UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas

Thaisa Juliana Cipriano de Oliveira

A COR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE DAS MULHERES ASSISTIDAS NA CASA ANGELA NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO PARTO COMO ENFRENTAMENTO AO RACISMO INSTITUCIONAL

SÃO PAULO
2023

Thaisa Juliana Cipriano de Oliveira

A COR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE DAS MULHERES ASSISTIDAS NA CASA ANGELA NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO PARTO COMO ENFRENTAMENTO AO RACISMO INSTITUCIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas. Bolsista CAPES.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Fernando de SouzaCampos.

SÃO PAULO
2023

O45c Oliveira, Thaisa Juliana Cipriano de.

A cor da violência obstétrica: uma análise das mulheres assistidas na Casa Angela no período gravídico-puerperal e o processo de humanização da assistência do parto como enfrentamento ao racismo institucional / Thaisa Juliana Cipriano de Oliveira. — São Paulo, 2022.

150 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) — Universidade Santo Amaro, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Fernando de Souza Campos.

1. Racismo institucional. 2. Dororidade. 3. Violência obstétrica. I. Campos, Paulo Fernando de Souza, orient. II. Universidade SantoAmaro. III. Título.

Fernando Carvalho — CRB8/10122

Thaisa Juliana Cipriano de Oliveira

A COR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE DAS MULHERES ASSISTIDAS NA CASA ANGELA NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO PARTO COMO ENFRENTAMENTO AO RACISMO INSTITUCIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Fernando de Souza Campos.

São Paulo, 9 de janeiro de 2023.

Banca examinadora

_____
Prof. Dr. Paulo Fernando de Souza Campos (Orientador)

_____
Prof. Dra. Patrícia Martins Montanari - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSC SP

_____
Profa. Dra. Maria Isabel Pimentel de Castro Pinto - Universidade Santo Amaro - UNISA

Conceito Final: _____

Para Alyne Pimentel, Anarcha, Betsey, Lucy, Assata e todas as irmãs negras em diáspora vitimadas pelo racismo obstétrico.

Agradecimentos

Há um tempo a escrita tem sido minha maior dor e minha melhor amiga. Só consigo escrever sobre o que me atravessa a alma e me fere o corpo em lugares quenão consigo elaborar, aliás a dor contribui pro meu processo criativo. É possível que essa dissertação não seja somente sobre mulheres negras vítimas de racismo obstétrico. É sobre lágrimas que não param de rolar, sobre feridas que não cicatrizam, é sobre invisibilidade, mas também sobre cura e renascimento. Nesse processo de escrita, fui dilacerada pela injustiça do racismo institucional por diversas vezes, perdi a esperança e a fé no ser humano, enganei a morte como os Ibejis, gestei sonhos e pari projetos. Hoje posso dizer que eu consegui. Obviamente não teria conseguido sem toda ajuda que recebi. Agradeço a espiritualidade por ter me sustentado até aqui e por abrir meus caminhos quando tudo parecia desmoronar. Agradeço imensamente a quem não soltou minha mão, mesmo apesar de mim. Agradeço meu orientador Prof. Dr. Paulo Fernando de Souza Campos, por ter me guiado e acreditado em mim quando nem eu mesma acreditava. Que me deu colo, puxões de orelha e me fez acreditar que existe humanização na Academia. Sua existência faz do mundo um lugar muito melhor. Agradeço a Luma que me pariu mãe, me ensinou tudoo que sei sobre amor e me dá forças pra realizar meus sonhos. Agradeço minha companheira Ceci Luz que enxerga o melhor em mim e me ensina a cada dia que mereço amar e ser amada em plenitude. Nosso reencontro transformou minha existência. Agradeço a minha mãe Elizabeth, por ter me dado a vida e me ensinado a ser forte. Agradeço meu pai Moacir, que me ensinou sobre ser honesta com meus sentimentos e sobre valores inegociáveis. Agradeço minha irmã Tarsila, pela generosidade de sempre, te admiro e estarei para você e com você até o fim. Agradeço aos amigos que compreenderam minha ausência nos últimos tempos e que sempre torceram por mim. Serei leal a vocês eternamente. Agradeço a Casa Angela pela oportunidade e cuidado em todas as etapas da pesquisa, vocês foram um respiro e sopro de esperança em meio a um tema tão denso. Não menos importante, agradeço a UNISA e a CAPES por viabilizar o desenvolvimento dessa pesquisa. Essa realização não é só minha, é de todas as mulheres que vieram antes de mim e abriram os caminhos para que eu pudesse estar aqui. Eu sou a materialização dos sonhos das minhas ancestrais e as honrarei em todos os lugares em que estiver. Laroyê, Exu!

Uma gota de leite me escorre entre os seios.
Uma mancha de sangue me enfeita entre as pernas.
Meia palavra mordidame foge da boca.
Vagos desejos insinuam esperanças.
Eu-mulher em rios vermelhos inauguro a vida.
Em baixa voz violento os tímpanos do mundo.
Antevejo.
Antecipo.
Antes-vivo
Antes – agora – o que há de vir.
Eu fêmea-matriz.
Eu força-motriz.
Eu-mulher abrigo da sementemoto-contínuo do mundo.

- Conceição Evaristo*, Eu-Mulher* (2021, p. 32).

RESUMO

O conceito de violência obstétrica pode ser definido por diversas condutas e impedimentos que ocasionam perda da autonomia da mulher sobre o próprio corpo, traumas físicos e emocionais que podem perdurar por toda vida. No Brasil, o debate sobre os modos como a violência se articula em relação ao viés racial e subjugação dos corpos pretos, resulta no racismo institucional. Observar a saúde das mulheres negras sobre a ótica étnico-racial nos possibilita entender que o racismo é fator determinante social e influencia diretamente no aspecto saúde-doença, sobretudo, no âmbito da história da medicina e da saúde pública. Partindo desse pressuposto, esta pesquisa pretende analisar como a ausência de incentivos às políticas públicas efetivas para população preta, por exemplo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN/2009, atua como um dos entraves para o combate as iniquidades em Saúde Pública, bem como a construção do método médico-hospitalocêntrico no período gravídico-puerperal, impacta no racismo institucional e na violência obstétrica. O presente projeto buscará apresentar dados sobre os poderes institucionais em relação às iniquidades em saúde de mulheres negras usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS para, deste modo, destacar a necessidade de estratégias interseccionais de combate à violência obstétrica. Para tal análise será utilizado o conceito Dororidade como marcador epidemiológico. O trabalho de campo será realizado junto a Casa Angela: Centro de Parto Humanizado a partir de um instrumento de coleta de dados – questionário – a ser respondido por usuárias não brancas que passaram pela primeira experiência do parto no modelo hospitalocêntrico e posteriormente na casa de parto. Pretende-se contribuir para as estratégias que visam a diminuição da violação aos direitos da mulher no parto, humanização em saúde e resgate ancestral através da epistemologia Afrocêntrica do feminino negro, como tecnologia de enfrentamento ao racismo obstétrico.

Palavras-chave: parto; racismo institucional; violência obstétrica; dororidade; SUS.

ABSTRACT

The concept of obstetric violence can be defined by several behaviors and impediments that cause a woman's loss of autonomy over her own body, physical and emotional trauma that can last for a lifetime. In Brazil, the debate about the ways in which violence is articulated in relation to racial bias and the subjugation of black bodies, results in institutional racism. Observing the health of black women from an ethnic-racial perspective allows us to understand that racism is a determining social factor and directly influences the health-disease aspect, especially in the context of the history of medicine and public health. Based on this assumption, this research intends to analyze how the absence of incentives for effective public policies for the black population, for example, the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population - PNSIPN/2009, acts as one of the obstacles to combating inequities in Health Public, as well as the construction of the medical-hospital-centric method in the pregnancy-puerperal period, impacts on institutional racism and obstetric violence. This project will seek to present data on institutional powers in relation to inequities in the health of black women who use the Unified Health System - SUS, in order to highlight the need for intersectional strategies to combat obstetric violence. For this analysis, the concept of Pain will be used as an epidemiological marker. The field work will be carried out at Casa Angela: Centro de Parto Humanizado based on a data collection instrument - questionnaire - to be answered by non-white users who went through their first experience of childbirth in the hospital-centered model and later in the birth center. It is intended to contribute to strategies aimed at reducing the violation of women's rights in childbirth, humanization in health and ancestral rescue through the Afrocentric epistemology of the black female, as a technology to face obstetric racism.

Keywords: childbirth; institutional racism; obstetric violence; dorority; SUS.

Lista de Ilustrações

Figura 1 – “Formação de Doulas Pretas”.....43
Figura 2 – “Parto de Cócoras” 44
Figura 3 – “A Redenção de Cam”.....50
Figura 4 – “Justiça por Assata” 52

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Episódio de Racismo durante a internação.....54
Gráfico 2 - Acolhimento no ambiente hospitalar 58
Gráfico 3 – Apoio entre mulheres durante a internação.....58
Gráfico 4 – Rede hospitalar Pública ou Privada..... 59
Gráfico 5 – Alívio para dor..... 65
Gráfico 6 – Alívio natural, anestésico com ou sem consentimento.....65
Gráfico 7 – Intervenções médicas durante o parto..... 69
Gráfico 8 – Consentimento..... 72
Gráfico 9 – Comentários constrangedores no parto 72
Gráfico 10 – Parto Humanizado na Casa Angela.....86
Gráfico 11 – Pré-natal na Casa Angela..... 91
Gráfico 12 – Plano de Parto 92
Gráfico 13 – Comentários constrangedores no Parto Humanizado?.....92

Lista de Abreviações

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CPAIMC	Centro de Pesquisa e Atenção Integrada à Mulher e a Criança
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MA	Medicina Antroposófica
MS	Ministério da Saúde
NUPEC	Núcleo de Pesquisa, Ensino e Consultoria e Comissão de Ética
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organizacao Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN	Politica Nacional de Saúde integral da População Negra
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
SBA	Sociedade Brasileira de Anestesiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13

1 PARTO HUMANIZADO: O LUGAR DAS MULHERES NEGRAS 20
1. 1 Reparação histórica e violência em relação às mulheres negras 21
1. 2 História do parto no Brasil: uma análise interdisciplinar e interseccional 27
1. 3 Parteiras tradicionais e assistência ao parto natural no Brasil 33
1. 4 Doulas: ancestralidade, feminino negro e cuidados no gestar e parir 49

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: INIQUIDADES EM SAÚDE PÚBLICA 46
2. 1 Racismo Institucional: Aspecto saúde-doença da população negra 47
2. 2 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN/2009 54
2. 3 Ginecologia moderna e a exploração de corpos femininos negros 61
2. 4 Dororidade: Violência Obstétrica, mulheres negras e Sistema Único de Saúde – SUS 67

3 CASA ANGELA - CENTRO DE PARTO HUMANIZADO 76
3. 1 Angela Gehrke da Silva: referência na humanização do parto no Brasil 77
3. 2 Casa Angela: práticas de assistência centradas na autonomia da mulher 83
3. 3 Preto no branco: experiências gravídico-puerperal de mulheres negras 87

CONSIDERAÇÕES FINAIS 99

Referências 102

ANEXO I 122
ANEXO II 123
ANEXO III 126

INTRODUÇÃO

Em 21 de Março de 2022, o portal Catarinas revisitou o caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira. Mulher negra, moradora de Belford Roxo (RJ), vítima de violência obstétrica e racismo institucional que completará 20 anos em novembro de 2022. Aos 28 anos, após apresentar sintomas de gravidez de alto risco, Alyne procurou atendimento em uma clínica e seguida de avaliação médica foi orientada a retornar para casa. Devido piora nos dias subsequentes, retornou ao mesmo serviço de saúde, porém, no exame de monitorização, não foi detectado batimentos cardíacos. As seis horas de parto induzido resultaram em um feto natimorto, e após quatorze horas do evento foi realizado procedimento para retirada dos restos de placenta. Com a piora do quadro de saúde, Alyne precisou ser transferida para um hospital de alta complexidade, esse processo durou aproximadamente oito horas e quando chegou ao hospital, em evolução clínica crítica, foi a óbito depois de mais de 21h sem receber assistência adequada.

Esse caso emblemático sobre morte materna, que evoca experiências femininas negras durante o período gravídico-puerperal é o primeiro decidido por uma entidade de proteção dos direitos humanos das Nações Unidas, que responsabilizou o Brasil pela morte de Alyne, apontando discriminação racial e de classe (CATARINAS, 2022). Diante desse quadro, é possível reconhecer que mulheres negras possuem vivências marcadas pelo preconceito racial estruturado na sociedade e sofrem ausência de ações específicas de combate a essas desigualdades que possuam um olhar interseccional como estratégia (SOUZA, 2019). Posto isso, reconhecemos que a participação de mulheres negras nos avanços científicos historicamente foram pautadas por abusos de seus corpos e psique, portanto, a violência obstétrica, além de identificada como uma violência institucional, também resulta em uma violência de gênero, pois faz parte da cultura médica hegemônica acerca do parto e que se acentua em relação ao feminino negro (PALHARINI, 2017; ZANINI, 2020). Logo, em um contexto histórico atual, mulheres negras vêm sendo privadas de exercer os privilégios da maternidade e de suas vidas reprodutivas na medida em que são marcadas pela dor e pelo alívio após um parto difícil cercado por violências. Portanto, nomear as opressões sofridas por essas mulheres, remontar as permanências desse processo ao longo do tempo, norteiam os propósitos desta pesquisa, em outras palavras, narrar

as histórias dessas mulheres é um mecanismo de (r)existência.

Esta pesquisa busca analisar as relações entre Violência Obstétrica, Racismo Institucional, Mulherismo Africana enquanto modelo político de emancipação e recuperação da humanidade, e Dororidade como marcador epidemiológico na assistência em saúde no período gravídico-puerperal. Mediada por um modelo de assistência que resgata a vivência da gravidez, do parto e do puerpério como processos vivenciados na experiência humana da mulher, levando em consideração fatores afetivos, sociais, espirituais, em um contexto singular de atendimento ao parto humanizado, visa analisar como mulheres puérperas em São Paulo vivenciaram a experiência do parto natural na primeira gestação, em espaço hospitalocêntrico e na segunda gestação na Casa Angela: Centro de Parto Humanizado. Assim proposto, objetiva-se perscrutar como essa experiência do feminino atravessa a vida de mulheres negras.

O conceito de violência obstétrica é bem amplo e complexo, pode ser caracterizado por diversas condutas e impedimentos que ocasionam perda da autonomia da mulher sobre o próprio corpo, traumas físicos e emocionais que podem perdurar por toda vida. Envolve diversos tipos de violência de gênero que ocorrem no contexto entre gestação, parto, puerpério, e situações de abortamento. É tipificada por todo e qualquer ato de negligência, tratamentos desumanizados e rudes, falas com deboches ou xingamentos, ameaças, procedimentos invasivos como toques vaginaisconstantes, intervenções de qualquer tipo sem o conhecimento ou consentimento da parturiente, procedimentos sem evidências científicas que embasem sua utilização e outras intervenções agressivas como a episiotomia, manobra de Kristeller, aplicação rotineira de ocitocina para acelerar o parto, jejum total e o impedimento da presença do acompanhante (BRASIL, 2014).

