sofreriam ao parir por serem descendentes diretas de Eva. Médicos ingleses escreviam, em meados do mesmo século, sobre a propensão das mulheres africanas para o parto fácil, e por serem mais resistentes, poderiam realizar trabalhos duros enquanto amamentavam sua prole (MORGAN, 1997). Por isso que o parto “natural” é considerado selvagem e primitivo por parte de alguns médicos, sendo “possível” apenas a determinadas mulheres.

O discurso consistia em atestar a superioridade branca e construir um ser desprovido de humanidade. A mulher africana era reduzida a uma mercadoria, destituída de elementos considerados femininos como sensibilidade e fragilidade, suas “potencialidades” estavam na capacidade de aguentar o trabalho extenuante e a reprodução forçada. Aos poucos foram criados o modelo de mulher negra de personalidade forte e sólida. A luta pela sobrevivência presente na vida dessas mulheres muitas vezes se traduz em assumir uma posição mais “dura” diante das próprias feridas.

5.5.3 A afetividade e a “maternidade sólo”

Entrevistadas manifestam seus sentimentos diante das discriminações raciais sofridas pelos profissionais de saúde.

A enfermaria era negra, mas não se reconhecia como tal, era extremamente preconceituosa. Na primeira consulta ela me perguntou se eu sabia quem era o pai do meu filho: “mas o pai, você sabe quem é?” (Raquel).

É sempre a lógica do “ela não deve ter nada”, entendeu?! “Não deve ter vivido nada!” As pessoas olham para a mulher preta e já acham que ela é menos, elas já presumem que ela é “menos”, que ela teve menos oportunidade. Que ela estudou menos que ela não tem família, companheiro, que ela tá lá sozinha, sabe?! (Magnólia).

Nestes casos, a relação profissional de saúde e paciente se baseia em estereótipos negativos associados às pessoas negras e de baixa renda. O questionamento da enfermeira do pré-natal, narrado por Raquel, “mas o pai, você sabe quem é? ”, revela um olhar estigmatizado a respeito do comportamento sexual da participante, supondo, inclusive, que esta não teria um parceiro afetivo-sexual. Em sua fala, Magnólia expressa com clareza as

representações sociais da mulher negra como aquela que tem menos poder de ascensão social e de realização no campo das uniões afetivas e matrimoniais.

Os estereótipos negativos a respeito das mulheres negras são comuns em nossa cultura sexista e racista. A erotização exacerbada e a subserviência da mulher negra, tanto sexualmente quanto para o trabalho doméstico, são concepções coloniais e que ainda se estabelecem do imaginário social atual. Associado a isso, a crueldade do padrão de beleza que privilegia a estética branca, influencia na escolha de uma parceria amorosa. Desta forma, a mulher negra possui menor chance de construir relações estáveis e afetivas com outras pessoas, especialmente nas relações heterossexuais e com homens negros.

Segundo Pacheco (2013), aborda os processos de afetividade e de solidão de mulheres negras, ativistas e não ativistas, na cidade de Salvador-BA. A autora analisa os efeitos do “celibato” forçado entre as pretas e pardas que relatam carência, humilhação e solidão pela ausência de parceiros fixos. E destaca sobre a preferência afetiva de homens negros por mulheres não negras muitas vezes como uma estratégia de mobilidade social. Na relação do homem de cor com a mulher branca, Fanon (2008, p. 69) cita que o homem negro buscava a mulher branca porque não queria “ser reconhecido como negro, e sim como branco e quem pode proporcionar isso se não a mulher branca?” Ela o faz se sentir branco, pois é amado como um branco. O preterimento da mulher negra pelo homem negro, por exemplo, é uma realidade que afeta a vida dessas mulheres condicionando-as a uma solidão forçada.

Muitas mulheres negras sentem que em suas vidas existe pouco ou nenhum amor. A possibilidade de amar e ser amada, se torna uma meta difícil de ser alcançada quando interiorizamos o racismo e nos colocando em uma posição de inferioridade. Nos coloca em uma posição de desamor para com nós mesmos e para com o nosso povo. Quando decidimos romper com essas correntes, e assumir uma posição de resistência, percebemos as dificuldades inerentes ao exercício do amor (HOOKS, 2010). A rejeição afetiva e a solidão das mulheres negras podem gerar sofrimento psíquico e ser um fator de risco para o adoecimento físico. No exercício da maternidade, a ausência de uma parceria estável é vista como algo socialmente desvantajoso.

No momento da pesquisa, Sol estava em uma união conjugal. Ela narra que quando descobriu a gravidez estava terminando o relacionamento com o pai da sua filha, um homem africano que morava no Brasil. Sol conta que vomitou os nove meses de gestação, causando

uma perda de peso acentuada: “eu tava ficando super preocupada porque eu tava vendo a hora perder [a criança] por não ter ‘sustento’ de me aguentar e aguentar outra vida, sabe?!”, relatou. Ao procurar o hospital devido a seu quadro clínico delicado, narrou que:

Da última vez que fui à maternidade Nossa Senhora Aparecida¹³, uma enfermeira me atendeu e disse: “você tá com hiperemese, mas a sua não é a gravídica. Olhe, vou lhe dizer uma coisa, geralmente esses casos assim são de gravidez indesejada”. Eu fiquei olhando, como assim, meu problema agora é psicológico? Mas não era uma questão de ser indesejada, era a questão de ser atrapalhada (Sol).

Questionei o que ela queria dizer com o termo atrapalhada? E ela mais uma vez reforça que não era uma questão de ser indesejada por ela, mas de não ser esperada por acontecer em um momento de fim de relacionamento. Sol narra sobre os diálogos com meninas de quatorze e quinze anos, durante as consultas de pré-natal na Unidade Básica de Saúde.

Nas consultas tinham muitas adolescentes conversando, pareciam crianças falando de boneca, todas estavam grávidas. Aí perguntavam sobre meu marido, eu disse que não tinha marido. Elas ficaram: “coitada dela!” [...]. Eu falava numa boa que eu era mãe solteira, nem é mãe solteira, é “mãe *sólo*”. Mas eu via o quanto isso é complicado quando você não tem maturidade nem estabilidade financeira pra isso e quanto essas meninas ficam vulneráveis. Isso não é só uma questão da saúde pública, é uma questão social maior (Sol).

Na narrativa, classe e idade se configuram como importantes eixos de vulnerabilidade dessas gestantes. Revela-se também um aspecto ainda presente no pensamento acerca da maternidade. Para algumas mulheres a presença de um parceiro supõe um sustento emocional, afetivo e material. Em estudo com gestantes de quinze a dezessete anos de idade e de baixa renda, revelaram que mesmo não sendo planejada, a maternidade logo se convertia em uma possibilidade de prestígio social. Fazer parte desse novo grupo social como mãe e esposa tornou-se um projeto de reconhecimento e valorização possível. Muitas apresentavam problemas de escolarização, desta forma concluíam que o estudo e o trabalho não poderiam garantir ganhos sociais, devido ao contexto que muitas estavam inseridas (DIAS, et al., 2011).