No Brasil, o debate sobre o modo como a violência se articula sobre o viés racial, interagindo para o controle e subjugação dos corpos pretos, resultando no racismo institucional e compondo a violência obstétrica, é essencial, pois as mulheres negras são os maiores alvos de violência obstétrica no país, esse fato está ligado aos resquícios históricos da escravidão e perpetuação dos estigmas sociais acerca da população negra. Como nos mostra Silvio Almeida (2020, p. 40-41):

> No caso do racismo institucional, o domínio se dá com o estabelecimento de parâmetros discriminatórios baseados na raça, que servem para manter a hegemonia do grupo racial no poder. Isso faz com que a cultura, os padrões estéticos e as práticas de poder de um determinado grupo tornem-se o horizonte civilizatório do conjunto da sociedade [...] O efeito disso é que o racismo pode ter sua forma alterada pela ação ou pela omissão dos poderes institucionais – Estado, escola etc. -, que podem tanto modificar a atuação dos mecanismos discriminatórios, como também estabelecer novos significados para raça, inclusive atribuindo certas vantagens sociais a membros de grupos raciais historicamente discriminados. Isso demonstra que, na visão institucionalista, o racismo não se separa de um projeto político e de condições socioeconômicas específicas.

Tecendo o conceito de Racismo Institucional, pode-se compreender o racismo também como violência simbólica, que transita no plano físico e verbal, através de mecanismos sutis como a negação de direitos e acessos. Segundo Pierre Bourdieu (2005, p. 22):

> A violência simbólica consiste em uma violência que se exerce com a cumplicidade tácita dos que a sofrem e também, com frequência, dos que a exercem, na medida em que uns e outros são inconscientes de exercê-la ou de sofrê-la". Deste modo, a violência simbólica define-se, num primeiro momento, como uma violência dissimulada, o que, diga- se de passagem, lhe confere poderes particulares e eficácia específica. Tal violência não pode ser usada independentemente, pois não é um tipo distinto de violência. Ela é violência física mascarada e, por conseguinte, invisível e esquecida.

Os modos de tratamento teórico do conceito dialogam, neste sentido, com a obra de Vilma Piedade (2017), intitulada *Dororidade*. A autora descreve o nascimento de um conceito que trata das violências que atingem as mulheres negras a cada minuto que integra as ausências, os vazios, os silenciamentos, o não lugar, a dor fomentada pelo racismo. Sua tese revela que essa Dor tem cor: é Preta. Além desse aspecto, comunica no seu significado a dor do machismo que afeta todas às mulheres, mas que o conceito de Sororidade não consegue abranger, embora os dois conceitos caminhem juntos. Nas palavras da autora:

> A palavra Dor, tem origem no latim, dolor. Sofrimento moral, mágoa, pesar, aflição, dó, compaixão [...] Tem uma dor constante que marca as Mulheres Pretas no cotidiano – a dor diante de uma perda. E,

> nesse jogo cruel do Racismo, quem perde mais? Quem está perdendo seus filhos e filhas? Todos Pretos. Todas Pretas. A resposta tá estampada nos dados oficiais sobre o aumento do Genocídio da Juventude Preta (2017, p. 17-18).

O Ministério da Saúde concebe as iniquidades e vulnerabilidades que afetam a saúde da população negra. Dentre elas: óbitos precoces, altos índices de mortalidade materno-infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e violência. Por isso em 2009, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, visando à promoção da equidade em saúde, orientando-se pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação social, em consonância com o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (BRASIL, 2017). A instituição dessa política reconhece o racismo institucional como uma iniquidade racial no acesso à saúde da população negra e atua como estratégia de combate a essa violência. Diante disso, Sueli Carneiro (2011) afirma que os entraves ideológicos, técnicos e administrativos dificultam a incorporação efetiva da política como enfrentamento ao racismo e sexismo nas instituições públicas.

Observar a saúde das mulheres negras sobre a ótica étnico-racial nos possibilita entender que o racismo é fator determinante social e influencia diretamente no aspecto saúde-doença. As vivências em condições de marginalidade e vulnerabilidade social do negro no Brasil, ressaltam a importância dos estudos étnico-raciais em saúde no país. Em 2007 foi incorporado nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, o campo raça/cor, que atende ao princípio de equidade do SUS ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas.

Portanto, esta pesquisa visa colaborar com a discussão interdisciplinar do retorno da perspectiva do ato de parir como um processo fisiológico do corpo da mulher, tornando desnecessária qualquer intervenção e medicalização em excesso, que por muitas vezes são prejudiciais a mulher e ao bebê. Não abrange apenas as estruturas hospitalares, mas se articula ao debate interseccional de gênero, raça e classe. Deste modo, se faz de extrema necessidade abordar o entendimento e a promoção do processo de humanização do parto como estratégia de enfrentamento ao racismo institucional e ao modelo de assistência médica violentamente hegemônico.

Dessa forma, ao dialogar com usuárias do SUS, assistidas na Casa Angela – Casa de Parto Humanizado, entendemos como o modelo de assistência ao parto natural centrado nas necessidades emocionais, físicas, espirituais e socioculturais da mãe, bebê e da família, resultam em humanização e enfrentamento ao racismo institucional. Assim, o material empírico do estudo compreendeu a aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas. Com população-amostra não probabilística, que teve como critério de inclusão os seguintes marcadores: mulheres negras que se auto declaravam pretas ou pardas de acordo com a metodologia do IBGE, maiores de 18 anos, não primigestas, que passaram pela experiência do parto natural hospitalocêntrico antes da experiência no Centro de Parto Humanizado e assistidas durante o período gravídico puerperal pela Casa Angela, além de condições de leitura e escrita para responder por si mesma o questionário. Considerando o número de atendimentos realizados no campo de estudo ora proposto, a pesquisa considera, ainda, como critério de inclusão mulheres mães pela segunda vez, sendo a primeira vez no modelo hospitalocêntrico e posteriormente, experiência de gestação e parto junto à Casa Angela – Centro de Parto Humanizado, à partir de 2021 quando iniciaramas autorizações das mulheres para participarem de pesquisas. Como critério de exclusão o presente estudo considera primigestas, menores de 18 anos, que tiveram experiência do parto cesárea, mulheres não negras, que não passaram pelo modelo hospitalocêntrico durante o período gravídico puerperal da primeira experiência de gestação e parto.

Importa destacar, que a pesquisa atendeu às exigências da Plataforma Brasil no que se refere à submissão e parecer de Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNISA. A população-amostra recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TECLE, como parte das exigências que regem a pesquisa com seres humanos que, a partir de 1996, foram regulamentadas através da Resolução 196/96 do CNS e aprimoradas pela Resolução 466/12. Vale acrescentar que o instrumento de coleta de dados – questionário – foi validado por profissionais qualificados e/ou 50atuantes no campo da saúde da mulher, vinculados a IES e outros institutos de pesquisa e assistência à gestação e parto como professores universitários e profissionais de saúde, especificamente, pelo NUPEC (Núcleo de Pesquisa, Ensino e Consultoria e Comissão de Ética – Casa Angela). Essa validação do instrumento é necessária para evitar as “bias” que nos avisa Mirian

Goldenberg (2011), tornando o instrumento claro, objetivo, evitando distorções que impeçam a compreensão das perguntas.

A forma de análise dos resultados da pesquisa foi realizada através do método qualitativo, no qual os números obtidos dos resultados da pesquisa não precisam necessariamente ser contabilizados. Através desse método busca-se compreender como as experiências individuas das entrevistadas relacionam-se com o fenômeno estudado. O questionário foi enviado para 18 mulheres conforme critérios de inclusão do estudo. Cinco (5) mulheres responderam as perguntas abertas e fechadas. A forma de apresentação dos resultados se deu através de gráficos e relatos escritos, preservando os dados das entrevistadas, elas foram identificadas com uma letra seguida de um número, no qual M1 corresponde a primeira entrevistada que respondeu a pesquisa, M2 corresponde a segunda e assim sucessivamente, até completar 5 mulheres entrevistas, que correspondem ao total de participantes da pesquisa. A ausência de maior volume de participantes revela a cultura do silêncio, como nos ensina Paulo Freire (1970), a qual conceitua a condição do oprimido de permanecer ser ter sua voz ouvida e assim, excluído, não participa de decisões sobre a construção de regras determinantes de suas próprias vidas.

Evocamos para suporte secundário para análise de resultados, a perspectiva epistemológica afrocêntrica a partir do conceito de mulherismo africana proposto por Clenora Hudson-Weems (2020) como potencialidade, simultaneamente ao conceito de dororidade proposto por Vilma Piedade (2017) como eixo de uma prática político-social e marcador epidemiológico, pontua violências sofridas por mulheres negras. Dororidade compreende no significado a dor do patriarcalismo estrutural sentida por todas as mulheres, porém se tratando de mulheres negras essa dor tem um agravo. Piedade (2017), nos diz que o conceito Sororidade ancora o Feminino e esse por suavez promove a Sororidade, porém sozinho não é capaz de acolher a pretitude de mulheres negras, pois a depender da cor da pele, quanto mais pigmentada, mais racismo, mais dor e finaliza enfatizando que para ser dialógico interseccional é indispensável que o feminismo tenha mais cor. Já Hudson-Weems (2020), analisa criticamente as dinâmicas entre Feminismo, Feminismo Negro, e Mulherismo Africana, pois compreende que conceitos eurocêntricos não integram mulheres negras. A autora constrói o conceito através da unidade cultural africana evocando soluções coletivas de emancipação do povo preto. Deste modo, o dialogo entre os

dois conceitos só é possível, pois a autodenominação e autodefinição do conceito de dororidade interage com a cosmopercepção afrocêntrica, pois como expõe Piedade: “Um conceito nunca está pronto, definido e imutável” (2017, p. 16).

Diante do exposto, estruturamos o trabalho em três partes. No primeiro capítulo, expomos o silenciamento histórico vivenciado pelas mulheres negras no Brasil oitocentista, sabendo da impossibilidade de esgotamento desse fato histórico, enunciamos o pensamento médico na sociedade escravagista e os impactos da exploração do corpo da mulher negra. Pretendendo focar na historiografia da saúde da mulher negra escravizada, na história e medicalização do parto no Brasil, com recorte interseccional e interdisciplinar. Apresentamos a importância dos saberes tradicionais para manutenção da humanização e tecnologia ancestral, evidenciando o papel da Parteira e da Doula na cena do parto. No segundo capítulo, através da analise dos resultados da pesquisa buscamos problematizar a branquitude enquanto sistema que produz desigualdades raciais, discutindo os conceitos de Racismo Institucional, o dialogo entre Violência obstétrica, e Dororidade como marcador epidemiológico. Ancorando-se na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN como prática de enfrentamento as iniquidades em Saúde Pública e Mulherismo Africana como proposta de retorno a potencialidade ancestral negra. No terceiro capítulo expusemos a experiência do parto de mulheres negras na Casa Angela, destacando o modelo de assistência ao parto natural humanizado realizado na Casa Angela, através das Práticas Integrativas e Complementares – PICS, fundamentadas na Medicina Antroposófica, correlacionando este modelo a Medicina Africana tradicional. Evocamos a memória de Angela Gehrke, a parteira referência em humanização do parto no Brasil e propusemos estratégias de enfrentamento a “étnico marginalização obstétrica” de mulheres negras – pensando na narrativa afrocêntrica definimos a violência que acomete mulheres negras na gestação, parto e puerpério desta maneira – na agenda mulherista.

1 PARTO HUMANIZADO: O LUGAR DAS MULHERES NEGRAS

O movimento de humanização ao parto, considerando o gestar e parir como fenômenos fisiológicos, que ocorrem em sua maioria sem a necessidade de intervenções, tem ganhado força e destaque pela manutenção da tradição sociocultural, econômica, bem como promoção da saúde e bem-estar das mulheres. Nesse sentido, a atuação de Parteiras e Doulas emergem como integrantes fundamentais do movimento pela humanização do nascimento, uma vez que são consideradas ancestrais simbólicas no cenário de parto (CARNEIRO, 2011).

O período gravídico-puerperal sempre foi associado ao lugar das mulheres na sociedade e até meados do século XIX a assistência às mulheres era prestada por outras mulheres mais experientes, chamadas parteiras. Essas mulheres possuíam maior vínculo com as parturientes, pois compartilhavam suas próprias e semelhantes histórias. Baseadas nos conhecimentos ancestrais obtidos através da oralidade, passados de geração a geração, utilizavam-se de técnicas adquiridas nas vivências e nas observações metódicas ou não travadas no âmbito do feminino, destacadamente, do feminino negro, pois invariavelmente as parteiras, no caso brasileiro, eram mulheres negras. Somente em complicações e intercorrências de saúde solicitava-se o auxílio de curandeiros, sacerdotes, médicos (SCOPEL, 2014).

No decorrer da história da humanidade, os corpos das mulheres têm sido objeto de experimentações e abusos, portanto, para analisar o lugar das mulheres negras no modelo assistencial ao parto no Brasil, é necessário compreender como o modelo hegemônico eurocêntrico resultou na supervalorização do saber científico e desvalorização do conhecimento popular, carregados de práticas e tradições, simbologias e costumes culturais. O avanço da medicina associado à herança patriarcal, estabeleceu uma forma de controle e medicalização dos corpos femininos, transformando as questões inerentes às mulheres e aos ciclos femininos, como o parto, em eventos patológicos, introduzindo técnicas e procedimentos cirúrgicos desnecessários e na maioria das vezes prejudiciais à saúde das mulheres e do feto/recém-nascido (BONFIM, 2018). Visto que o racismo é uma orientação para epistemologias tradicionais que contribuem para perpetuação da história racial e de gênero da classe hegemônica, existe a necessidade de produzir uma epistemologia afrocêntrica que possa compreender o racismo e o sexismo.

Portanto nesse capítulo pretendemos sintetizar a historiografia quanto a violência e exploração que mulheres negras foram vitimadas desde o período colonial e compreender o resgate da cosmopercepção do mulherismo africana, como perspectiva de humanização e potencialidade de mulheres negras ao ato de parir e consequentemente, enfrentamento ao racismo estrutural e institucional.

1. 1 Reparação histórica e violência em relação às mulheres negras

> *Quero falar sobre a máscara do silenciamento. Tal máscara foi uma peça muito concreta, um instrumento real que se tornou parte do projeto colonial europeu por mais de trezentos anos. Ela era composta por um pedaço de metal colocado no interior da boca do sujeito negro, instalado entre a língua e o maxilar e fixado por detrás da cabeça por duas cordas, uma em torno do queixo e a outra em torno do nariz e da testa. Oficialmente, a máscara era usada pelos senhores brancos para evitar que africanas/os escravizadas/os comessem cana-de-açúcar ou cacau enquanto trabalhavam nas plantações, mas sua principal função era implementar um senso de mudez e de medo, visto que a boca era um lugar de silenciamento e de tortura, Neste sentido, a máscara representa o colonialismo como um todo. Ela simboliza políticas sádicas de conquista e dominação e seus regimes brutais de silenciamento das/os chamadas/os "Outras/os": Quem pode falar? O que acontece quando falamos? E sobre o que podemos falar?*
>
> Grada Kilomba, *Memórias da Plantação* (2019, p. 171-172).

O tráfico transatlântico de negros africanos entre os séculos XVI e XIX configura um momento histórico que transformou a experiência humana. A diáspora negra resulta desse período, de grande importação de negros escravizados, de transformações de padrões considerados definitivos, que levaram à paralisação do tráfico e consequente abolição da escravatura. As condições de mobilidade dos escravizados, ocupação, habitação e costumes impactaram no aspecto saúde-doença das populações negras no Brasil (PÔRTO, 2006).

Nos quase quatro séculos de escravidão, questionamentos sobre a legitimidade da mesma eram sufocados, as classes dominantes defendiam a escravidão com o argumento de proporcionar uma vida melhor aos negros escravizados, utilizavam a religião e a ordem social oriundas de tradições africanas para justificar tal violência. "Acreditava-se que era a vontade de Deus que alguns nascessem nobres, outros, escravos. De acordo com essa teoria, não cabia aos homens modificar a ordem social" (COSTA, 2010, p. 13).