Segundo Mattar e Diniz (2012), a maternidade é permeada por valores sociais refletindo as hierarquias na sociedade onde é construída. O referencial de uma maternidade admirada e respeitada estão diretamente relacionados aos aspectos e escolhas da mulher ou do casal. Neste caso, se a mulher não possui uma parceria fixa (de preferência com o pai da

¹³ Nome fictício.

criança) se torna um aspecto dito negativo na hierarquia de aceitação social. De acordo com as autoras:

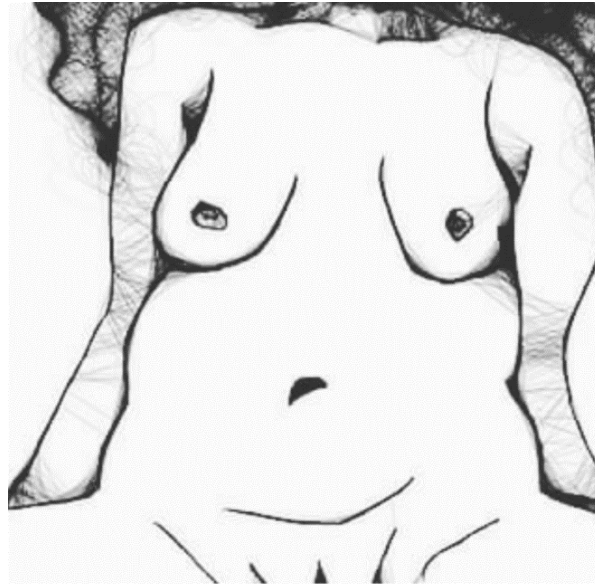
Aquelas que optam ou acabam por exercer a maternidade sozinhas, sem qualquer parceria sexual, chamadas mães solteiras, são estigmatizadas por sua opção e/ou situação, em especial pela falta de vinculação da criança a um pai legal (MATTAR; DINIZ, 2012, p. 116).

Um levantamento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) revelou que 5,5 milhões de crianças brasileiras não têm o nome do pai no seu registro de nascimento. São muitos os desafios em torno da ausência de uma parceria afetiva-sexual, que não recaí apenas no direito da criança, mas, sobretudo, no direito da mulher que assume sozinha a responsabilidade da filiação.

Sol relatou que: “no final do relacionamento ele [o pai] entendeu o que a maioria dos homens entendem, que o final de um relacionamento é também o final de uma relação parental”. O ex-companheiro, de acordo com ela, não participou em nenhuma etapa da gestação e também não esteve presente no momento do parto. No imaginário social a paternidade é uma escolha e a maternidade é uma determinação. Ao se caracterizar como “mãe-soló”, a entrevistada se contrapõe à conotação estigmatizada e negativa da expressão “mãe-solteira”, já que a maternidade não se constitui em um estado civil. Estar em uma relação afetiva não significa de fato a garantia de um compartilhamento do ônus e dos prazeres que envolvem a maternidade. Muitas mães e mulheres negras assumem sozinhas o amparo social, econômico e afetivo dos seus filhos.

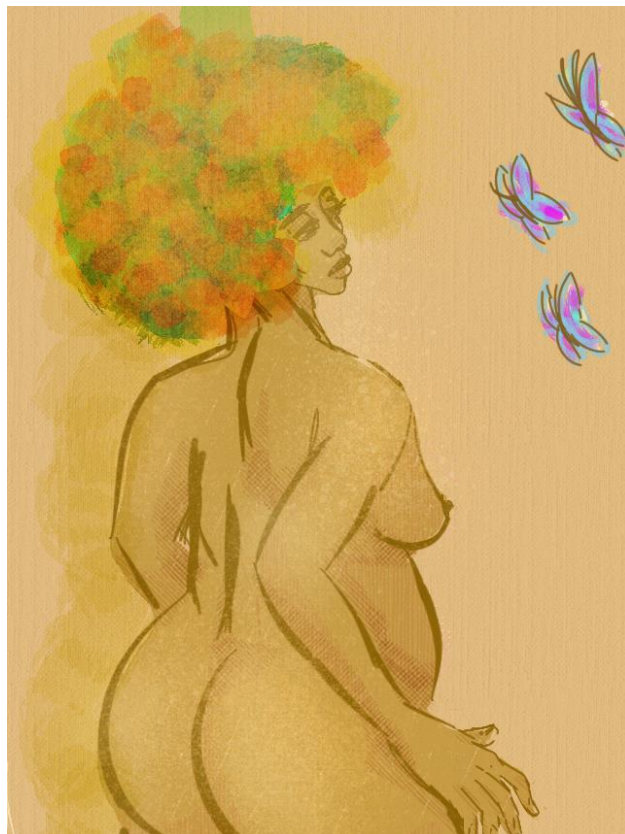
Até o momento da entrevista Sol morava com a mãe, o pai e a irmã. Seu pai, um homem negro, é professor e sua mãe, uma mulher branca, trabalha em casa. Se afirmou uma mulher negra de pele clara que possuía algumas vantagens como um curso superior e estar cursando um mestrado na universidade pública, além de poder compartilhar os cuidados da filha com seus familiares e amigas/os. Todo mês ela fez um registro da sua gestação em forma de desenhos.

Figura 1- Pós- parto



Fonte: Sol (2017)

Figura 2- Gestação



Fonte: Sol (2017)

5.6 A mulher negra e a maternagem

Desde cedo as mulheres negras, ganharam o espaço público, onde mesmo na condição de escravizadas, as chamadas “escravas de ganho”, eram mais livres para ganhar as ruas do que as sinhás que eram proibidas de andar sozinhas em vias públicas (CARNEIRO, 2000). O trabalho sempre foi parte integrante da vida das mulheres negras, diariamente se arriscam em trabalhos precários com poucos ou nenhum direito trabalhista.

Segundo dados do Ipea (2011), cada vez mais cresce o número de lares chefiados por mulheres negras, mesmo quando há a presença de um cônjuge. Mas isso não significa maior autonomia, a renda média dessas famílias é de apenas de R\$ 491 mensal, ao passo que a média de renda de uma família que tem um homem branco como mantenedor é de R\$ 997. As mulheres negras continuam sendo aquelas que ocupam os postos de trabalhos mais precários e recebendo os piores salários, além de terem as maiores taxas de desemprego do país (12,5%). No trabalho doméstico, são a maioria das trabalhadoras sem carteira assinada (75,4%).

Ao longo dos anos as mulheres vêm se sobressaindo quando o assunto é educação, atualmente são maioria nas escolas e universidades, contudo essa diferença esbarra na questão de raça. As mulheres negras têm alcançado maior escolarização se comparada aos homens negros, no entanto estão em desvantagem em relação às mulheres brancas. Segundo o dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil (2013), eram menos que 10% da população nacional com ensino superior, enquanto as brancas representam aproximadamente 24%, em 2009.

As políticas afirmativas no campo da educação, como as cotas para negros nas universidades, contribuíram para o aumento desses grupos no espaço acadêmico, mas as desigualdades raciais em nossa sociedade persistente e limitam as trajetórias de negros/as ao ensino superior público. A mãe-preta, a doméstica são estereótipos associada à mulher negra que marcam suas vidas até hoje. Ela é o esteio da família brasileira, da classe média branca à sua própria. Muitas vezes deixando de criar seus próprios filhos/as para se dedicar as “crias” das patroas.

A participante Assata conta que a maternagem preta, pensada mais no aspecto afetivo e de cuidado do que biológico, é diferenciada devido as próprias restrições presentes no cotidiano de muitas.

Não se fala sobre maternagem preta. De fato, a gente tem uma maneira diferente de maternar porque a gente foi muito privada da maternagem, durante muito tempo. Porque nossos trabalhos nunca permitiram que a gente tivesse uma vida que conciliasse maternagem com o “trampo” [...] desde que a gente veio pra esse país, a gente tá trabalhando. Então, se a gente tá sempre trabalhando, qual o tempo que resta pra tá com o filho?! (Assata Shakur).

Assim, a forma de maternar da mulher preta é permeada por valores comunitários, compartilhada com outras mulheres, vizinhas, avós, tias e primas é quem cuidam de suas crianças no momento em que elas precisam trabalhar: “foge do núcleo familiar e aí, e se torna mais uma coisa de viver em comunidade”, citou Assata. Também chamada pela entrevistada de “afromaternagem”, se refere ao fato de que nem todas as famílias seguiram um modelo nuclear imposto à sociedade ocidentais e pós-coloniais. As famílias negras se sustaram, e se mantêm até hoje, porque precisaram estar e viver em comunidade. Sabemos que a própria definição de amor maternal é uma construção cultural que diz muito mais sobre o que a sociedade espera das mulheres enquanto mães, do que, dos sentimentos das mesmas em relação aos seus filhos/as. Neste contexto, a maternidade pode ter vários significados que são vivenciados de modos diferentes pelas mulheres a partir de suas múltiplas identidades.

A experiência da afromaternagem é completamente diferente da experiência branca. Porque a gente foi muito privada de viver isso né?! A gente tá começando a dizer: "não, eu preciso passar mais tempo com meus filhos agora!" Enfim, continua sendo uma preocupação da maior parte das mulheres negras (Assata Shakur).

A família mononuclear nunca foi uma realidade para grande parcela da população negra e pobre, nesse país. Desde o início, a mulher preta precisou trabalhar garantir suas necessidades materiais e da sua família, deixando muitas vezes os aspectos afetivos em último caso. Se a mulher branca, por muito tempo, reivindicou o direito de trabalhar fora, se afastando do convívio com seus filhos, “a mulher negra reivindica o direito de tê-los, criá-los e vê-los vivos até a velhice”, afirmou Werneck (apud LEMOS, 2000, p. 64).

Até que ponto a situação da mulher negra hoje, se distancia do seu passado? (GONZALEZ, 1984). Como trabalhadora, desempenha funções mais atuais das antigas escravas de oito (trabalho duro), domésticas e de ganho. São na maioria as únicas responsáveis economicamente pela casa e a família. Na casa grande, nos quilombos, no campo, nas periferias, na literatura e no candomblé, as mulheres negras garantiram a sobrevivência de todo um povo, enquanto cultura e existência/resistência

5.7 Outros olhares terapêuticos e os cuidados na gestação e parto

A existência do negro no mundo dos brancos não foi passiva, como afirma o discurso dominante por séculos. Os negros lideraram revoltas, inventaram línguas, religião, comunidades, rituais e danças, resinificaram e teceram novas relações sociais (MBEMBE, 2014).

Ao serem questionados sobre a realização de outras práticas de cuidados na gestação e no parto algumas enfatizaram sua ligação com o sagrado através das religiões de matriz africana: “a gente que vive o sagrado no Candomblé tem outras possibilidades de cura, tem outros entendimentos de cura que não é medicamentoso, não é alopático” (Magnólia). As participantes declararam que os cuidados realizados na gestação visavam o equilíbrio entre o corpo físico e um “corpo ancestral” que extrapolam as práticas convencionalmente conhecidas. Banhos, *ebó* (oferendas) e presentes foram dados aquela cuja arquétipo envolve a maternidade: a divindade africana Oxum. Essa Orixá, que habita as águas doces, tem uma profunda ligação com a fertilidade.

A gente aqui quando tem filho, que a barriga tá muito baixa ou muito alta, tem que usar a faixa amarela de mãe Oxum pra ela segurar. A minha barriga tava muito baixa. Tive que “arriar” um “omolocum” e botar a faixa (Loni).

Dentro do culto do candomblé existem “*ebós*”, existem tratamentos, cuidados específicos que você precisa fazer. Muitos presentes foram dados para Oxum e minha mãe também [Obá] (Magnólia).

Me apeguei muito a minha mãe Oyá, e a Oxum que é aquela que protege o ventre das mulheres. Fazia muita “limpeza”, banho de ervas, banho das “quartinhas” dos Orixás. E graças a Deus, e aos Orixás, meu filho tá aqui! (Safira).

A divindade Oxum é quem protege o útero das mulheres, suas “oferendas” são geralmente entregues nos rios, cachoeiras e fontes de água doce. O omolocum é a comida da Oxum, feita com ovos e feijão fradinho. Cada elemento da natureza representa um deus ou uma deusa do panteão africano. De forma que, a própria existência do Orixá se justifica pela existência da natureza (CARNEIRO; CURY, 2008). No candomblé, esses ritos tratam de um processo subjetivo de harmonização do corpo e da mente (*Orí*). Além de cultuar um Orixá, as oferendas (*ebó*) fortalecem o vínculo com o mesmo e servem em alguns casos para a obtenção de um pedido. Neste aspecto, o *ebó* é um elemento terapêutico necessário na restituição do equilíbrio e da saúde dos adeptos a prática religiosa (GOMBERG, 2011).

O corpo não é pensado exclusivamente na mesma estrutura do paradigma biomédico e seu equilíbrio, ou desequilíbrio, não se alicerçam em dinâmicas vitais da fisiologia humana.

Na visão das religiões de matriz africana é impossível dissociar o corpo do sagrado. Então se a gente tem entendimento sobre esse outro lado, a gente sabe que somos um corpo, mas é um corpo espiritual também [...] as coisas são interligadas (Magnólia).