Desde a publicação da Lei de 1871 no Brasil e seus desdobramentos, o processo de abolição da escravatura esteve interligado ao útero da mulher negra Africana em diáspora. As vicissitudes repercutiram nos dispositivos de direitos de traficantes de escravos, nas relações laborais, nos cuidados das crianças, filhos e filhas dos negros escravizados, na autonomia, mobilidade urbana e mantenimento dos laços familiares. Geradoras e fornecedoras das riquezas escravagistas, as mulheres negras experienciaram manipulação ilimitada de seus corpos, compreendendo funções do sistema reprodutor, exploração, objetificação em relação aos saberes médicos e jurídicos, que atravessaram os lugares mais íntimos da existência dessas mulheres (MACHADO *et al*., 1978).

As práticas de violência e exploração sexual de mulheres negras africanas, a partir do recente marco na historiografia brasileira, dificulta o aprofundamento na subjetividade das experiências envolvendo gênero, corpo, sexualidade, parto e maternidade, no período de hegemonia escravagista patriarcal (TELLES, 2019). O período de escravidão desumanizou o povo negro e mulheres negras reduzidas à propriedade eram vistas pelos traficantes de escravos destituídas de gênero quando exploradas através da sua força de trabalho e quando exploradas pela condição de mulher, o estigma de gênero determinava as punições, onde abusos sexuais, mutilações e estupros eram comuns.

O estupro, especificamente, considerado um aspecto do domínio econômico exercido pelos traficantes de escravo, extraia o restante de dignidade existente nas mulheres negras e desmoralização de seus companheiros. O ideal de feminilidade construído no século XIX, que compreendia às mulheres no papel de mãe, dona de casa e parceira subserviente, não incluía as mulheres negras. A essas, a qualidade designada era de excentricidade e comportamento animalesco. No período final do tráfico negreiro transatlântico, mulheres negras eram valorizadas pelo potencial de fertilidade, uma vez que a reprodução natural era uma estratégia para aumentar a população escravizada para produção de força de trabalho (DAVIS, 2016). Essa narrativa revela a igualdade forçada e assimétrica de gênero imposta pela escravatura, desconstrói o mito da miscigenação e evoca a perspectiva de resistência das mulheres negras. “E não sou eu uma mulher?” (TRUTH, 2020). Nesse sentido, a multiplicidade de aspectos complexos do período escravagista para mulheres negras revela que:

> Se a apropriação do corpo da mulher definiu as possibilidades de reprodução da escravidão, projetos e leis emancipacionistas também se voltaram especialmente ao corpo/ventre da escravizada, definindo-o como território de disputa dos possíveis caminhos de superação da escravidão (MACHADO *et al*., 2021, p. 11).

Portanto, este capítulo tem a finalidade de expor o silenciamento histórico vivenciado pelas mulheres negras no Brasil oitocentista, sabendo da impossibilidade de esgotamento desse fato histórico, enuncia-se o pensamento médico da sociedade escravagista e os impactos da exploração do corpo da mulher negra derivado desse processo. Dessa forma, pretende-se focalizar a historiografia da saúde da mulher negra escravizada ou não na história do parto no Brasil, com recorte interseccional e interdisciplinar como tecnologia ancestral.

É fato que a escravidão marcou a sociedade brasileira como um todo até o final do Oitocentos*, porém a escassez de narrativas referente a esse período sobre a saúde de pessoas escravizadas, evidencia o racismo científico acerca do discurso social que atravessa o acadêmico. Em meados do século XX, a história da medicina no Brasil, considerou práticas terapêuticas e de cura africanas como limitadas, em contraste às indígenas, todavia, ambas desprestigiadas, tratadas como inoperantes, degenerativas. Essa hipótese vem sendo desconstruída através de novos estudos que revisitam o tema da escravidão no Brasil, conforme Katia Mattoso enfatiza:

> Durante o século XVI e até o século XIX, o escravo negro, que se tornara mercadoria essencialmente indispensável para o Brasil, não vinha de um continente desorganizado, sem cultura, sem tradições e sem passado. O cativo africano destinado a sustentar o desenvolvimento das distantes Américas possuía personalidade e história, muito embora alguns contemporâneos europeus, ignorantes, tenham avançado a ideia de que o que era diferente era, forçosamente,inferior (2017, p. 45-46).

A partir do século XIX, a medicina inicia um processo de influência sobre aspectos da sociedade e a forma como ela se organizava. O objetivo desse fenômeno era impor “ordem” ao mito do perigo urbano e atuou como estratégia de controle da população, tornando-a capaz, porém inofensiva. Tal prática foi validada pelo Estado, que buscava transformar sujeitos degenerados em pessoas “normais” (MACHADO *et al*., 1978). A Medicalização da sociedade no Brasil, ressalta a desumanização dos

médicos em relação à saúde do escravizado e seu modo de vida. Conforme afirmam Tânia Salgado Pimenta, Flávio Gomes e Kaori Kodama:

> O período do tráfico ilegal (1830-1850) e, posteriormente, os anos subsequentes à Lei do Ventre Livre (1871) podem ser considerados como momentos-chave para observar as atitudes médicas diante das condições de vida dos cativos e libertos. Os discursos médicos significaram posicionamentos dos membros de seus grupos sociais diante de contextos específicos, assumindo contornos variados de acordo com movimentos políticos e com as imagens da escravidão criadas pelas relações entre escravos e as elites (2018, p. 67).

A Lei do Ventre Livre suscitou em médicos e proprietários de engenho, a possibilidade de escravizar bebês cativos, enquanto mulheres negras escravizadas eram alugadas. Nesse processo, discutiam-se os cuidados, os destinos e as condições de subsistência desses bebês. Nas décadas de 1850 e 1860, período do fim do tráfico transatlântico, jornais como o Diário do Rio de Janeiro*, publicavam anúncios sobre a venda de bebês e não obstante também era comum a entrega dos bebês às amas de criação. Resultando em marco significativo no crescimento de bebês negros abandonados na Roda dos Expostos (TELLES, 2021). Essa experiência transformou o feminino negro, o maternar e os direitos reprodutivos em mecanismo de controle social. Segundo a parteira Madame Durocher:

> Se são da roça mandam a parida para a cidade ainda mal restabelecida; se são da cidade geralmente mandam as crianças paraa roda, onde são tratadas sabe Deus como! E alugam a recém-parida ainda em prantos e não restabelecida do trabalho do parto (1865, p. 207).

Nas décadas de 1870 e 1880, com o crescimento dos movimentos abolicionistas e diminuição da população escravizada, a sociedade caracteristicamente burguesa, seguia a lógica de exploração de mulheres negras, obrigando-as a amamentarem seus filhos, embora discursos médicos carregados de racismo, promoviam campanhas de aleitamento materno. Referências médicas começam a ser divulgadas em guias de saúde, teses, meios de comunicação, como revistas femininas, objetivando construir uma nova imagem materna próximo aos padrões eurocêntricos (MARTINS, 2006). Contudo, enquanto médicos construíam justificativas que desestimulavam mulheres brancas do aleitamento materno – fato que nos faz compreender a inserção das amas de leites brancas no país por volta do

século XIX - defendiam o aluguel de mulheres negras, contrariando os discursos sanitaristas à época. A narrativa que embasava tal recomendação reconhecia que o leite de origem animal e alimentação industrializada causavam prejuízos à saúde dos recém-nascido (TELLES, 2019). No entanto alguns estudiosos, acreditavam que características sociais, desempenho intelectual e qualidades culturais seriam transmitidas através do leite materno à criança (KOUTSOUKOS, 2009). Para Jean-Baptista Imbert:

> A organisação do negro differe da do branco, não só pela côr, como tambem por huma limitação em sua organisação cerebral, que lhe não permitte levar ao mesmo gráo a extensão das suas faculdades intelectuanes; (fallamos aqui em these geral, porque não igmoramos que esta Lei tem excepções.) Com tudo a experiencia tendo hoje posto fora de duvida que a intelligencia he em razão composta da massa do cérebro, em relação ao corpo, e tendo a observação demonstrado que o craneo do negro, he mais apoucado que o do branco, he evidente, abstracção feita do todo o socorro da civilisação, que o primeiro poderá menos desenvolver a sua intelligencia moral, e que vivendo, por assim dizer, mais materialmente, o maior numero das suas enfermidades deve pertencer á classe das physicas (1839, p. 18).

Nesse viés, obras carregadas de conselhos higiênicos escritas por médicos e um padre, como: *Manual do Agricultor Brasileiro, Manual do Agricultor dos Generos Alimenticios e Manual do Fazendeiro – ou Tratado doméstico sobre as enfermidades dos negros, generalizando às necessidades médicas de todas as classes*, apresentavam as condições de moradia, trabalho e saúde dos escravizados, validando a ideia de inferioridade física e intelectual da raça negra apoiada por fisiologistas, que tinham por objetivo reduzir a mortalidade da mão de obra escrava nas fazendas para lucro dos senhores (IMBERT, 1839; FONSECA, 1863; TAUNAY, 1939).

No Brasil, no início do século XX o movimento eugenista e higienista [1],

[1] O movimento eugenista e higienista ganha força no Brasil a partir de uma preocupação com a miscigenação das raças, considerada como um fator negativo para o desenvolvimento físico e mental da população, nessa medida, diagnosticada por essa vertente médica como elemento biológico que impediria o avanço social, racial, cultural do povo brasileiro. Diante desse quadro, tanto a eugenia, quanto o higienismo procuravam sanar os males sociais provocados pela miscigenação, pois consideravam os negros como naturalmente propensos aos crimes e aos desvios sexuais o que impôs uma cultura do branqueamento. Esse debate pode ser verticalizado na obra de André Mota (2003), entre outros pesquisadores vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

quedialogavam entre si, apresentaram o branqueamento como proposta de cura à sociedade, apoiados por teorias científicas, políticas e sociais que compreendiam o branqueamento da população através do cruzamento, controle imigratório, regulamentação dos casamentos, segregação e esterilização em massa dos considerados doentes, desviantes, anormais. Pietra Stefania Diwan, afirma que: “É importante ressaltar que muitos intelectuais brasileiros foram adeptos do eugenismo, e há documentos que comprovam tal afirmação [...] Omitir tais informações é preterir o passado” (2015, p. 93). Dessa forma, “poderíamos ainda citar inúmeros exemplos de como teorias racistas europeias se misturavam aos interesses nacionais, gerando o racismo à brasileira, tão conhecido pela falsa complacência com que trata negros emestiços” (SANTOS, 2005, p. 127).

Cida Bento (2022) evidencia que a colonização europeia formou a branquitudee a ideia de homem universal, através da identidade de superioridade de raça. A estrutura organizacional da sociedade a partir de gênero e raça, foi fundamental para consolidação do pensamento colonial excludente e desigual. A ausência na historiografia, dos movimentos negros de resistência, e revoltas nos recorda que as sociedades selecionam fatos que querem esquecer, “salientando que o óbvio precisaser lembrado, já que interesses podem moldar a cognição” (p. 27).

Para John Hope Franklin (1999), ao revisitarmos a história, é preciso diferenciar o que de fato aconteceu, contrapondo a narrativa dos que escreveram a história. “Assim, a história do negro é mais do que os atos públicos dos negros [...] É o impacto das forças e acontecimentos que afetam as vidas dos negros de incontáveis maneiras” (p. 60). “É preciso encarar histórias escritas que apagam e negam, quereinventam o passado para tornar a visão atual da harmonia racial e pluralismo mais plausível” (HOOKS, 2019, p. 234). De acordo com Joseph Ki-Zerbo (2009): “Nós, os historiadores africanos, realizamos a mudança indo ainda mais longe. Afirmamos a necessidade de refundar a História a partir da matriz africana” (p.15).

Chimamanda Ngozi Adiche (2019) reitera: “É impossível falar sobre a história única sem falar sobre poder [...] O poder é a habilidade não apenas de contar a história de outra pessoa, mas de fazer que ela seja sua história definitiva” (p. 11-12). Portanto, para analisarmos a historiografia e a saúde da mulher negra no Brasil, no período da escravatura, entre os séculos XVI e XIX, e seus desdobramentos na

atualidade, é necessário buscarmos como referências a epistemologia feminista decolonial, que considera os recortes de gênero, raça e classe para analisar abordagens teóricas e metodológicas. Destacando e recuperando as contribuições de autores(as) negros(as), principalmente a produção intelectual de mulheres negras, que convergem com a realidade africana. “[...] A parte mais dolorosa da nossa experiência no mundo ocidental é a desumanização das mulheres de ascendência Africana, pois, para destruir com sucesso um povo, a sua unidade feminina deverá ser primeiramente destruída” (SOFOLA, 2020, p. 14).

Sendo assim, afrocentrar as práticas epistêmicas é romper com o silenciamento histórico de intelectuais, pensadoras(es) negras(os), ampliar as concepções a cerca da identidade do negro no Brasil, evocando a etnicidade de um povo. Para tanto, faz-se necessário remontar historicamente os processos que levaram às recusas das práticas ancestrais ora tratadas nessa dissertação.

1. 2 História do parto no Brasil: uma análise interdisciplinar e interseccional

> *A noite não*
> *adormece nos*
> *olhos das*
> *mulheres*
> *vaginas*
> *abertas*
> *retêm e expulsam a vida*
> *donde Ainás, Nzingas,*
> *Ngambelese outras*
> *meninas luas*
> *afastam delas e de nós*
> *os nossos cálices de lágrimas*
>
> Conceição Evaristo, *A noite não adormece nos olhos das mulheres* (1990, p. 17).

Convencionalmente, em meados do século XIX, o parto era realizado por mulheres negras, brancas e portuguesas que se enquadravam em grupos menos abastados da sociedade. Tipicamente conhecidas como parteiras-legais, comadres ou aparadeiras, elas possuíam conhecimentos adquiridos através da observação de experiências no período gravídico-puerperal de mulheres e assistência aos recém-nascidos. Muitas vezes atuavam como conselheiras, devido ao forte vínculo que possuíam com as mulheres, detinham conhecimentos específicos sobre a saúde da mulher, doenças infecciosas, colaborando em alguns casos com a prática do aborto e

infanticídio. Em 1808, com a implementação das Faculdades de medicina na Bahia e Rio de Janeiro, o conhecimento técnico-científico atribuiu a categoria parteiro ou médico-parteiro aos estudantes formados nestas escolas, institucionalizando a medicina obstétrica e denominando-a como Arte Obstétrica. Esse processo instaurou o discurso do conhecimento a partir da análise material, associado a identificação de eventos clínicos. Discurso centrado no parto, não necessariamente na gravidez e no saber e figura masculina (BRENES, 1991). Nesse período a epistemologia médico-obstétrica caracterizava-se pela investigação do corpo feminino alicerçado nas construções masculinas, "[...] a 'ciência da mulher', ficou exclusivamente nas mãos dos homens enquanto autoridades indiscutíveis" (MARTÍN, 2018, p. 30).

As escolas de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro surgiram após a autorização de D. João VI, pela necessidade de um colégio de cirurgia e posteriormente de anatomia e artes obstétricas, nos respectivos Estados. Os critérios para ingresso, exigiam que o candidato soubesse apenas ler e escrever. A formação durava quatro anos e após esse período, exame técnico e juramento aos Santos Evangélicos, os alunos obtinham o título de médico. Os primeiros anos do curso de medicina no Brasil, foram de sucateamento e descaso com a formação dos profissionais devido o momento político que o Brasil atravessava, com a Proclamação da Independência. Esse fato impactou no reconhecimento dos diplomas, fazendo com que médicos portugueses pressionassem para que só os diplomas emitidos em Coimbra tivessem validade (BRENES, 1991).

Após reformulações no curso, ocasionadas por decretos institucionais, teve início em 1818 o curso de medicina obstétrica na Bahia. A princípio o curso foi esboçado de forma ilustrativa, por falta de estrutura que simulasse realisticamente a assistência prestada às mulheres grávidas e parturientes. Em 1832, uma regulamentação padronizou as metodologias de ensino e todas as instituições foram submetidas a atuar da mesma forma. O curso de medicina passou a ter seis anos de duração e a arte obstétrica era lecionada pelo aluno que estava na décima disciplina do curso. Essa reforma propiciou a concessão de títulos em Medicina, Farmácia, de Parteira e Parteiro diplomado, aos que concluíam as disciplinas de: Parto, Moléstias de Mulheres, Pejadas e Paridas, e Recém-nascidos. Nesse mesmo ano, com bastante resistência externa, as mulheres puderam ingressar no curso e a pioneira na Academia Imperial de Medicina, foi a francesa Madame Durocher que obteve o título

de Parteira Diplomada. Durocher performava masculinidade ao vestir-se de homem no exercício da profissão, com a justificativa que exercia um ofício masculino (BRENES, 1991).

Em 1887 após questionamentos, a permissão para mulheres cursarem Medicina foi expedida e Rita Lobato foi a primeira mulher a atuar como médica no Brasil. Sua tese de conclusão do curso abordou o parto cesariana, em uma perspectiva feminina. A complexidade de acesso das mulheres a esse espaço majoritariamente masculino revela a disparidade na construção dos repertórios de gênero no aspecto intelectual, social e político (MORAES, 2012). Nesse viés, enquanto mulheres brancas reivindicavam o direito e protagonismo no acesso ao ensino e a produção de conhecimento, mulheres negras seguiam sendo violentamente exploradas. Audre Lorde (2020) explica que não há hierarquia de opressão, todavia a indissociabilidade do racismo estrutural, do sistema socioeconômico e patriarcal, “produtores de avenidas identitárias” (AKOTIRENE, 2019, p. 30), estabelece vivências simultâneas de opressões de gênero, raça e classe,no qual mulheres negras são diretamente atravessadas.

A ciência do nascimento consagrou-se como uma das primeiras atividades da medicina relacionada à reprodução humana. Embora pouco se sabia sobre estes eventos na época, toda epistemologia produzida pelos obstetras no século XIX, teve como objeto de estudo o corpo da mulher. Mitos e crenças acerca do parto e o parir, deram lugar ao conhecimento científico transformando-o em um processo suscetível de intervenção humana. Os médicos acreditavam que todos os fenômenos relacionados à reprodução poderiam ser explicados conforme a evolução da ciência (MARTINS, 2004).

Todo avanço em relação a medicina obstétrica e a história do parto no Brasil a partir do século XIX tratava-se exclusivamente sobre corpos de mulheres negras, uma vez que somente mulheres negras foram escravizadas no período colonial. Médicos obstetras adotavam uma postura inclusiva em relação à saúde reprodutiva, que excluía o fator raça cor nos tratamentos clínicos. Porém esses discursos em tom nacionalistas, reverberavam de forma contraditória, pois apresentavam como objetivo estimular a habilidade reprodutiva, visando a construção de um país de trabalhadores dóceis e subservientes nascidos no Brasil. Ao mesmo tempo, o público principal de usuárias de hospitais escola, onde homens aprimoravam suas técnicas de

procedimentos, era constituído por mulheres pobres e negras. A lógica dos experimentos nessas mulheres distinguia suas funções reprodutivas do seu próprio corpo, dessa forma o projeto institucional acerca da estrutura da medicina obstétrica no Brasil, foi fundado no período da escravidão e podemos considerar seus impactos no debate sobre saúde reprodutiva na atualidade (ROTH, 2021).

No final do século XIX o parto hospitalar tornava-se uma realidade, a princípio o grupo de mulheres atendidas nestes serviços era composto por mulheres em vulnerabilidade social – principalmente as mulheres negras – uma vez que ser atendida em um hospital público era motivo de constrangimento e denotava situação financeira ruim para famílias mais abastadas da sociedade. “[...] a discussão dos médicos sobre a expansão dos serviços públicos de saúde obstétrica para mulheres pobres se baseou na retórica do ventre livre [...] nas taxas de abortos e infanticídios entre mulheres escravizadas” (ROTH, 2021, p. 139-165). Esse contexto revela como práticas de institucionalização do sistema reprodutor das mulheres negras estruturavam os serviços. Para fundamentar o atendimento médico-hospitalar a esse público, médicos obstetras ampararam-se pelo projeto de lei de Andrada e Silva de 1822, que em sua estrutura mencionava a proibição do aborto. “Embora a legislação de Andrada e Silva nunca tenha se tornado lei, o alvo de sua proposta [...] marcou as discussões sobre o futuro e o eventual fim da escravidão ao longo do século seguinte” (ROTH, 2021, p. 139-165).

A inauguração da Maternidade escola de Laranjeiras (1904) no Rio de Janeiro e da Maternidade escola Climério de Oliveira (1910) na Bahia, primeiras maternidades brasileiras, suscitou o argumento de que o Brasil foi pioneiro nos cuidados à saúde da mulher grávida (ROTH, 2021). Dentre os vários atores envolvidos nas práticas médico assistências nas maternidades escola, a atuação do médico cesarista Fernando Magalhães – considerado “pai” da obstetrícia – revela o discurso religioso ideológico do *partus sequitur ventrem* como forma de preservação da vida, moral e bons costumes (ROTH, 2021). O livro *Obstetrícia*, escrito em 1914, por profissionais discípulos da conduta de Magalhães, ressalta: “Nesse livro há preceitos tocológicos de grande clarividência, como a condenação formal do abortamento (*‘non licet unum interficere alterius vitae gratia’*) e a louvação ousada da cesárea” (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2013, p. 22).

Para Cida Bento (2022), a consolidação e reconhecimento desse material à

época, caracteriza acordos não verbais e hierarquizantes que se perpetuaram ao longo do tempo atuando em benefício exclusivamente da branquitude. O médico não era explicitamente racista, porém suas condutas clínicas em relação as mulheres negras manifestavam suas ideologias. Em um estudo de caso prático, o médico conduziu alunos a investigar o sistema reprodutor de uma mulher negra anônima: “Nesse caso, os obstetras examinaram o útero dessa mulher, sem nome, e como ele reproduzia o conhecimento médico, era visto como separado da mulher e, portanto, como mais importante [...] do que a sua vida” (ROTH, 2021, p. 139-165). Nesse viés, o descortinar da historiografia médico científica desse tempo, corrobora a ideia que os intelectuais desse período associaram questões de saúde física, mental, intelectual e cultura, ao fator raça/cor, contribuindo para sustentação e reprodução de estereótipos racistas em diversas áreas (ELTERMANN, 2021).

Fernando Magalhães considerava que intervenções médicas, introdução medicamentosa e instrumental no cenário de parto, eram práticas humanizadoras. A esta perspectiva foi atribuída a utilização de fórceps para facilitar o trabalho de parto, entretanto tal prática foi atribuída a violência, danos a saúde da mulher e comprometimento do período expulsivo; e analgesia para manejo da dor, que em alguns casos causavam reações adversas que poderiam levar a óbito. Frente a este cenário obstétrico, podemos denominar o período do século XIX a XX, como processode medicalização e instrumentalização do parto (MATTOS, 2019).

Ao longo do século XX, a instrumentalização e medicalização do parto foi um período marcado pela diminuição da mortalidade materna e neonatal, porém esse período também aponta, para problemas ocasionados pelo excesso de tecnologia aplicada aos nascimentos, desdobrando-se principalmente em consequências físicas, clínicas e emocionais às mulheres (CARVALHO, 2019). Podemos então considerar que a ausência de informações sobre direitos reprodutivos, insucessos causados por negligência em procedimentos e ações físicas que causavam danos diretos, caracterizavam violações aos direitos reprodutivos. O movimento de humanização do nascimento e parto, surgiu em 1980, como uma demanda da medicalização do parto e as violências no período gravídico-puerperal, com a finalidade de adotar práticas fisiológicas, ou seja, naturais a esse evento. Desse modo, parir nesta perspectiva transforma-se em um ato de resistência ao modelo hegemônico representado pelo modelo tecnocrático e de alternância de papéis sociais, onde a

mulher torna-se protagonista do gestar e parir (SILVEIRA; RODRIGUES, 2011).

Através desse panorama, podemos analisar atualmente como o mecanismo da medicalização atua na saúde reprodutiva das mulheres, impactando os altos índices de cesarianas no país. De acordo a Organização Mundial da Saúde - OMS, em matéria divulgada pelo OPAS (2021), pesquisas indicam um aumento significativo no número de cesarianas desnecessárias e iminentemente prejudicais. A representação numérica mundial é de um em cada cinco (21%) partos são cesarianas. Na América Latina quatro em cada 10 (43%) nascimentos são cirúrgicos e o Brasil está entre os cinco países onde as cesarianas superam os partos naturais. Até 2030 a estimativa é que um terço (29%) dos partos sejam cirúrgicos, ainda que a cesariana seja uma cirurgia fundamental para salvar vidas, esse tipo de procedimento apresenta riscos dispensáveis a mulheres e bebês podendo contribuir para problemas de saúde em curto e longo prazo, se realizados sem necessidade médica e contundentes evidências científicas (OMS, 2021).

Podemos então dividir a estruturação da medicina em dois momentos contundentes. O primeiro momento: Transcorreu até a década de 1870, marcado pelo pensamento higienista, poder e controle do Estado sobre a população, submissão e papel maternal à figura da mulher. O segundo momento: Compreende o período de 1870 a 1910, caracterizado pela medicalização da sociedade, consolidação do poder do Estado e discurso de construção de uma raça de trabalhadores (VIEIRA, 2002). A ideia deste trabalho é traçar uma análise decolonial da história do parto no Brasil, apontando a subjetividade que mulheres negras experimentaram em suas vidas reprodutivas, não esgotando o assunto e as diferentes perspectivas. A violência impressa nos corpos de mulheres negras anônimas, provocada por procedimentos baseados em uma epistemologia racista, traduz-se em memória ancestral, sendo assim, reverenciar a resistência dessas irmãs em diáspora é ebó filosófico.

Nesse ponto, cabe destacar, a história das mulheres negras no campo da saúde, das práticas de cura, de cuidados, remonta a uma culturalidade africana permanentemente anulada. Esse não lugar das mulheres negras na história e na cultura dos cuidados, como tratado por José Siles-Gonzales (1999), no caso brasileiro, evoca o que se denomina como enfermagem pré-profissional (CAMPOS, 2022), pois permite considerar que o apagamento de suas ações no campo da saúderesulta em outros branqueamentos.

1. 3 Parteiras tradicionais e assistência ao parto natural no Brasil

> *PARTO COM DOR*
>
> *A filha perguntou prá mãeOnde é que tá minha avó Minha avó Onde é que tá?*
>
> *Mãe perguntou prá avóOnde é que tá bisavó*
> *Minha bisavó onde é que tá?*
>
> *Avó perguntou bisavó Onde é que tá tataravó Tataravó onde é que tá?*
> *Tataravó Bisavó Avó*
>
> Adaptação de uma música de Gilberto Gil.

Durante o período que compreende a transição do período colonial, para a constituição da identidade nacional brasileira, instaurou-se um cenário de tensão social e de desigualdades em decorrência do período de escravidão do negro e indígena. Esse momento foi propício para consolidação do conhecimento científico centrado na figura do médico, com o objetivo de controle e normatização dos corpos, no qual a medicina higienista foi institucionalizada pelo estado brasileiro. O interesse pelo parto e seus desdobramentos teve início após a inauguração das faculdades de medicina na Bahia e no Rio de Janeiro, que contribuíram para construção do protagonismo do médico no processo de nascimento. Esse processo constitui o período de dominação do nascer focado no conhecimento médico (BRENES, 1991; FOUCAULT, 2005; CARNEIRO, 2006). Elizabeth Meloni Vieira (2002) assim explicita esse quadro histórico e social:

> É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere: um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populacionais, aos cuidados individuais do corpo feminino, normatizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem reprodução humana, ao elaborar ideias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social (p. 24).

O momento que antecedeu a regulamentação das práticas institucionais construídas por uma cosmovisão patriarcal, com raízes africanas e indígenas, foi

marcado por saberes tradicionais na figura das comadres. Partejar por muito tempo foi considerada atividade feminina, realizado por parteiras tradicionais, responsáveis pelos cuidados com o corpo feminino, com o recém-nascido e com todo processo de gestar e parir. O parto esteve associado aos saberes populares relacionados às leis da natureza, fabricando mitos e superstições acerca deste evento, acompanhando a história da humanidade (BRENES, 1991; ABREU *et al*., 2018). Nessa época os mitos relacionados aos processos de saúde-doença associavam-se ao sobrenatural no imaginário popular, ou seja:

> A própria definição do termo doença nesse período, presente no dicionário *Bluteau*, indica a associação entre fatores de "ordem natural" e de ordem "teológica". A enfermidade era concebida como "indisposição natural, alteração do temperamento, que ofende imediatamente alguma parte do corpo" e, ao mesmo tempo, "filhas do pecado, e mães da morte" (BLUTEAU, 1728 *apud* ABREU; NOGUEIRA; KURY, 2018, p. 31).

Esse contexto remete ao período de extermínio de milhares de mulheres na Europa Ocidental de 1563 a 1727, no regime chamado pejorativamente de caça às bruxas, "com a exclusão das mulheres da prática curativa, já que na Europa Ocidental havia uma antiga tradição de mulheres sábias – as curandeiras, as parteiras e as herboristas" (EHRENREICH; ENGLISH, 1976 *apud* BRASIL, 2010, p. 25). O estigma provocado por associar mulheres à bruxaria impactou negativamente na atuação das curandeiras e das parteiras, anunciando um cenário de violência no futuro (EHRENREICH; ENGLISH, 1981 *apud* MARTÍN, 2018).

Por não ter o aporte da medicina legal para combater os processos de adoecimento do cotidiano, as mulheres, de forma autônoma, recorriam aos tratamentos alternativos adquiridos através dos saberes ancestrais, para reestabelecimento da saúde A visão holística sobre o corpo físico e as doenças possibilitaram amplo conhecimento sobre manipulação de ervas, mineiras e animais com fins terapêuticos. Saberes vindos de África, com representações míticas, arquetípicas, uso de amuletos e rituais de cura indígenas influenciaram a construção as práticas de cura das mulheres (DEL PRIORE, 1997).

Os discursos de manipulação de forças ocultas para provocar doenças, rondavam distintos grupos sociais que habitavam a Europa, África e América do Sul,

especificamente o Brasil. Contudo, a presença de diferentes atores da arte de curar, revela novas maneiras de produção do saber, em um campo intercultural como propõe bell hooks (1994) ao pensar o corpo como território político, que produz conhecimento e que engendra novas formas de existir no mundo. Na singularidade das atividades que as parteiras exerciam estavam incluídos:

> [...] rezas, orações, palavras, gestos, chás que são usados no contexto do ritual do parto circundado de uma complexidade de situações, sejam elas de ordem estrutural, incluindo as dificuldades de acesso aos lugares onde residem as parturientes, seja com relação às complicações que podem ocorrer durante o parto [...] as parteiras tradicionais compreendem essa ação como um “Dom de Deus”, cujos sentimentos de coragem e solidariedade são fundamentais para dedicar-se à prática de partejar. Tendo o respeito e reconhecimento das comunidades e a confiança das parturientes, as parteiras agregam a esse “dom” o prestígio e o capital social e cultural que somam e reforçam seus saberes e suas práticas numa grande rede de sociabilidade. Além do “dom”, da confiança e do prestígio, somam-se as técnicas de alívio da dor, as orientações de posições, o toque das mãos, a forma de acolhimento e toda sorte de estratégias de cuidados para garantir à parturiente tranquilidade e êxito especialmente na hora do parto (SCHWEICKARDT *et al*., 2020, p. 17-18).