O corpo é morada do Orixá e local de encontro entre o humano e o sagrado: “a porta de comunicação entre os homens e os deuses”, e de onde é transmitido o axé, a força vital (GOMBERG, 2011, p. 34). Desta forma o corpo precisa estar em equilíbrio tanto para a manutenção da saúde do indivíduo, como para estar em harmonia com a comunidade do terreiro.

As comunidades de terreiro resguardam e perpetuam as tradições religiosas que foram herdadas por várias nações africanas. O *babá* e a *yá*, por meio da oralidade, transmitem os ensinamentos na comunidade o qual fazem parte, preservando assim a identidade cultural dos seus ancestrais (COSTA, 2009). Os terreiros constituem-se como importantes espaços de práticas de cuidados e sistemas de curas seculares. Nas tradições de matriz africana as prescrições terapêuticas são geralmente indicadas pelos oráculos, comumente nas consultas dos búzios pelo *Babalorixá* (chefe, orientador) ou a *Ialorixá* (quando for uma mulher) do *ilé* (casa). “Lógico que não é “feito de orelhada”, é tudo muito bem pensado, existe uma consulta prévia nos oráculos. Tem esse cuidado para que as coisas sejam feitas da forma mais adequada”, completou Magnólia.

As práticas de saúde promovidas pelos terreiros são pouco compreendidas devido, em grande parte, a nossa visão cartesiana de mundo e de sujeito. As religiões afro-brasileiras buscam sentidos na integralidade, onde cultura, religiosidade e política se relacionam e compõem o sujeito (COSTA, 2009). Para as participantes, os cuidados espirituais não se apresentam como mais uma opção terapêutica, mas como algo imprescindível e inerente à sua subjetividade. São uma continuação, e manutenção, dos saberes e práticas herdado por seus ancestrais.

Lá na maternidade Santa Ana se falava: “seja da sua religião, seja o que você for, do seu culto, no leito a pessoa traz o que quiser. Se ela quiser parir com seus “fios de conta”, ela pare. Já é uma política da casa, respeitar as vivências religiosas de cada mãe, de cada família. Se ela quiser acender o incenso dela ela acende. Ela está apenas parindo, não é uma coisa de outro mundo.” É respeitoso esse entendimento do que é nosso, do que é ancestral (Magnólia).

Para a entrevistada a religião faz com que ela tenha um entendimento de si a partir daquilo que a constitui: sua ancestralidade. Magnólia vai assentir a naturalidade do parto: “não é uma coisa de outro mundo”, e perceber que aquele momento lhe pertence. Por isso é tão importante que tenha naquele momento elementos significativos à sua existência.

A ancestralidade é capaz de englobar tanto experiências de africanos quanto de afrodescendentes singularizando, cada uma destas. Se caracteriza a partir de um diálogo com a experiência negro- africana em solo brasileiro. A ancestralidade é um território de trocas referentes ao signo, à língua e a materialidade de experiências. Oliveira (2012) vai citar que a ancestralidade se constitui por intermédio da alteridade, o outro é necessário e por meio dele estabelecemos uma interação, o fundamento dessa sociabilidade é a ética. A ancestralidade ressignifica o passado, constrói o presente e subestima o futuro, porque o futuro não é experiência (OLIVEIRA, 2012, p. 40).

As mitologias servem para explicar e ressignificar, além de propor caminhos alternativos as contradições e questionamentos sociais e individuais. Loní, relata uma interpretação simbólica para o choro do bebê ao nascer: “meu pai de santo costuma dizer que o choro é o sopro da vida, que é quando o Orixá renasce na cabeça (*orí*) da criança”.

Na tradição africana, antes da criança nascer ela vai até Olorum (o deus supremo) para receber o sopro da vida, e um destino para sua nova vida no *aiyê* (terra). Segundo a crença, o seu destino tem também um final marcado, mas sua vida pode tecer vários caminhos a depender de suas escolhas individuais. O caráter mítico do candomblé oferece ao indivíduo uma explicação, restabelecendo sua unidade interior, “uma nova consciência de si” (CARNEIRO; CURY, 2008, p. 101).

Para Oliveira (2012, p.38), nós, afrodescendentes, resgatamos símbolos, línguas e culturas que não mais existem em África. Vivemos a África ao nosso modo, reintroduzimos esse continente em nosso solo de forma singular e talvez idílica. O autor afirmava que: “a África por nós criada é em tudo mais africana que a África que perdura no continente negroide dos dias atuais”. O terreiro, ou roça, é um espaço de persistência da cultura de povos africanos que se estabeleceram no Brasil entre os séculos XVI e XIX¹⁴, mas com elementos

¹⁴ Os nagôs, nome gênero dado a todos os grupos originários do Sul e Centro do Daomé e do Sudoeste da Nigéria, foram os últimos povos africanos trazidos à força ao Brasil, no fim do séc. XVIII e início do séc. XIX.

reformulados ao longo do processo histórico desses povos, logo se configura como um local de “resistência a ideologia dominante”, como aponta Theodoro (2008, p. 65).

Bastante heterogêneos culturalmente, suas práticas foram sendo construídas como alternativas ao poder vigente. Cada terreiro tem um Axé plantado onde é transmitido o princípio de toda a força vital. Ele está contido em vários elementos, nos animais, plantas, minerais, em cada ser que compõe o mundo.

A religião tradicional negro-africana, reposta nos terreiros, no interior de uma sociedade como a brasileira, regida por uma moderna ideologia ocidental, criará uma coexistência e interpretação multisseculares de suas ordens culturais: a branca e a negra (THEODORO, 2008, p. 70).

Dentro dos terreiros, as religiões negro-africanas e indígenas permanecem como elementos de resistência e de equilíbrio do negro e do indígena na sociedade brasileira. As práticas religiosas contribuem para o reagrupamento dos povos africanos e de seus descendentes, no período na diáspora. A religião se tornou um elemento de coesão entre os grupos, preservando a identidade, a solidariedade e a característica de se viver em comunidade.

O candomblé nasce, então, como campo possível de resistência e sobrevivência cultural e étnica do negro escravizado, e como a possibilidade de manutenção de uma identidade e solidariedade que o processo de escravidão, libertação e marginalização do negro não logrou destruir (CARNEIRO; CURY, 2008, p. 102).

A experiência da comunidade foi indispensável à própria sobrevivência do negro africano. “Não fosse isso, teríamos desaparecido, enquanto experiência de resistência, permanência e consistência da face da Terra” (OLIVEIRA, 2012, p. 44). Por séculos os terreiros conservam, mantêm e transformaram as heranças dos negros africanos aportados no Brasil, aliados a uma importante influência da cultura indígena. No candomblé as chamadas nações (sendo as principais: *Ketu, Angola e Jêje*) representam a pluralidade de saberes, crenças, práticas e formas de cultos de diversos grupos do continente africano trazidos à força ao Brasil. Os chamados povos de terreiro fazem referência ao segmento de religiões de matrizes africanas, que além dos candomblés temos: a umbanda, mina, terecô e outras (FLOR DO NASCIMENTO, 2017).