Segundo Ana Paula Vosne Martins (2004), os médicos, a Igreja e as autoridades civis, condenavam as práticas das parteiras e as acusavam de inaptidão e responsabilizavam-nas pelos altos índices de morte materno-infantil. A classe eclesiástica preocupava-se com os desdobramentos espirituais e poder que essas mulheres possuíam, ao rezar, benzer e ao sugerir tratamentos. Por se sentir ameaçada a Igreja propagava a ideia de bruxaria e magia aos saberes tradicionais. ~~A~~utoridades civis, do mesmo modo, negavam as práticas dessas mulheres visando, no pensar dessas elites políticas e dominantes, estabelecer a ordem e o controle social.

Nesse âmbito, é complexo datar o início da existência das parteiras tradicionais, o que sabemos é que essas mulheres atuaram na cena de parto predominantemente até final do século XIX, em meio a estruturação da medicina obstétrica, e que adquiriam conhecimentos e multiplicavam seus saberes através da oralidade no contexto familiar e nas associações comunitárias (TANAKA, 1995). Podemos dizer que a atuação das parteiras é algo tão antigo quanto a humanidade, porém, com o surgimento e avanço do modelo eurocêntrico de

medicina, os cuidados populares e culturais prestados à saúde da mulher no período de gestação, parto e puerpério foram sendo desvalorizados e substituídos pelo modelo biomédicohospitalocêntrico, no qual foi priorizado o encorajamento do parto por médicos em detrimento dasparteiras no pré-natal e por todo esse período (SCOPEL, 2014).

Roberto Caldeyro-Barcia (1979) questiona o modelo de assistência hospitalocêntrico do parto, relacionando-o com questões interpretativas de gênero, pois a representação da mulher como vítima da própria natureza, relacionando a propalada e idealizada natureza feminina como algo patológico, encontrava-se no imaginário do médico-obstetra. Esse questionamento nos permite contrapor as relações ocidentais de gênero conforme o pensamento de Oyerónke Oyewumi (2021) que enfatiza que a biologização dos corpos, comum ao Ocidente, ocorreu devido a colonização e o processo de inferiorização da mulher como ferramenta de organização social, diferentemente do que acontecia nas sociedades *Iorubá*. Para Frederick Leboyer (2011) o parto deveria ser um evento humanizado, dentro de ambiente acolhedor, sem violência, no qual o recém-nascido pudesse experimentar oprimeiro contato com a mãe, pele a pele, para fortalecimento do vínculo.

Nesse diapasão, Michel Odent (2002) considera o parto um fenômeno fisiológico e natural e relaciona esse episódio da biografia humana com o bom desenvolvimento físico e psíquico do indivíduo na vida adulta. Criou o conceito de piscinas nas salas de parto. Tal perspectiva se adensa na medida em que os pesquisadores avançam no debate, como ocorre com Robbie D. Floyd (2004), o qual discute a medicalização do parto como um dos valores das sociedades industriais e legado do sistema patriarcal, assim como José Galba Araújo (1981) considera positiva a associação de práticas baseadas em saberes regionais, costumes e tecnologia na assistência ao parto. Reiterando o necessário debate Moisés Paciornick (1983) estimula o resgate do parto natural domiciliar vertical com parteiras tradicionais indígenas. Vale dizer, o parto é um processo que atinge de modo interdisciplinar a vida de mulheres negras, ontem e hoje, no Brasil e no mundo.

Deste modo, o conceito de humanização permite pensar a atuação das parteiras tradicionais por serem consideradas ancestrais simbólicas no cenário de parto e corrobora com a estratégia de enfrentamento ao modelo de assistência médica violentamente hegemônico, uma vez que o fator raça/cor afeta diretamente o

atendimento às gestantes pretas e pardas, que vivenciam no dia a dia práticas discriminatórias, muitas vezes implícitas através da tecnologia do racismo estrutural. Segundo Sueli Carneiro (2011):

> Por parto humanizado entende-se, grosso modo, aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor, e com seu consentimento informadopara todo e qualquer procedimento realizado. Dessa forma, pode tratar-se do parto que ocorre em casa, com parteiras urbanas, no hospital, com o médico, na água, na vertical, na horizontal ou de cócoras, desde que a mulher tenha solicitado ou concordado com a execução de determinadas práticas médicas (p. 37).

No Brasil, as primeiras experiências com humanização ao parto ocorreram simultaneamente, em 1970, através de experiências em diversos Estados, com incentivo de profissionais que apoiavam o movimento de humanização. Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna). Em 1994, surge no Rio de Janeiro a maternidade pública Leila Diniz, pioneira em parto humanizado. Em 1998, premiações estimulavam maternidades a adotarem práticas humanizadoras, então surgem as propostas das Casas de Parto, conforme recomendações da OMS, marco significativo tratando-se da criação de políticas públicas e segundo Carmen Simone G. Diniz (2005):

> Estas iniciativas inauguram um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzidos pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o de Programa de Humanização de Hospitais, lançados em maio e junho de 2000, com objetivo de abranger centenas de instituições. No caso do PHPN, talvez pela ênfase em garantir um padrão mínimo na assistência (número de consultas, imunizações, etc.) e seu registro, o programa não incorporou os questionamentos feitos pelo movimento de humanização à técnica desumanizada e sem base na evidência, sendo basicamente um instrumento de gestão (p. 6).

Nos anos 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento, pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Com objetivo de tornar humanizada toda atenção a mulher no período gravídico-puerperal e ao recém-nascido no âmbito do SUS. A Portaria estabeleceu como objetivo principal, o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde da gestante,

otimização da qualidade assistencial oferecida e capacitação da mesma, bem como regulamentação por meio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014). Em novembro de 2010, aconteceu em Brasília a III Conferência Internacional sobre Humanização do parto e Nascimento. Com a participação de profissionais da saúde (médicos, parteiras tradicionais, parteirasurbanas, doulas, enfermeiras e ativistas do parto humanizado). Nesse encontro o Brasil foi reconhecido pela positiva assistência ao parto, o evento foi marcado pela pluralidade do movimento de humanização pelo Mundo. Porém é complexo pensar nessa mobilização social, tratando-se de Brasil, onde não existe agenda organizada, ou movimentação em termos estadual ou regional significativa em comum (CARNEIRO, 2011).

Ainda nos anos 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi criado, após debates e manifestações de serviços de saúde, movimentos feministas e organizações da sociedade civil (CRUZ, 2019). Desse modo, é possível afirmar que as práticas atuais de assistência ao parto não poderiam existir se os movimentos feministas dos anos 1980, não tivessem reivindicado questões sobre a saúde da mulher, qualidade assistencial, relação médico-paciente, uso de contraceptivos e universalidade da saúde feminina. Ao contrapor o movimento de mulheres, feministas ou não, nota-se que ambos caminham paralelamente rumo a defesa dos direitos das mulheres, portanto o dialogo entre o movimento feminista e o movimento pela humanização ao parto, propõe capacidade de alternância do sentido do parto, como espaço de liberdade, promovendo fortalecimento do movimento, levando em consideração a subjetividade feminista, rompendo inflexibilidades identitárias e absorvendo todas as subjetividades (CARNEIRO, 2011).

Sendo assim, o conceito de Mulherismo Africana de Hudson-Weems (2020), incorporado no conceito de Dororidade por Piedade (2017) que atravessam essa pesquisa, permitem pensar a mulher negra no cenário de humanização ao parto, considerando o papel social que as mães negras possuem nas sociedades africanas, compreendendo a pluralidade das sociedades africanas evidencio o traço em comum entre elas, não esgotando o assunto, evidencio o lugar de mãe destas mulheres que não necessariamente está condicionado a concepção materna, mas em ressonância com valores relacionados a comunidade, partindo do pressuposto que mulheristas estão engajadas com a reintegração de vidas negras destituídas pela discriminação racial, atravessadas pelo contexto do racismo institucional como

fator determinante no aspecto saúde-doença da população negra.

A presente pesquisa não pretende anular o conhecimento e atuação do médico obstetra em detrimento dos saberes tradicionais. A pesquisa propõe reflexão sobre o processo de humanização ao parto, levando em consideração as subjetividades culturais e articulação dos diferentes saberes para real humanização em saúde, considerando aspectos interseccionais. Nesse ponto, o estudo empreendido, permite considerar que o diálogo interdisciplinar entre Saúde e História favorecem não somente a um processo necessário de reparação, mas sinaliza para uma reforma no campo das orientações médicas, significativamente denunciadas como violências.

1. 4 Doulas: ancestralidade, feminino negro e cuidados no gestar e parir

> *No início, havia a negritude, a negritude pertencia ao tempo antes do início...e quem somos, por que somos talentosos. E também sei que a inteligência quetemos embutida está além do conhecimento que você vê sendo valorizado agora. Nosso conhecimento está além da tecnologia que estudamos. É mais alto do que isso. Se expuséssemos o que há em nós, não haveria comparaçãoentre esta ciência e aquela ciência. A ciência que incorporamos, carregamos, você vê nos vestidos que vestimos, na maneira como nos movemos, na maneira como falamos, na maneira como dançamos, sorrimos, em tudo o que fazemos!*
>
> Chaterine Acholonu (2014, p. 14).

O ato de mulheres cuidando de mulheres no parto, faz parte de uma experiência humana antiga e comum entre as sociedades. Na Antiguidade as mulheres pariam acompanhadas de suas mães, ou alguma mulher que representasse esse papel dentro do contexto familiar e até mesmo uma liderança feminina da comunidade, com conhecimentos sobre o parto. Essa prática funcionava como estratégia de acolhimento, manejo da dor e segurança no momento do parto (ODENT, 2002). A medicalização e institucionalização do parto, provocou significativas transformações no modelo de assistência, como por exemplo, na substituição do domicílio para o parto no ambiente hospitalar, impactando substancialmente a experiência corporal desse momento (KLAUS; KENNELL; KLAUS, 1993). Neste contexto o tipo de experiência vivenciada por mulheres no período gravídico-puerperal,que antes realizado por parteiras, atravessava questões estruturais de gênero, uma vez que na figura do médico o conhecimento e padrão

de atenção concentrava-se no modelo masculino, que anulavam e/ou desconheciam questões subjetivas do feminino (DIAS, 2013).

Atualmente novas possibilidades de mudanças do modelo tecnocrático de assistência ao parto, vêm sendo propostos através da humanização, considerando o gestar e parir como fenômenos fisiológicos, sem a necessidade de significativas intervenções. Esse resgate ao ato de parir sustenta-se pela manutenção da tradição sociocultural, econômica, promoção da saúde e bem-estar da mulher. A representação da Doula significa um resgate ancestral da mulher da antiguidade, que presta um cuidado singular em contraste a equipe assistencial e acompanhante. Nessa perspectiva a Doula, segundo Murilo B. Barbosa (2019):

> Pessoa que dá suporte emocional à mulher intraparto, com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno. As atividades das doulas no apoio intraparto compreendem: oferecer suporte emocional, encorajando e tranquilizando a gestante; adotar medidas que tragam conforto físico e alívio da dor, como massagens e banhos mornos; disponibilizar informações, dando instruções e conselhos; e estabelecer um vínculo entre a equipe de saúde e a mulher, explicando-lhe o que vai acontecendo e manifestando as necessidades e os desejos da mulher para a equipe de saúde (p. 420-429).

É importante ressaltar que algumas atividades não contemplam o atendimento prestado pela Doula, são eles: qualquer procedimento médico, ou clínico, como aferir pressão arterial, toque vaginal, cardiotoco, prescrição e administração de medicamentos, realização do parto. Estudos mostram que a presença da Doula, auxilia na diminuição da realização de cesáreas, sem clara evidência científica, diminuição do trabalho de parto, uso de analgesia, ocitocina e uso de fórceps. O suporte e acolhimento dessa profissional contribui para aumento da sensação de bem-estar da mulher, diminuindo a possibilidade de depressão pós-parto (XAVIER, 2019).

As funções passíveis de serem exercidas pelas Doulas, são: Incentivar e facilitar a pessoa no ciclo gravídico puerperal a buscar as informações sobre gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto baseadas em evidências científicas atualizadas; Oferecer suporte contínuo por meio de apoio emocional e físico à gestante durante todo o trabalho de parto e parto, orientando e informando a

gestante de forma que a mesma possa decidir sobre intervenções e procedimentos propostos; Facilitar a pessoa grávida a assumir a posição que mais lheagrade durante o trabalho de parto e parto; Apoiar a gestante caso a mesma opte poralgum método não farmacológico para alívio da dor; Favorecer a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com som em volume baixo e privacidade; Auxiliar a gestante a utilizar técnicas de respiração, massagens e banhos mornos; Incentivar a presença e participação do marido ou acompanhante durante todo o processo; Apoiar a colocação do recém-nascido sobre o ventre materno, num contato pele a pele, estabelecendo o vínculo afetivo mãe e filho, independentemente da via de parto, desde que já tenha sido atendido pelo pediatra e tenha sido considerado sem complicações que o contraindiquem; Incentivar e acompanhar o aleitamento materno, promovendo a amamentação na primeira hora; Acompanhar a puérpera na deambulação, se liberado pela equipe médica (PAVIONE, 2021).

A Doula surge então, como um membro importante no processo de cuidado humanizado, auxiliando a equipe de saúde na facilitação dos eventos que envolvem o parir e no entendimento da parturiente acerca desses acontecimentos (BRASIL, 2010). A palavra “Doula” surgiu em 1970 na literatura com origem na Grécia, era designada para descrever a “mulher que cerca outra mulher”, ou seja, mulher que acolhe a outra no período que compreende gestação, parto e puerpério (RAPHAEL, 1973). Sob outra perspectiva, excluindo uma disputa de narrativa, é importante considerar que a epistemologia acadêmica corrobora com a colonização do conhecimento, portanto propor uma epistemologia que permita pensar o feminino negro nos cuidados no período gravídico-puerperal, através da cosmopercepção africana simboliza um retorno a ancestralidade e identidade cultural negra na atualidade, pois “A vida surgiu da mulher. A Humanidade surgiu da mulher africana” (FONSECA, 2021, p. 6-11).

Segundo Cheik Anta Diop (2014) através dos seus estudos validou a tese do Egito Negro, constatando que a primeira civilização foi estruturada por negros africanos contestando a origem caucasiana da humanidade. Ademais, apresentou características sociais, políticas, filosóficas, econômicas e espirituais em diferentes continentes de Kemet. Cunhou o conceito de “Unidade Cultural da África Negra”, sistema baseado no matriarcado africano, caracterizado pela emancipação da mulher.

Ifi Amadiume (1997) apresentou o conceito de “unidade matricêntrica”,

organização social de todas as sociedades africanas, baseado na estruturação familiar, na qual o lugar da mulher emerge do seu papel de mãe e manutenção material da unidade familiar. Essa organização não se dá através de hierarquias de gênero, pois as funções maternas são compartilhadas e a centralidade na figura da mãe representa o poder público e jurídico que as mulheres exercem nas comunidades. “A maternidade e a paternidade se fundamentam em um compromisso com a comunidade e não nacerteza biológica da genética.” (ADESINA, 2010 *apud* FONSECA, 2021, p. 8).