Constituído como um espaço de resistência afro-dispórica, os terreiros resguardam a herança dos nossos encentrais que foram arrancados de suas terras quebrando vínculos com seus povos e nações. Obrigados a vivenciar o mais cruel processo de desumanização e exploração da história, este resgate ancestral pela religião representa “um dos mais

importantes gestos de resistência antirracista que nosso continente conhece” (FLOR DO NASCIMENTO, 2017, p. 54).

5.8 A racionalidade médica e o racismo religioso

Muitas vezes existe uma tensão entre uma série de normas e rotinas existentes no ambiente hospitalar com o que é particular da mulher que vai dar à luz. Nas maternidades, raramente se respeita as identidades das mulheres e daquilo que para ela possivelmente traria mais conforto e segurança. Assim, não haveria espaço para elementos de cunho religioso nesses espaços, por exemplo, especialmente aqueles ligados ao culto afro brasileiro e indígena no Brasil.

As entrevistadas relatam suas dificuldades e medos de usarem elementos que fazem referência aos seus Orixás. Elementos estes que, segundo o culto, trariam proteção e auxiliariam no momento do parto.

Para ter o mais velho, eu fui com a faixa amarela. “Você tem que tirar, você tem que tirar!”, me disseram. Só que eu não podia tirar. Mas graças a Deus entenderam porque minha tia é de lá, e é do candomblé também, filha de Iemanjá. Aí eu subi com a faixa, tive meu filho com a faixa. Quando eu subi de novo, o médico disse: “você tem que tirar isso, viu!”. A enfermeira: “é sobrinha de Rita¹⁵ doutor, tem que deixar, ela é do Candomblé”, falou baixinho (Loni).

Eu nem tava com “fio”, só tava só com um *idé* que é uma pulseira que é referente a minha Orixá. Eu nem botei “fio” até porque eu sei que aqui é mais intolerante. Então, eu já “caçada” das minhas artimanhas, botei uma coisa que ninguém vai saber o que é, quem não é de “santo” não vai saber (Magnólia).

A primeira fala nos remete a tensões entre os profissionais de saúde e pessoas vinculadas às comunidades de matriz africana, no campo institucional da saúde. O autoritarismo no discurso médico afirma uma lógica de universalização e normatização dos procedimentos em saúde e subjuga signos, representações e práticas tradicionais desses grupos. No segundo relato, a entrevistada usa o adjetivo “intolerante”, para qualificar aqueles que não respeitam as vivências religiosas relativas aos cultos africanos e indígenas no Brasil. O medo de ser discriminada, e até mesmo de sofrer violência, no ambiente hospitalar faz com que a entrevistada abdique de usar seus “guias” ou “fios de conta”, colares que identificam quem é de “santo”. Em outro momento ela relata que percebeu um tratamento hostil quando seu companheiro, que portava um fio de Ogum, foi visitá-la na maternidade.

¹⁵ Nome fictício.

Quando ele foi pro hospital, ele foi com um fio de conta dele, um “fio de grau” que é mais grosso e dava pra notar mais. Porque, um “negão”, ainda me chega com aquilo aparecendo, aquele azulão gritante! Aí era engraçado os olhares meio apavorados dizendo “não mexam com eles”, foi uma coisa meio assim. Quase não falaram com a gente depois que o João¹⁶ chegou com aquele fio, aí de fato são “macumbeiros”! Teve gente que teve dificuldade de falar depois, não olhava no olho da gente (Magnólia).

Segundo Grosfoguel (2012, p. 93), o racismo transita em várias esferas, em várias categoriais racializadas: “o racismo pode ser marcado pela cor, pela etnia, pela língua, pela cultura, ou pela religião”. O racismo de cor é predominantemente em algumas partes do mundo, inclusive no Brasil, mas não é a única forma de racismo. Dependendo da história colonial de uma população a discriminação é marcada através da religião, cor da pele, etnia, etc.

No Brasil as hierarquias étnico/raciais estão marcadas pela cor da pele, fenótipo e por determinadas práticas religiosas. Flor do Nascimento (2017, p. 54) traz uma importante questão: “a hegemonia das crenças cristãs não faz com que qualquer religião não-cristã seja atacada da mesma forma”. O autor se refere a insuficiência da ideia de intolerância religiosa para se referir as discriminações contra às comunidades tradicionais de matrizes africanas.

Com o crescente movimento neopentecostal no Brasil, os ataques vêm sendo cada vez mais recorrentes e públicos. O medo de ser hostilizado ou de lhe negarem atendimento, pode ser um fator de impedimento para os praticantes dessas tradições de buscarem os serviços públicos de saúde. O fato de pertencer a uma religião de matriz africana e indígena, agrava ainda mais a situação dos negros em nosso país. O combate ao preconceito étnico e religioso no Brasil é, sobretudo, um enfrentamento à herança colonial do racismo.

Desta maneira, o fenômeno caracterizado de racismo religioso conversa mais com esse processo de demonização, discriminação e criminalização dos cultos de matrizes africanas. Não se trata apenas de ter elementos ritualísticos originários da África em sua constituição, mas de trazer uma série de outros modos não hegemônicos de compressão sobre a vida, família, economia, comunidade (FLOR DO NASCIMENTO, 2017). Carneiro (2003) vai afirmar que, nós mulheres negras “fazemos parte de um contingente de mulheres originárias de uma cultura que não tem Adão. Originárias de uma cultura violada, folclorizada e marginalizada, tratada como coisa primitiva, coisa do diabo[...]”

¹⁶ Nome fictício.

Não estamos tratando apenas de um repúdio aos rituais, crenças ou a relação com o sagrado nas tradições de matrizes africanas, mas ao modo de vida herdado pelo negro africano, seus saberes, sua forma de se organizar e sua relação com a natureza. Fanon (2008, p. 125) cita: “o pecado é preto como a virtude é branca”. Em nosso imaginário social a cultura negra africana simboliza o mal e o pecado, desta forma ela é demonizada. A colonização deteriorou muitos saberes e práticas tradicionais, de modo que, homens e mulheres foram orientados a minimizar as práticas dos seus antepassados e valorizar o saber científico ocidental.

O racismo nega as influências da cultural africana e indígena presentes na nossa sociedade, em diversos âmbitos, independentemente de pertencermos às matrizes religiosas. As ofensas, hostilidades, agressões às pessoas que vivenciam os ritos e os modos de vida africano, aliados aos modos de vida indígenas, são raramente nomeadas como condutas racistas. E assim, segue mascarando o racismo estrutural em nosso país.