Nessa mesma linha de pensamento, Oyewumí (2021) questiona os papéis de gênero na sociedade *yourubá*, apontando as vivências em África no período anterior ao colonialismo, onde os papéis não se definiam pelo sexo biológico, o lugar social era definido pela idade e posição na família. A maternidade também era responsável pelas conexões sociais, na qual:

> o poder de *Iyá*, palavra que sequer conseguimos traduzir como ‘mãe’ [...] remete a mãe cósmica, ao fundamento sagrado da criação e à mítica envolvida na gravidez e no parto. Assim *Iyá* é uma categoria sócio-espiritual, uma instituição central na organização cosmológica yorubá. Iyá é o centro em torno do qual se estruturam todas as relações sociais (FONSECA, 2021, p. 8).

Importante ressaltar que Oyewumí (2021) traz a leitura específica da comunidade yourubá, devemos levar em consideração a grande diversidade e complexidade na composição dos grupos culturais do continente africano. Portanto, de acordo com a cosmopercepção yourubá, reconhecer a reverência ao feminino negro e a sacralidade da mulher-mãe nesta cultura, a influência desse aspecto na constituição da identidade brasileira e como essa construção articula-se com a importância do papel da Doula no cenário de parto, resgatamos um modelo feminino de vínculo e cuidado, voltados para subjetividade da mulher negra, uma vez que conceitos culturais, saúde e bem-estar estão em sinergia compondo a saúde da população negra. Considerando que 70% da população usuária do SUS é preta ou parda, dentre elas (60,9%) é composto por mulheres pretas ou pardas (IBGE, 2019), compreende-se a atuação da Doula, como ancestral simbólica, no período entre gestação, parto e puerpério, representando também estratégia de combate ao racismo institucional nos serviços de saúde. Nessa perspectiva, o Coletivo Doulas Pretas,

primeira iniciativa no país, de mulheres pretas que atuam no cenário de formação e assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal, apontadas na reportagem para o Alma Preta Jornalismo: “*Com atendimento humanizado, parteiras e doulas negras combatem o racismo obstétrico*” (ALMA PRETA, 2021), evidenciamos a importância deste coletivo, como forma de recuperação da etnicidade, como nos lembra Hudson-Weems (2020), para superação das opressões que nos foram impostas através da colonização. A imagem a seguir representa a articulação de mulheres negras reivindicando autonomia e independência sobre seus corpos.

FIGURA 1 – FORMAÇÃO DE DOULAS PRETAS

Fonte: (Coletivo Doulas Pretas, 2020).

Ainda nessa perspectiva, podemos destacar uma das contribuições das práticas tradicionais no parto que a unidade cultural Africana yorubá não generificada nos deixou, que é a posição *ìkúnlè,* posição preferida na sociedade tradicional centrada na construção da maternidade. que é estimulada pelas doulas, enfermeiras e profissionais envolvidos com humanização do parto, “esta posição, ìkúnlè abiyamo (o ajoelhar-se de uma mãe em trabalho de parto), representa o momento culminante da submissão humana à vontade divina” (OYEWÙMÍ, 2021, p. 126). Importante destacar que diferentes posições durante o trabalho de parto contribuem para fisiologia do parto natural, podendo interferir positivamente no transcurso do parto. Evidências etnológicas e científicas atribuem alivio da dor entre uma das vantagens

das posições verticalizadas. Os antigos egípcios retratavam esse conhecimento em hieróglifos, com desenhos de uma mulher nessa posição (BALASKAS, 1993), como podemos ver na gravura abaixo:

FIGURA 2 - PARTO DE CÓCORAS

Fonte: (PASSOS, 2010).

A Organização Mundial da Saúde – OMS, estimula a liberdade de movimentação, posições não supinas (deitadas), durante o trabalho de parto e parto (OPAS, 2021). Embora saibamos que a colonização do conhecimento disseminou ideias e conceitos, transgredir o espaço do não-lugar, em um não-corpo que a universalidade corrobora deve ser reconquistado por toda humanidade, essencialmente nos serviços de saúde, na medida em que práticas ancestrais colaboram tanto para humanização quanto para reparação do processo histórico de violência em relação às mulheres negras.

Embora seja reconhecida a importância de atuação das doulas, até o momento

não existe legislação federal que contemple o exercício profissional das mesmas. O que tramita na Câmara é um projeto de lei (PL 3.946/2021), aprovado em 16 de março de 2022, que regulamenta a profissão de doula. O projeto prevê que as profissionais deverão ter Ensino Medio concluído e o curso técnico em doulagem. Doulas que atuam há mais de três anos deverão comprovar atuação até a data da publicação da futura lei (BRASIL, 2021) e se aprovado, o projeto contribuirá para institucionalização da profissão. De acordo com uma pesquisa realizada em 2021 pela Associação das Doulas do Rio de Janeiro (Adoulas – RJ) - com doulas do Rio de Janeiro, Mato Grosso, Paraíba, Santa Catarina São Paulo 90% não se sentem valorizadas profissionalmente e 40% das participantes não conhecem ao certo as atividades da profissão. Esse cenário denota complexidade, pois por um lado com a aprovação do projeto, existirá normatização positiva da profissão e a entrada das doulas nos serviços de saúde será facilitado, porém muitas mulheres, principalmente as mulheres pretas e pardas serão excluídas do acesso a profissão, uma vez que apenas 63,7% dos jovens pretos e 65% dos pardos frequentaram o Ensino Medio, ao tempo que 75,4% dos brancos possuem Ensino Medio completo (BRASIL, 2017). Sendo assim, em um futuro próximo haverá maior disparidade no acesso das mulheres negras atuandocomo doulas nos serviços de saúde, fato que impactará na assistência e com olhar individualizado as necessidades das mulheres negras.

Nesse contexto, promover formação em uma perspectiva que considere diferentes saberes e culturas, educação continuada, acesso a atuação de doulas nos hospitais públicos, privados e casas de parto, é contribuir para alterar a cena de parto no Brasil. A sinergia da doula com a equipe multiprofissional – médico obstetra, enfermeira obstetra, anestesista, neonatologista e técnico de enfermagem, considerando que o parto humanizado não restringe-se somente ao parto natural e centros de parto - também promove muitos benefícios a assistência integral da mulher e do recém-nascido, diminuindo os riscos de intervenções desnecessárias, garantindo profissionalismo, humanização e combatendo práticas discriminatórias que resultam em baixa qualidade de serviços assistências aos grupos raciais historicamente excluídos (MONTEIRO, 2010).

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: INIQUIDADES EM SAÚDE PÚBLICA

A violência Obstétrica caracteriza-se por negligência assistencial, discriminação social, violências físicas, verbais e psicológicas, constrangimentos, assim como utilização de tecnologias não baseadas em evidências científicas, ausência e/ou procedimentos indevidos (como: cesariana rotineira e uso de ocitocina sem indicação médica, episiotomia, manobra de Kristeller, jejum sem indicação e restrição de movimentação durante o trabalho de parto), sem o consentimento ou ciência da gestante/parturiente; impedimento da presença de acompanhante, proibição do direito à privacidade durante parto ou puerpério. Causando complicações ou prejuízos a saúde de mãe-filho, atravessando a autonomia e os princípios dos direitos privados da mulher (ANDRADE *et al*., 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), na declaração "*Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*" de 2014, aponta que todas as mulheres têm direito a excelência em saúde durante gravidez e parto, bem como privação de violência e discriminação. A desumanização e violências acerca do parto, caracterizam violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrito nas normas internacionais de direitos humanos. "Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, [...] de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental [...]" (OMS, 2014).

O Relatório Anual Socioeconômico da Mulher 2017/2018, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2020), apresenta incompatibilidade em relação ao fator raça/cor no acesso ao atendimento pré-natal no SUS, de mulheres gestantes pretas e pardas, em oposição as gestantes brancas. Essas disparidades revelam que o viés racial e de gênero implícitos refletem nas ações de violência obstétrica. Portanto este capítulo tem a finalidade de estabelecer um dialogo entre os conceitos de racismo institucional, interseccionalidade e direitos humanos para conceber às iniquidades em saúde relacionadas às mulheres negras no que concerne os direitos sexuais e reprodutivos.

2. 1 Racismo Institucional: Aspecto saúde-doença da população negra

> *Os ossos de nossos antepassados Colhem as nossas perenes lágrimasPelos mortos de hoje.*
>
> *Os olhos de nossos antepassados, negras estrelas tingidas de sangue, elevam-se das profundezas do tempo cuidando de nossa dolorida memória.*
>
> *A terra está coberta de valas e a qualquer descuido da vidaa morte é certa.*
> *A bala não erra o alvo, no escuroum corpo negro bambeia e dança.*
> *A certidão de óbito, os antigos sabem,Veio lavrada desde os negreiros.*
>
> Conceição Evaristo, *Certidão de óbito* (2021, p. 4).

Para compreender como o racismo atua em nossa sociedade, é necessário esmiuçar a concepção de raça, seu atravessamento nas políticas públicas, considerando o que está implícito na realidade brasileira que ocasiona a perpetuação de iniquidades em saúde e impossibilidade de acessos institucionais a pessoas pretas. Nesse contexto, a partir dos estudos sobre evolução biológica do século XIX no Brasil, houve um marco nas relações de dominação baseados em raça, sustentadas por um discurso ideológico nacionalista, legitimado pela Europa e sustentado cientificamente. Essa doutrina justificou tratamentos desumanizadores e genocidas a diferentes grupos étnicos (GUIMARÃES, 1999). Não esgotando o assunto, a historiografia acerca dos estudos evolutivos será abreviada, uma vez que a intencionalidade deste ponto é apresentar as diferenças sistemáticas no aspecto saúde-doença da população negra, especificamente mulheres negras, os prejuízos sociais decorrentes desta desigualdade que resulta na invisibilização do avanço das discussões étnico-raciais em saúde no país.

A partir dos estudos sobre evolução biológica no século XIX, introduziu-se o conceito de raça na humanidade, hierarquizando relações, determinando superioridade e inferioridade entre diferentes etnias. Esta elaboração justificou relações de poder, dominação e fabricou a ideia da supremacia cultural eurocêntrica. No início do século XX, as classificações morfológicas de raça foram abandonadas pela biologia, tal fato implicou na desvalorização científica do termo (REIS, 2011). Embora esta forma de categorização do ser humano cause controvérsias, pode ser

considerada variável epidemiológica importante nos estudos sobre racismo e segue sendo utilizada na prática, ensino e pesquisa.

Para Kabengele Munanga (2003), o Racismo enquanto conceito, criado em torno de 1920, baseado em concepções lógicas e ideológicas, está relacionado a crença da existência de uma raça superior, consequentemente hierarquizante, que atribui juízo de valor a características culturais, fenotípicas, intelectuais, religiosas, linguísticas e etc; de um determinado grupo. O uso desta definição justifica-se pelo fator social e político, que considera a raça uma concepção sociológica. Nesse viés Raça e Etnia são conteúdos distintos, enquanto uma representação trata de questões morfo-biológicas, Etnia refere-se, portanto, “um conjunto de indivíduos que, historicamente têm um ancestral comum; têm uma língua em comum, uma mesma religião ou cosmovisão; uma mesma cultura e moram geograficamente num mesmo território” (MUNANGA, 2003, p. 1).

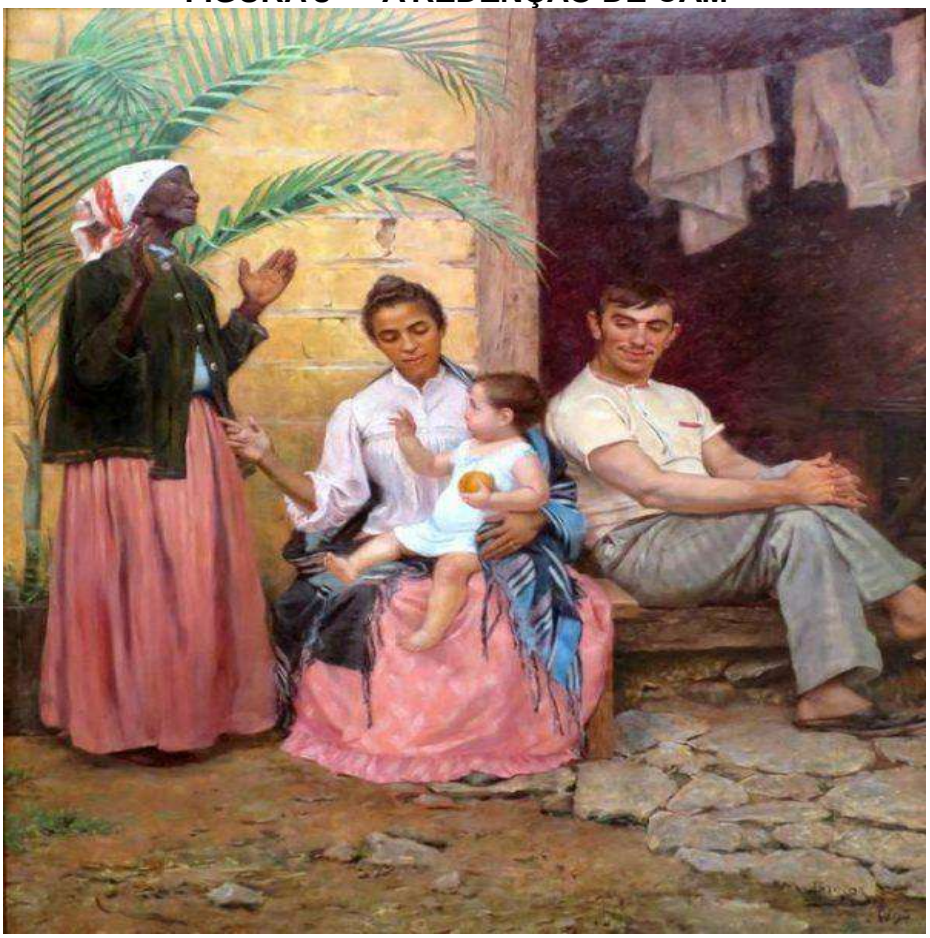
Para Achille Mbemb (2014), a partir das concepções de raça, foi possível representar todos os indivíduos que não fossem Europeus, de forma inferiorizada, como reflexo e semelhança do outro, longe da figura do homem ideal, humano. O negro não existia, era produzido enquanto pessoa humana, ou seja; a fabricação do imaginário do negro “[...] é produzir um vínculo social de submissão e um *corpo exploração*, isto é, um corpo inteiramente exposto à vontade de um senhor, e do qual nos esforçamos para obter o máximo de rendimentos” (MBEMB, 2014, p. 39-40). A falácia histórica da miscigenação racial no Brasil também contribuiu para os desafios na elaboração dos conceitos de raça e etnia. Podemos observar a complexidade da formação da identidade do negro evocando a obra *Casa-Grande & Senzala*, de Gilberto Freyre (1933), que exprimiu no pensamento histórico da classe dominante a relação entre brancos e negros, tornando-se popularmente conhecida por expressar a ideologia romântica da época sobre a harmonia entre as raças, reforçando a superioridade branca e a inferioridade negra, transferindo ao negro a responsabilidade da hierarquia racial branca. O mito da democracia racial, posicionou o branco como:

> [...] o colonizador europeu que melhor confraternizou com as raças chamadas inferiores. O menos cruel nas relações com os escravos. Éverdade que, em grande parte, pela impossibilidade de constituir-se em aristocracia europeia nos trópicos: escasseava-lhe para tanto o capital, senão em homens, em mulheres brancas. Mas independente da falta ou escassez de mulher branca o português sempre pendeu

> para o contato voluptuoso com mulher exótica. Para o cruzamento e miscigenação. Tendência que parece resultar da plasticidade social, maior no português que em qualquer outro colonizador europeu (FREYRE, 1933, p. 140).

A crença da harmonia racial dificultou aos negros a compreensão de seus interesses em comum, pois quando um negro “ascendia” socialmente passava por um processo de conversão de consciência, afastando-se da luta racial e distanciando-se do processo de transformação coletiva. “Quando um negro, individualmente, rompia a barreira racial, não anulava, mas ficava reforçado o mito, posto que seu gesto significava uma aceitação conformada às regras do jogo, impostas pelo branco” (DOMINGUES, 2005, p. 5). No quadro *A Redenção de Cam* (1895), de Modesto Brocos (1852 – 1936), também podemos analisar a relação do embranquecimento disfarçado de miscigenação em uma família inter-racial à época, na qual transfere a mulher negra permissividade com tal prática. Esta obra atemporal reflete na atualidade o dispositivo de atuação do racismo estrutural no Brasil, revelando “um dos aspectos mais marcantes do racismo à brasileira, diante do qual se fazem urgentes ações que resultem numa tomada de consciência e na reparação das desigualdades raciais” (LOTIERZO, 2017, p.1).

FIGURA 3 – “A REDENÇÃO DE CAM”



Fonte: (RONCOLATO, 2018).

Diante do exposto e elucidado a complexidade do conceito de raça, avancemos na discussão sobre racismo, cujo fenômeno representa a dinâmica deslocada no decurso do tempo nas estruturas da sociedade, produzindo tratamentos inferiorizantes e escassez de oportunidades a determinados grupos raciais, logo, potencializando vulnerabilidades, impondo barreiras de acesso a direitos ou negligenciando necessidades básicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Embora existam outras formas de violência racial, podemos desmembrá-las em dois grupos principais. O Racismo Interpessoal, que tem relação com comportamentos discriminatórios, ocorre diretamente entre indivíduos, correspondendo a tratamentos desumanizadores, originados pela crença de superioridade racial, podendo ser definido como preconceito e discriminação, no qual o preconceito determina desconfiança do outro, pelo fator raça/cor. Discriminação são ações ou a ausência delas, em relação ao outro podendo ser intencionais ou não, também motivadas por raça (JONES, 1973). Racismo Institucional, se manifesta na articulação de estereótipos discriminatórios, como normas, práticas e comportamentos no cotidiano

das organização públicas ou privadas, que protegem a hegemonia de um grupo pré-estabelecido no poder, é “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica “ (CRI, 2006, p. 17).

Para Silvio Almeida (2020), “as instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes [...] as instituições são racistas porque a sociedade é racista” (ALMEIDA, 2020, p. 46-47). Portanto, ao afirmarmos que o racismo é estrutural e estruturante, destacamos sua conexão ao adoecimento e morte da população negra brasileira, pois dos 63% de atendimentos realizados no SUS em 2003, 54% foram de pessoas não negras e 76% de negros. Estes dados revelam a concentração de usuários pretos e pardos nos serviços públicos de saúde (IPEA, 2004). Aproximadamente 50,1% da população negra é composta de mulheres, que totalizam 24,1% da população brasileira, isso significa que as mulheres negras experienciam abusos dos direitos humanos de forma distinta dos homens (IPEA, 2006).

Nesse sentido a notícia a seguir, “escurece” como se dá a materialização do racismo obstétrico na vida de mulheres negras, pois através da denúncia no Portal Mídia Ninja, em Março de 2022, da jovem negra Ayah Akil, que perdeu sua bebê Assata, com 33 semanas de gestação vítima da racismo institucional na Maternidade Marlene Teixeira em Goiânia (GO), podemos analisar conforme foi relatado por Ayah mãe da recém-nascida -, que antes do fatídico desfecho ocorreram sucessivas negligências e descaso na maternidade, incluindo exames básicos gestacionais, que nunca foram solicitados (NINJA, 2022). Diante do exposto, é possível afirmar que mulheres negras sofrem dupla discriminação, devido a “[...] conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida” (CARNEIRO, 2002, p. 34). Na imagem a seguir, familiares de Assata protestam em frente ao hospital, como forma de expor a ferida aberta sangrando, ocasionada pelo racismo, que o Estado não dá conta de resolver.

FIGURA 4 – “JUSTIÇA POR ASSATA”

Fonte: (NINJA, 2022).

No Brasil existe uma disparidade racial no acesso a serviços de atenção à saúde materna, à medida que 76,1% das mulheres brancas tiveram o número preconizado de consultas pré-natais em 2014, somente 59,8% das mulheres negras tiveram acesso ao mesmo serviço. Até 2019, os indicadores apontaram que 81,2% das mulheres brancas tiveram assistência adequada, enquanto 67,8% das mulheres negras não acessaram os mesmos cuidados. Embora foram apresentados progressos no acesso aos cuidados pré-natais entre 2014 a 2019, os piores indicadores em mortalidade materna, durante o período gravídico-puerperal, se devem à discriminação racial em saúde (IEPS, 2022). Evidências como fatores sócio-econômicos e educacionais, além de gênero e raça exercem diferenças sistemáticas na distribuição dos recursos de saúde, impactando nas condições que os grupos historicamente vulnerabilizados, nascem, crescem, vivem, envelhecem e morrem no Brasil.

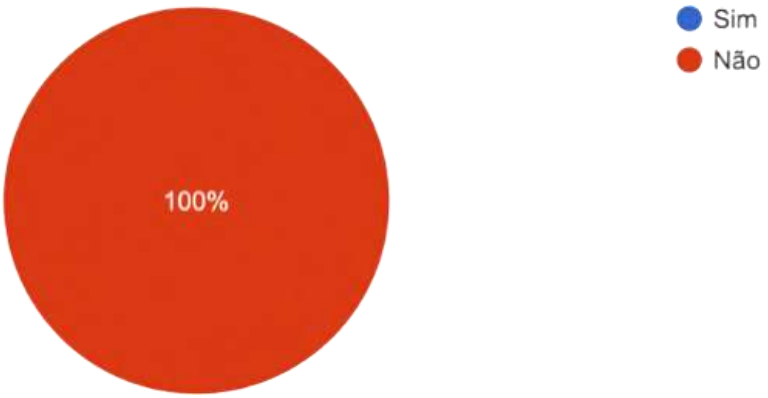
A ausência de denúncias acerca do racismo institucional nos serviços de saúde, revelam que muitas mulheres negras não conseguem identificar a violência, uma vez que a naturalização do contexto assistencial invalida as violências cotidianas como realmente são. Este fato também reflete a herança do patriarcado que fomenta

relações de poder, do racismo institucional que resulta de forma negativa no processo de construção da identidade racial, pois nem todas as pessoas negras nascem negras, elas tornam-se negras, como exemplifica Neusa Santos Souza (2021) “Saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas” (SOUZA, 2021, p. 42). Neste ponto o racismo também opera como violência simbólica,no qual o oprimido não se vê em um contexto de violência ou se consegue se introduzir nesse contexto para “[...] evitar a dor, o negro desiste de defender sua verdade contra a verdade da palavra branca” (COSTA, 1984, p. 13). Pierre Bourdieu (1998) define os sistemas simbólicos como mecanismos de poder, estruturados pela ideologia dominante, no qual o *habitus* seria a materialização do fenômeno nas estruturas institucionais, nos indivíduos, ou em grupos estipulados. Tal comportamento é moldado pelo meio social, definindo escolhas, estilo de vida e práticas. Portanto:

> [...] atos assistenciais no parto/puerpério que partam de uma relação de poder entre sistemas de saúde, profissionais e pacientes, durante os quais procedimentos sejam impostos à mulher, ferindo-lhes o exercício da autonomia e assumindo risco de dano físico, emocional ou psicológico preenchem todos os critérios para serem nomeados pelo termo “violência (KATZ *et al*., 2020, p. 35).

É possível evidenciar o silêncio “violento”, imposto pela herança escravocrata na subjetividade da apresentação dos resultados da pesquisa realizada na Casa Angela (2021 – 2022). O gráfico abaixo revela que a percepção das pessoas negras acerca das violências que sofrem, muitas vezes é moldada pelos dispositivos de poderimplantados pela branquitude, ou seja, tudo o que é intolerável e causa dor às pessoas negras, é manipulado através do esquecimento da herança escravocrata pelas pessoas brancas, isto significa, que ocorre um apagamento institucional da relação do viés racial sobre as violências. Definido por Cida Bento (2022), como Pacto Narcísico da Branquitude, este fenômeno fabrica deslocamento de sentido, pois se comumente questionamos os impactos negativos deste contexto histórico para população negra, pouco se fala sobre os efeitos positivos às pessoas brancas.

Gráfico 1 - Episódio de Racismo durante a internação



Fonte: Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela- Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

Portanto, 100% das mulheres negras revelaram que “não” identificaram racismo durante a internação no parto hospitalar.. Este dado corrobora com a ausência de reconhecimento pleno da população negra acerca da estrutura da sociedade, pois todas as práticas institucionais e discursivas, são construídas de eventos que emergem da consolidação do poder de um grupo, em detrimento de outro. É importante frisar que este fato transcende a esfera individual, alcançando setores políticos e econômicos que sustentam este sistema, que mesmo passando despercebido é intrínseco a ele. “Desse modo, a vida normal, os afetos e as verdades são inexoravelmente, perpassados pelo racismo, que não depende de uma ação consciente para existir” (ALMEIDA, 2020, p. 64). Posto isso, as iniquidades em saúde que afetam mulheres negras, concebem a interseccionalidade como determinante doagravamento de doenças e considera a contribuição da ausência da efetividade de políticas públicas, tal como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra(PNSIPN/2009) para a permanência das violências.

2. 2 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN/2009

Brasil, meu nego Deixa eu te contar
A história que a história não conta
O avesso do mesmo lugar
Na luta é que a gente se encontra

Mangueira, Samba-Enredo, 2019.

A elaboração e implementação de uma política pública, consiste no movimento de diferentes abordagens teórico-metodológicas, podendo compreender por políticas públicas, as ações de uma organização como o Estado, que atua produzindo respostas às questões sociais e demandas da população, tais como: saúde e seus determinantes; gestões institucionais de bens e serviços que produzam iniquidades em saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006). Portanto, neste ponto destacaremos como se deua implementação e desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN/2009), a partir do artigo *Racismo Institucional e Saúde da População Negra*, de Jurema Werneck (2016), os entraves ideológicos que impossibilitam o sucesso de sua execução, estabelecendo um diálogo entre os conceitos de Biopoder (FOUCAULT, 2005) e Necropolítica (MBEMB, 2006) e seus desdobramentos na saúde da população negra.

Uma política em saúde revela distintas concepções sobre a identidade nacional e traz à tona elementos que causam desigualdades de gênero, raça e classe; sendo assim, interesses econômicos, simbólicos, técnicos e ideológicos, fundamentam a narrativa de disputa pelos atores envolvidos na construção das políticas e pelo poder. Logo, a definição de política pública compreende a constatação de um problema e a construção de justificativas científicas e/ou coerentes de intervenções, que contribuam positivamente para resolução. Os agentes envolvidos por sua vez, possuem construções ideológicas e institucionais que refletem seus posicionamentos, perpetuando relações já instituídas. Este fato influencia negativamente ou positivamente os processos de decisão, levando a restrição ou divergência em pontos específicos da agenda (PINTO, 2004; FREY, 2000).

Neste contexto, o conceito de Biopoder de Michel Foucault (2020), promove uma ambientação teórica para dimensionarmos o biopoder em diferentes formas de dominação e conceber as intervenções do poder público na saúde. Ou seja, somente podemos compreender o poder e a forma como ele se organiza explorando a história. O conceito de Biopoder surge no início do século XIX, relacionando o poder sobre o corpo do outro, a análise de Foucault (2005) investiga o poder a partir da sua concretude, sobre o racismo de Estado e a formação do Estado. Joice Berth (2019), explana sobre uma perspectiva do conceito, no qual:

> [...] O poder corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em conjunto. O poder nunca é propriedade de um

> indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo conserva-se unido. Quando dizemos que alguém está “no poder”, na realidade nos referimos ao fato de que elefoi empossado por um certo número de pessoas para agir em seu nome (p. 30).

Isto significa que o poder não se esgota na lógica do domínio, mas sim nos sentidos de vida e morte. O racismo, por exemplo, faz parte da formação dos Estados, não existe a possibilidade de descolar o Estado do racismo, ele tem a função de segregar a sociedade, mas também promover o desejo e reação positiva à morte do outro. Foucault (2005) analisa que o Biopoder é o que vai gerar a biopolítica, em um sentido mais amplo, o Estado como responsável por manter a vida e a sua ausência atribuída à morte. Nesse viés, Jurema Werneck (2016) enfatiza:

> As reivindicações da população negra e de movimentos sociais − especialmente o Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro − por mais e melhor acesso ao sistema de saúde participaram da esfera pública ao longo dos vários períodos da história das mobilizações negras, principalmente no período pós-abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. No entanto, é possível verificar que essa presença, apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo (p. 536).

A associação do racismo às vulnerabilidades em saúde, configuraram uma demanda da gestão pública após a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares, em 1995. A marcha reuniu ativistas de todas as regiões do Brasil e resultou na formação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI), formado por intelectuais, estadistas e ativistas, que redigiram propostas de intervenções governamentais. Esta mobilização resultou em um conjunto de ações responsáveis pelo fortalecimento e ampliação do Programa de Saúde da Família – até as comunidades quilombolas – e a publicação do documento “*A Saúde da População Negra, realizações e perspectivas*”, em 1998 pelo Ministério da Saúde. Em 2001, foi criado o “*Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população afrodescendente”*, o qual apresentava doenças genéticas que

comprovadamente afetavam a população negra em maior escala, tais como: doença falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, diabetes mellituse síndromes hipertensivas na gravidez (WERNECK, 2016).

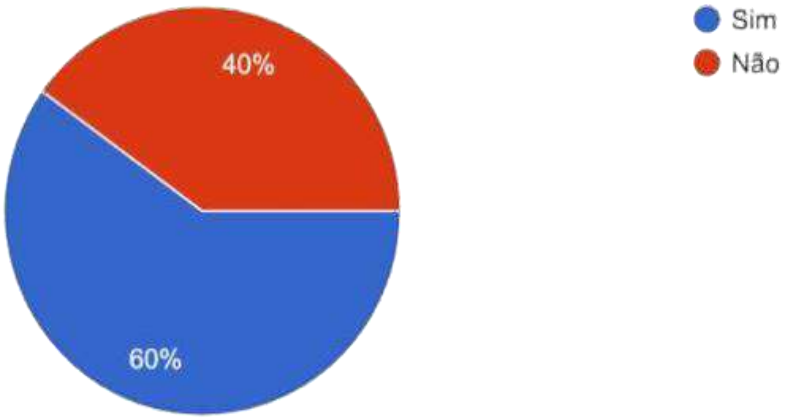
Essa circunstância já indicava a manifestação de aspectos relacionados à saúde da população negra. Como nos recorda Werneck (2016), após a participação do Brasil na *III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas*, convocada pela Organização das Nações Unidas - ONU, realizada em 2001 na África do Sul, houve um avanço na construção de recomendações para assistência à saúde da população negra e diante da produção do documento *"Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade"*, em 2001, fruto da conferência, propôs-se uma Política Nacional. Consequentemente:

> A partir daí, novos passos foram dados, que culminaram com: a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra em 2003 (formalizado em 2004 através da Portaria nº 2.632/2004), instância consultiva vinculada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde com papel de assessorá-lo; a organização do I e II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra (2004 e 2006); a inserção da temática nas proposições das Conferências Nacionais de Saúde (especialmente a partir da 11º Conferência realizada em 2000 e as subsequentes); e a criação de uma vaga para o Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2005, após 68 anos de existência desse conselho. A participação da representação negra no CNS permitiu as articulações e ações necessárias para instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo CNS em novembro de 2006. A PNSIPN reitera a relação entre racismo e vulnerabilidade em saúde (WERNECK, 2016, p. 538).