O racismo religioso é algo muito presente, e que foi institucionalizado sob a forma de repressão policial no país. Até os anos 70 o candomblé era a única manifestação religiosa obrigada a registrar suas casas na polícia. Tal fato corroborou para que se criassem obstáculos para aqueles que eram do santo realizassem seus cultos. O Estado perseguiu os candomblecistas, culminando em vários crimes de intolerância motivados pelo ódio. A mídia impressa propagava o discurso racista de que as religiões de matriz africana eram primitivas e exóticas. Costa (2009) vai argumentar que, os terreiros são polos de resistência e os cultos de matriz africana, promovem ações que afirmam nossa identidade negra. A preservação e a harmonia com a natureza, a culinária, a simbologia das vestimentas e o respeito pelos idosos e crianças, são alguns dos legados trazidos pelos ancestrais africanos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade brasileira o racismo é um mecanismo que produz, consolida e perpetua as desigualdades sociais que se traduzem em desvantagens materiais, simbólicas e identitárias ao povo negro. Sob o país ainda pesa a mítica democracia racial, profundamente difundida na literatura romântica brasileira e cuja ideologia de dominação mantém e silencia as desigualdades entre a diversidade étnico-racial que estrutura o povo brasileiro. E são as mulheres negras, sobretudo, que vivenciam situações de ampla iniquidade estrutural.

As dificuldades em reconhecer as categorias de diferenciação podem obscurecer as vulnerabilidades específicas de determinados grupos de mulheres, especialmente quando estas afetam, de modo desproporcional, a garantia e o exercício dos seus direitos reprodutivos. Decerto o que pesa mais às mulheres negras na violação dos seus corpos não se refere exclusivamente ao gênero, mas aos efeitos do racismo e demais eixos de classe, sexualidade, idade (geração), que se sobrepõem e se cruzam reforçando opressões.

A pesquisa traz à luz reflexões sobre o tema da violência obstétrica e do racismo institucional. A primeira se refere à um tipo de violência contra a mulher potencializada nas articulações de opressões de raça, classe, dentre outras. Dessa forma, mulheres que se encontram no ponto “x” dessa “encruzilhada” de intersecções são mais vulneráveis quando o assunto é assistência ao parto. É no cenário das instituições de saúde que estereótipos são evidenciados e reforçados, determinando a qualidade da assistência ofertada. Quando estudos mostram que são as mulheres pretas que menos recebem anestesia quando submetidas a uma intervenção obstétrica, questiona-se os profissionais baseiam suas práticas sob o discurso racista de que elas seriam mais tolerantes à dor. Quando os óbitos maternos de mulheres negras correspondem ao dobro de mulheres brancas conclui-se que o Estado e as instituições são responsáveis por essas mortes.

Retomando o conceito de interseccionalidade, percebe-se que este permite aprofundar o olhar sobre a produção de desigualdades, revelando as complexas experiências vividas por estes sujeitos. Cada vez mais, os assuntos relativos aos direitos reprodutivos das mulheres, violência contra mulher, violência obstétrica e outros temas referentes à opressão de gênero, devem ser abordados a partir de um conjunto de vulnerabilidades interseccionais.

Quando abordamos o tema do racismo, no caso brasileiro, há uma percepção de que este só se expressa verbalmente. O racismo, que é estrutural em nossa sociedade, segue

negando direitos mais básicos para metade da população brasileira que se autodeclara preta ou parda. O genocídio físico e simbólico revela que, o estado de exceção sempre foi uma realidade vivenciada cotidianamente pelos indivíduos racialmente subjugados. Nas práticas institucionais, as formas “indiretas” de racismo produzem hierarquias e exclusões fundadas na cor da pele, fenótipo e nas práticas culturais e religiosas. Assim, o racismo institucional não se refere ao fracasso das instituições de garantir uma igualdade entre os indivíduos independente de raça ou etnia, mas às formas como estas constroem tais desigualdades.

No tocante aos direitos reprodutivos das mulheres negras, uma forma evidente de racismo institucional, consiste em negar ou dificultar o acesso à informação e cuidados, bem como, em diversas outras formas de discriminação racial. Um exemplo, é a fala de mulheres que referiram sofrer discriminação quando evidenciava, por meio de elementos e pela estética, sua negritude. As reflexões acerca do racismo institucional na saúde ainda são escassas na produção acadêmica, necessitando ser mais explorada no campo da saúde pública, por sua importância na atualidade.

Quando refletimos sob outros olhares e possibilidades de cuidados, é necessário evidenciar que cada região do país apresenta características e saberes regionais distintos pela ampla variedade cultural, de crenças e religiosidades. A compreensão de saúde nas religiões de matriz africana e indígena, se constitui como uma alteridade em relação à lógica hegemônica biomédica, não sendo geralmente assimilada ou reconhecida pela última. No que concerne a mulher negra e “de santo”, a discriminação advinda do pertencimento à uma religião, que até hoje é estigmatizada pela sociedade, potencializa os impactos negativos sobre sua situação de saúde.

As religiões afro-brasileiras se configuram como espaços importantes para o reconhecimento e a construção de uma identidade negra positiva. As comunidades de terreiros além de serem espaços de cultos, orientam para uma formação humana baseada na reflexão sobre a realidade do povo negro no Brasil, ressignificando elementos culturais africanos. Deste modo, as mulheres de terreiro acabam incorporando nas suas práticas de cuidado da gestação e parto, valores orientados e adquiridos tradicionalmente pelos seus antepassados, cujos conhecimentos buscam uma harmonia entre o corpo e o sagrado.

Falar de violência e genocídio é um assunto que pesa e que, facilmente, nos deixa fadados ao pessimismo. Sob as tensões de um estado de permanente exceção para a população

negra e indígena, é preciso cada vez mais evidenciar e fortalecer manifestações emancipatórias de existência. Para os próximos estudos revelo a necessidade, e o desejo, de investigar formas de resistência às violações institucionais de assistência aos processos relativos ao parto.

Relatar as experiências de figuras como Dandara¹⁷, enfermeira obstétrica e parteira, que conheci durante a pesquisa de campo e que acabou contribuindo com reflexões relevantes sobre os temas estudados. Dandara se autoafirma uma mulher preta e ativista na luta contra o racismo institucional e a violência obstétrica. Lidera, na cidade do Rio de Janeiro, um grupo de atendimento gestacional que acolhe mulheres pobres periféricas. Um antigo símbolo africano de resgate e resistência estampa a página virtual do grupo. *Sankofa*: “que tantas vezes esculpido em portões e janelas pelos ferreiros negros escravizados, para que a lembrança da resistência não morresse entre os nossos. *Sankofa* significa que não há problemas em voltar ao passado para resgatar algo que foi esquecido e assim ressignificar o presente”.

É preciso reforçar práticas humanizadas de assistência na gestação, parto, puerpério e nas situações de abortamento. Eliminar todas as formas desnecessárias e prejudiciais de intervenções, substituindo-as por práticas comprovadamente benéficas e pautar meios não institucionais de assistência.

¹⁷ Nome fictício.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. “**Documento recolhe assinaturas para investigação da morte de adolescente grávida no Rio de Janeiro**”. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/documento-recolhe-assinaturas-para-investigacao-e-responsabilizacao-pela-morta-da-gravida-morta-em-hospital-do-rio-de-janeiro/10642/>>. Acesso em: 11 maio 2017.
- AGUIAR, J. M. de; d’OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.
- ALMEIDA, S. L. **Estado, Direito e Análise materialista do racismo** (Palestra). Instituto de Estudos Latino-Americanos, 2016. Disponível em: <<https://youtu.be/Pyn40G76kBI>> Acesso em 7 abr. 2016.
- AMORIM, M. M. R de; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2008.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** [online], São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>> Acesso em: 24 maio 2016.
- BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Psicologia Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 119-129, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. p. 64-89, 2002.
- BRAH, A. Difference, Diversity, Differentiation. **Cadernos Pagu**, São Paulo, v. 26, p.329-76, 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Acesso em: 11 maio 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Dispõe sobre a criação da Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 24 jun. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 08 out 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em: 27 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna.**

Brasília, DF, maio 2017. Disponível em:

<<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw> > Acesso em: 21 jan. 2017.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **“Comunidade Xambá, do Portão do Gelo, recebe certidão de autorealização pela FCP”.** 2018. Disponível em:

<<http://www.palmares.gov.br/archives/1730>>. Acesso em: 14 set 2017.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.7, n.2, p. 135-149. 1991. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 01 out 2016.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, 2003.

_____. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. **Racismos contemporâneos.** Rio de Janeiro: Takano, 2003. p. 49-58.

CARNEIRO, S.; CURY, C. O Candomblé. In: NASCIMENTO, E. L. (Org.). **Guerreiras de natureza: mulher negra, religiosidade e ambiente.** São Paulo: Selo Negro, 2008. p. 97-116.

CENTER OF REPRODUCTIVE RIGHTS (Estados Unidos). **Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil.** Disponível em:

<https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COLLINS, P. H. **Black Feminist Thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment.** New York: Routledge, 2000.

CONNELL, R. **Gênero em termos reais.** São Paulo: nVersos, 2016.

COSTA, A. M. Candomblé e Saúde. In: MANDARINO, A.C.S; GOMBERG, E. (Org.).

Leituras afro-brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 337-344.

COSTA, V. G. Práticas culturais femininas e constituição de espaços num terreiro de xangô de nação xambá. **Afro-Ásia**, Salvador, v. 36, p.199-227, 2007.

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

_____. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color (1994). In: BERGEN, R. K; EDLESON, J. L; RENZETTI, C. M. **Violence against women: Classic papers.** Auckland: Pearson Education, 2005.

_____. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. **Cruzamento: raça e gênero.** Brasília: Unifem, 2004.

CURIEL, O. Crítica poscolonial desde las prácticas políticas del feminismo antirracista. **Nómadas**, Bogotá, n. 26, p. 92-101, 2007.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology Obstetrics**, Limerick, International Conference on Humanization of Childbirth, Fortaleza, v. 2, n. 4, p. 5-23, nov. 2001.

DAVIS-FLOYD, R.; CAROLYN, S (Ed.). **Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross Cultural Perspectives**. Berkeley: University of California Press, 1997.

d'ORSI, E. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p. S154-S168, 2014. Disponível em:<
http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf> Acesso em: 22 fev. 2017.

DEL PRIORE, M. **Ao Sul do Corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Brasília: Ed. UnB, 1993.

DIAS, A. C. G. et al. O significado da maternidade na adolescência para jovens gestantes. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 3, n. 6, 2011.

DIAS, M. O. L. da S. Nos sertões do Rio das Velhas e das Gerais: vida social numa frente de povoamento. p.1710-1733 In: FERREIRA, L. G. **Erário mineral**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. 209 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação., Botucatu, v. 20, n.56, p.253-59, 2016. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000100253&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 10 abr 2017.

DINIZ, C. S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-76, 2015.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 supl. 1, p. 140-53, 2014.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p.1671-1681, 2012.

ERVITI, J. “Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos”. In. CASTRO, R.; LÓPEZ GÓMEZ, A. (Ed.). **Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: avances y desafíos en la investigación regional**. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM, 2010.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EdUFBA, 2008.

FANON, F. **Os condenados da Terra**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1968.

FINN, D. et al. Neonatal outcomes following elective caesarean delivery at term: a hospital-based cohort study. **Journal of maternal-fetal & neonatal medicine**, London, v. 29, n. 6, p. 904-910, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 1 out. 2015

FLOR DO NASCIMENTO, W. O fenômeno do racismo religioso: desafios para os povos tradicionais de matrizes africanas. **Revista Eixo**, Brasília, v.6, n.2, p. 51-56, nov 2017.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976), São Paulo: Martins Fontes, 1 ed, 4 tiragem, 2005.

_____. **História da Sexualidade**: a vontade de saber. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

FOX, N. S. et al. Vaginal birth after a cesarean delivery for arrest of descent. **Journal of maternal-fetal & neonatal medicine**, London, v. 18, p. 160-171, 2018.

GIACOMINI, S. M. **Mulher e Escrava**: uma introdução histórica ao estudo da mulher negra no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1988.

GIROUX, H. A. Reading Hurricane Katrina: Race, Class, and the Biopolitics of Disposability. **College Literature**, v. 33, n. 3, pp. 171-196, 2006.

GOMBERG, E. **Hospital de Orixás**: encontros terapêuticos em terreiro de candomblé. 1. ed. Salvador: UFBA, 2001.

GOMES, N. L. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: BRASIL. **Educação Anti-racista**: caminhos abertos pela Lei federal nº 10.639/03. Brasília, DF, 2005. p. 39-62.

_____. **Sem perder a raiz: corpo e cabelo como símbolos da identidade negra**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

GROSGOUEL, R. El concepto de “racism” en Michel Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser? **Tabula Rasa**, n.16, p. 79-102, 2012.

HANDCOCK, M. S.; GILE, K. J. On the Concept of Snowball Sampling. **Sociological Methodology**, v. 41, n. 1, p. 367-371, 2011.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.5, p.7-41, 1995.

HASENBALG, C. Relações entre brancos e negros no Brasil. In: **Lugar de Negro**: Ed. Marco Zero, Rio de Janeiro, 1982.

HOOKS, B. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n.16, p.193-210, 2015.

_____. **Vivendo de amor**. In: Geledés, 2010, s/p. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/vivendo-de-amor/> Acesso em: dez de 2017.

- JONGE, A. et al. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. **British Medical Association**, London, n. 346, p. f32-63, 2013.
- LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2017.
- LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, supl. 30, p. S17-S47, 2014.
- LEWIS, L. Raça e uma nova forma de analisar o imaginário da nossa comunidade nação: da miscigenação freyreana ao dualismo fanoniano. **Civitas**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. e1-e10, jan./abr. 2014.
- LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-34, mar. 2012.
- LORDE, A. Edad, raza, clase e sexo: las mujeres redefinen la diferencia, In: **La hermana, la extranjera**: artículos y conferencias, 1984.
- MAIA, M. B. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- MARINHO, A.; CARDOSO, S.; ALMEIDA, V. Desigualdade racial no Brasil: um olhar para a saúde. In: **Desafios do desenvolvimento**. Brasília, DF, n. 70, p. 43-5, 2011.
- MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, n.3, p. 645-665, 2005.
- MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.16, n.40, p.107-120, 2012.
- MATTOS, P. **O conceito de interseccionalidade e suas vantagens para os estudos de gênero no Brasil**. In: Congresso brasileiro de sociologia, XV. Anais. Curitiba, 2011.
- MBEMBE, A. Necropolitique en. Traversées, diásporas, modernités. *Raissons Politiques*. **Melusina**, n. 21, p. 29-60, 2006.
- _____. **Crítica da razão negra**: 1 ed. São Paulo: Antígona, 2014.
- McCALL, L. **The Complexity of Intersectionality**. Published by: The University of Chicago Press, v. 30, n. 3, p. 1771-1800, 2005.
- McCALLUM, C.; REIS, A. P. dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.7, p. 1483-91, 2006.
- McINTYRE, M. J. Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature. **Australian Health Review**, v. 36, n. 2, p. 140-7, 2012.

MORGAN, J. L. "Some Could Suckle over Their Shoulder": Male Travelers, Female Bodies, and the Gendering of Racial Ideology, 1500-1770. **The William and Mary Quarterly**, v. 54, n. 1, p. 167-192, 1997.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n.2, p. 9-41, 2000.

OLESEN, V. L. Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio. In: DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, p. 219-257, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1> Acesso em: 12 jun 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília, DF. OPAS/USAID. 1996.

ORTEGA, F. Biopolíticas de la salud: reflexiones a partir de Michel Foucault, Agnes Heller y Hannah Arendt. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.14, p.9-20, 2004.

OSAVA, R. H. et al. Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1023-9, 2012.

OYËWUMÍ, O. **Conceptualizing Gender: The Eurocentric Foundations of Feminist Concepts and the challenge of African Epistemologies**. African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms. CODESRIA Gender Series. v. 1, Dakar, CODESRIA, p. 1-8, 2004.

PACHECO, A.C. L. **Mulher negra: afetividade e solidão**. 1 ed. Salvador: Edufba, 2013.

PIMENTEL, C. (des)colonialidade do parto: reflexões sobre o movimento de humanização da parturição e do nascimento. In: MATINS, P. H et al. (Coords.). **Produtivismo na Saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014. p. 99-117.

PISCITELLI, A. Recriando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero**. Textos Didáticos, n. 48. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do Poder, Eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. **A colonialidade do saber: Eurocentrismo e ciência sociais perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 227 – 278.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

RUBIN, G. Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 21, p. 1-88, 2003.

SARDENBERG, C. M. B. **Da crítica Feminista à Ciência a um Ciência Feminista**. X Encontro da REDOR (NEIM/UFBA), 2001.

SCHRAIBER, L.B. **Ética e subjetividade no trabalho em saúde**. Divulgação em Saúde Pública para Debate, Londrina: n. 12, 1996.

SCHWARCZ, L. M. **Nem preto nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira**. 1ª ed. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

SILVA JR., H. A intolerância religiosa e os meandros da lei. In: NASCIMENTO, E. L. (Org.). **Guerreiras de natureza: mulher negra, religiosidade e ambiente**. São Paulo: Selo Negro, 2008. p. 169- 188.

SOUZA, J. P. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO. Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, London, v. 8, n. 1, p. 71, 2010.

SOUSA, B de. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. de S.; MENESES, M.P. (Org.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Cortez, 2010.

TESSER, C.D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.10, n.35, p.1-12, set. 2015.

THEODORO, H. Mulher negra, cultura e identidade. In: NASCIMENTO, E. L. (Org.). **Guerreiras de natureza: mulher negra, religiosidade e ambiente**. São Paulo: Selo Negro, 2008. p. 85 -96.

TORNQUIST, C. S. **Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. 429p. Tese (Doutorado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TRICAS, J. G. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. **Revista de Enfermería**, Breña Baja, v. 6, n.1, p. 71-78, abr. 2012.

VERHEIJEN, E. C; RAVEN, J. H; HOFMEYR, G. J. Fundal pressure during the second stage of labour. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, v. 7, n. 4, out. 2009.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

WAX, J.R. et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. **American journal of obstetrics and gynecology** [online], v. 203, n.3, p. 243.e1-8, 2010. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20598284>> Acesso em: 19 out 2017.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 535-549, 2016.

WERNECK, J; IRACI, N. (Org.) **A situação dos direitos humanos das mulheres negras no Brasil: violências e violações**. Criola – Geledés – Instituto da mulher negra, 2016.

WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 17, n. 40, p. 124-174, set/dez 2015.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

QUESTIONÁRIO

I. Conhecendo as participantes

- Nome fictício (escolhido pela entrevistada)
- Cor (autodeclarada)
- Idade
- Estado Civil
- Orientação sexual
- Filhos/as (quantos e idade)
- Escolaridade
- Ocupação
- Renda mensal aproximada
- Religião
- É cadastrada em alguma USF (Unidade de Saúde da Família)?

II. Perguntas Conductoras

- Como você vivenciou sua última gravidez? Mudaria alguma coisa? Se sim, o quê?
- Como foi o parto do seu filho/a?
- Como foi recebida quando chegou à maternidade?
- Houve algum procedimento que você não gostou?
- Você mudaria alguma coisa no atendimento ao parto? Se sim, o quê?
- Como foi a relação com os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, etc)?
- Em algum momento você se sentiu discriminada/destratada por sua cor, posição social, ou por outros fatores? Se sim, como você reagiu?
- Você acha que existe diferenças no atendimento entre mulheres brancas e mulheres negras?
- Você realizou outras formas de cuidados durante a gravidez?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa referente ao projeto intitulado “Narrativas de Cuidados na Gravidez e no Parto em Mulheres Negras”, desenvolvido pela mestrandia Kelly Diogo de Lima do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz-PE).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos do estudo, que, em linhas gerais envolvem compreender as experiências associadas aos cuidados na gestação e parto em mulheres negras da comunidade que resido. Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Minha colaboração será por meio de entrevista, e que a mesma será gravada. O acesso e a análise dos dados coletados, inclusive meus dados pessoais, se farão apenas pela pesquisadora ou suas orientadoras. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar a pesquisadora responsável ou seus colaboradores, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/Fiocruz-PE situado na Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE . CEP 50.740-465. Telefone/fax: 55 81 2101-2639. E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste termo, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Fui ainda informada de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Recife, ____ de _____ de 2017.

Assinatura da participante: _____.

Assinatura da pesquisadora: _____