A existência dessa Política, consolida o racismo como determinante no bem-estar físico, mental e social da população negra e o Ministério da Saúde reconhece a importância da institucionalização de mecanismos para equidade em saúde, visando: "à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população" (PNSIPN, 2006, p. 8). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), neste ano, haviam 146,3 milhões de habitantes no Brasil com idade igual ou superior a 18 anos e, destas, 10,6% (15,5 milhões de pessoas) afirmaram ter sido discriminadas ou se sentiram mal com o tratamento que receberam nos serviços de saúde, por médico ou outro profissional de saúde. Das pessoas que relataram discriminação, destacaram-se: mulheres (11,6%); pessoas

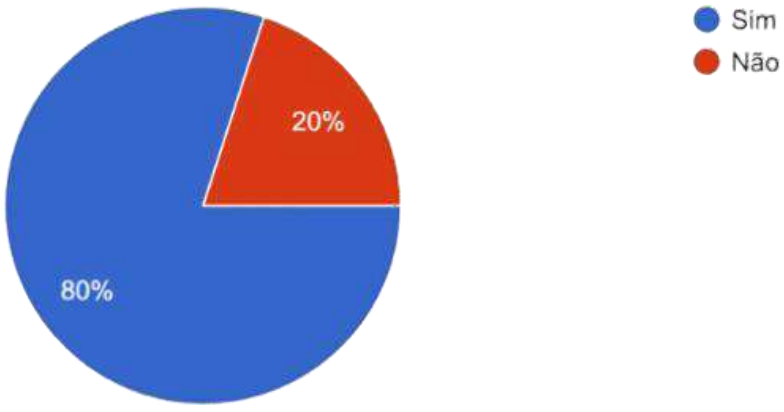
pretas (11,9%) e pardas (11,4%); e pessoas com baixo nível de instrução (11,8%) (PNSIPN/2006). Comparando os gráficos abaixo, pressupõem-se uma controvérsia na interpretação do racismo institucionalizado que origina todas as demais manifestações de violência no Sistema Único de Saúde.

Gráfico 2 - Acolhimento no ambiente hospitalar



Fonte: Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

Gráfico 3 – Apoio entre mulheres durante a internação



Fonte: Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

Gráfico 4 – Rede hospitalar Pública ou Privada

Fonte: Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

Pois ao nos debruçarmos nos resultados destes dados, observamos que (40%) das mulheres responderam que não se sentiram acolhidas no ambiente hospitalar, (20%) não se sentiram apoiadas por outras mulheres durante a internação, e destas, (100%) foram atendidas na rede hospitalar pública. Portanto podemos observar a sutileza com que o racismo institucional se consolida nas práticas assistenciais, através de ações informais que causam impacto negativo nas pessoas negras, não somente por atos de distinção individuais, mas verifica-se como a branquitude se estrutura, pois a todo momento o legado de escravização do negro emerge à sua atual situação de violação humana. Seus desdobramentos, revelam-se nos relatos abaixo, nos quais as mesmas mulheres que relataram não perceber violação dos direitos reprodutivos, apontam situações diferentes.

RELATO 1

M1 - “Fui bem acolhida, bem assistida graças ao bom Deus fui muito abençoada!”

M2 - “Sentir uma marginalização do parto natural, pois me chamavam atenção para cobrir o corpo isso no auge da dor.”

M3 - “Não foi uma experiência ruim mas também não foi bom pois me senti muito abandonada sem acolhimento e apoio da equipe”

M4 - “Meu parto foi realizado em um Centro de Parto Humanizado, porém não tive

autonomia para realizar meus desejos ou tomar decisões sobre como séria, na realidade era um falso centro de parto.”

M5 – “Mãe de primeira viagem não conhecia meus direitos ouvi algumas frases e palavras que me fizeram me sentir um lixo mas a felicidade de ser mãe foi maior e não liguei pra isso.”

Cida Bento (2020), explica que para a consolidação do racismo acontecer, a branquitude precisa coexistir. Neste ponto o que percebe-se é que o grupo branco exauriu-se do contexto histórico da escravidão, como se não fossem responsáveis pelas sequelas sociais da população negra e aponta que “[...] as sociedades escolhem o que querem lembrar e o que querem esquecer [...] Memória é também construção simbólica [...] e reforça os vínculos da comunidade” (p. 27). Portanto, pelo silenciamento do problema racial e esforço permanente de manter o negro em um lugar de exclusão, a branquitude define a política de saúde do negro na esfera social.

Neste cenário o racismo autoriza o exercício do Biopoder e como podemos analisar através da obra do camaronês Achile Mbembe (2006), estabelece-se um dialogo a ideia de Foucault (2005) e também com a ideia de intelectuais negros como Fanon (1925 – 1961) e Aimé Césaire (1913 – 2008), ao apresentar o conceito de Necropolítica como novidade a experiência neoliberal, propõe que o Estado precisa realizar o manejo dos excedentes, os quais não foram absorvidos pelo sistema capitalista. Ou seja, a Necropolítica, portanto representa uma forma de gestão da vida, com a produção sistemática da morte, na qual todas as formas de limitação do poder, dados pelo Direito, são deslocadas em nome da execução do poder de certos grupos, que usurpam do Estado para interesses individuais e para que isso tenha procedência, precisam produzir sistematicamente a morte, não se descolando da historicidade econômica e social em que o Mundo se estabelece (MBEMB, 2006). Os indicadores em saúde desvelam o interior das instituições que simbolizam a sociedade brasileira,que decide quem e como pode morrer, baseados no conceito de Necropolítica. comopodemos perscrutar abaixo:

> De acordo com dados notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60%

> eram de mulheres negras e 34% de brancas (MS/SVS/CGIAE). É importante ressaltar que as mortes maternas notificadas no SIM apresentaram melhora no registro da variável raça/cor. Em 2000, das mulheres que morreram por alguma causa obstétrica, 16,6% tiveram sua raça/cor ignorada; este percentual caiu pela metade em 2005 e, finalmente, atingiu 4,5% em 2012. A mortalidade materna ganha contornos ainda mais graves quando se percebe que cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados, muitos deles por ações dos serviços de saúde (PNSIPN, 2006, p. 15-16).

Quando documentos expõem que mulheres negras estão morrendo de mortes evitáveis, descortinam-se elementos da sociedade brasileira que reforçam a hegemonia das teorias eugênicas no campo das ciências médicas. Diferentes estratégias para consolidação e efetivação das políticas afirmativas em saúde reafirmam a responsabilização das diferentes esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal – para diminuição das disparidades raciais em saúde, apontando a eliminação do Racismo Institucional como fator determinante. Sabendo da existência de fragilidades na forma como o pertencimento étnico-racial histórico foi construído, é necessário subverter a lógica da produção de conhecimento, para promover mudanças estruturais na sociedade, sendo assim: Torna-se urgente “[...] colocar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no centro da implementação das políticas do SUS na transversalidade para responder aos princípios do SUS da integralidade, equidade e universalidade” (GÓES, 2020, p. 1).

2. 3 Ginecologia moderna e a exploração de corpos femininos negros

> *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... Designar a diferença racial como direito afirmado nas lutas das mulheres por acesso a atendimento digno à saúde, integridade corporal, autonomia e respeito a valores e crenças é apontar formas diversas e criativas de inclusão.*
>
> Fernanda Carneiro, *Mulheres em movimento* (2006, p. 40).

O racismo científico fundamentou a medicina legal, os avanços da especialidade de ginecologia e obstetrícia, sendo construído a partir da exploração de corpos negros, baseados em experimentos no campo da saúde. Atualmente é atribuído ao sobrenome de homens brancos intelectuais, procedimentos,

instrumentos médico-cirúrgicos – como o espéculo de Sims -, exames, mobiliário hospitalar e até órgão femininos, como as “trompas de falópio”. Para epistemologia eurocêntrica uma das contribuições mais relevantes para a medicina hegemônica do século XIX, é do médico James Marion Sims (1813 – 1883). Considerado o “pai” da ginecologia moderna, trabalhava como médico nos campos de algodão do Alabama (EUA), realizandoexperimentos em mulheres negras em situação de vulnerabilidade.Betsy, Anarcha e Lucy são as mais conhecidas, entre as dezenas de mulheres escravizadas submetidas a violação dos direitos sexuais e reprodutivos. O caso de Anarcha teve maior repercussão, pois foram realizadas aproximadamente 30 intervenções, sem anestesia, para estudos sobre fístula vésico-vaginal, que comumente acomete mulheres vítimas de estupros, partos difíceis e uso de fórceps (MARTÍN, 2015).

Para compreender o papel político-social da Medicina no Brasil, no final do século XIX, é importante resgatar contextos históricos de exploração dos corpos de mulheres negras na historiografia, bem como perscrutar a produção do conhecimento científico na construção dos saberes. Nesse sentido, intelectuais produziam verdades ideológicas, legitimadas por metodologias e pelo ensino tecnocrático. Até meados do século XX, médicos eram responsáveis pela construção de conceitos raciais deterministas, outras áreas do conhecimento também comungavam da mesma ideologia, porém pela dimensão da estrutura organizacional, este campo da ciência não só produzia cura, produzia também mazelas frente aos fenômenos sociais (SÁ e*t al*., 2008). A principal justificativa para o pensamento científico eugenista no Brasil, estava relacionado ao perpetuamento da raça, onde a “noção da capacidade humana estava diretamente ligada à hereditariedade” (SCHWARCZ, 2018, p. 406), reforçando ideias e práticas médicas de higienização. Por esta razão, a figura do negro surgia em oposição a figura universal e higienizada do branco, o negro, portanto, tornava-se umproblema a ser superado socialmente. Entre os projetos de embranquecimento, a prática migratória teve importante papel na constituição da identidade brasileira. Comonos revela Cida Bento (2022):

> Podemos encontrar um exemplo bem expressivo em ações do primeiro governo republicano brasileiro, que estimulou a vinda de imigrantes para o país. Todavia, essa imigração não poderia ser asiática nem africana [...] o Estado brasileiro subvencionou as passagens dos imigrantes da Europa e determinou que nos primeiros

> seis meses ficariam sob sua proteção (p. 23).

Podemos então afirmar que a prática migratória foi umas das primeiras políticas públicas instituída no país, para embranquecimento da população. Na mesma circunstância, podemos estabelecer um diálogo com outra prática que tinha por objetivo a “evolução genética” da população. A esterilização involuntária ou compulsória de mulheres negras nas décadas de 1970 – 1990 no Brasil, configura o processo de higienização financiada por organismos internacionais, como o Centro de Pesquisa e Atenção Integrada à Mulher e a Criança – CPAIMC, que trabalhou com a distribuição e difusão de métodos contraceptivos e de esterilização cirúrgica feminina.Para compreendermos este momento é necessário debruçar-se novamente sobre a historicidade da época que divide a violação sexual e reprodutiva de mulheres negras, em dois momentos. O primeiro ocorreu do século XIX ao XX – especificamente até o ano de 1964 –, caracterizado pelo movimento pró-natalista, tinha por objetivo aumentar a população de brasileiros, transformando o Estado em uma nação de trabalhadores, em oposição ao imaginário racista, coexistia a ideia de aperfeiçoamento da raça. O segundo momento ocorreu após o ano de 1964, e caracterizou-se pelo controle de natalidade, motivado por discussões sobre o desenfreado crescimento populacional (RELATÓRIO nº 02, 1993).

O CPAIMC foi denunciado pelo movimento feminista negro por coagir mulheres a esterilização e não oferecer recursos adequados com informações sobre contracepção irreversível. Em 1991, foi instaurada a Comissão Parlamentar de Inquérito estadual - CPI e a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito – CPMI, da Esterilização da Mulher. O relatório nº2 de 1993 da CPMI, aponta:

> [...] que houve investimento de organizações governamentais e não governamentais nas políticas de natalidade que visavam a esterilização da população feminina no país, cuja finalidade era o de promover o controle populacional focado nos países categorizados, na época, de Terceiro Mundo [...] denuncia a intervenção dos Estados Unidos na esterilização das mulheres da América Latina e do Brasil como uma tática que visava “garantir a manutenção do sistema de poder dos países desenvolvidos (p. 41).

Quando o movimento negro afirmou que o fator raça/cor incidia sobre o número de esterilizações, concluiu-se que os dados sobre auto declaração não foram capazes

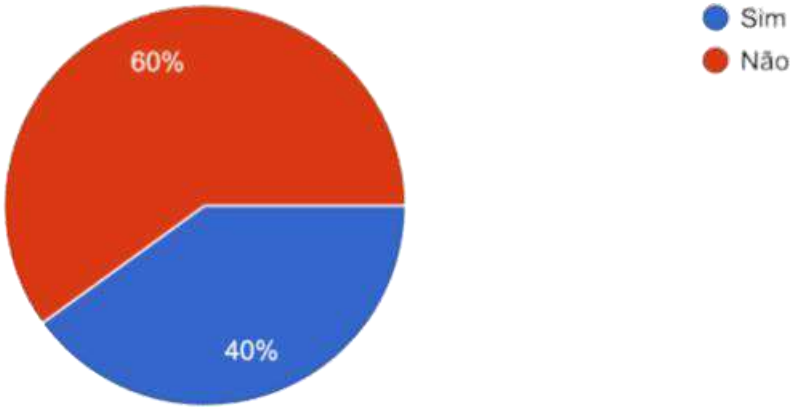
de anunciar com exatidão “[...] a informação relativa à cor de pele dos brasileiros” (RELATÓRIO Nº2, 1993, p. 117). Esta afirmação evidencia que a branquitude – enquanto sistema que produz opressões de gênero, raça e classe -, escolhe deslegitimar dados subnotificando indicadores em saúde, revelando que não somente o racismo institucional produz desigualdades raciais, mas também a branquitude e seu “pacto narcísico”, como conceitua Bento (2022), para mantenimento dos privilégios e não responsabilização das iniquidades em saúde.

Nesse viés, a origem do racismo científico e suas consequências nas instituições, política e sociedade, tem sido discutido entre intelectuais de diferentes áreas do conhecimento movidos pelo surgimento de novas possibilidades de produção do conhecimento que não reforce estereótipos acerca das mulheres negras e perpetue aspectos históricos e estruturais racistas. Por esta razão, o conceito de Epistemícidio, proposto por Boaventura de Souza Santos (1995), corrobora com a afirmação acima, pois a ideia de monopólio do modelo único epistemológico, apresenta-se como outra expressão do genocídio, “[...] atuando como um dos instrumentos mais eficazes e duradores para a dominação racial, ao fortalecer a negação da legitimidade desses saberes de forma a impactar também no reconhecimento da população oprimida como sujeitos de direitos” (PESSANHA, 2019, p. 16). Podemos constatar este fato na passagem a seguir disseminada por um médicoa época:

> As negras tinhão os partos sem dôres e rapidamente, e ao mesmo tempo notando a forte constituição de que ellas erão dotadas; é de opinião que a dôr é um producto do enfraquecimento do organismo. Este facto das contracções uterinas determinarem um parto pouco doloroso, nos demonstra o valor da opinião dos autores que admittem ser o negro menos sensível á dôr (FERREIRA, 1887, p. 34).

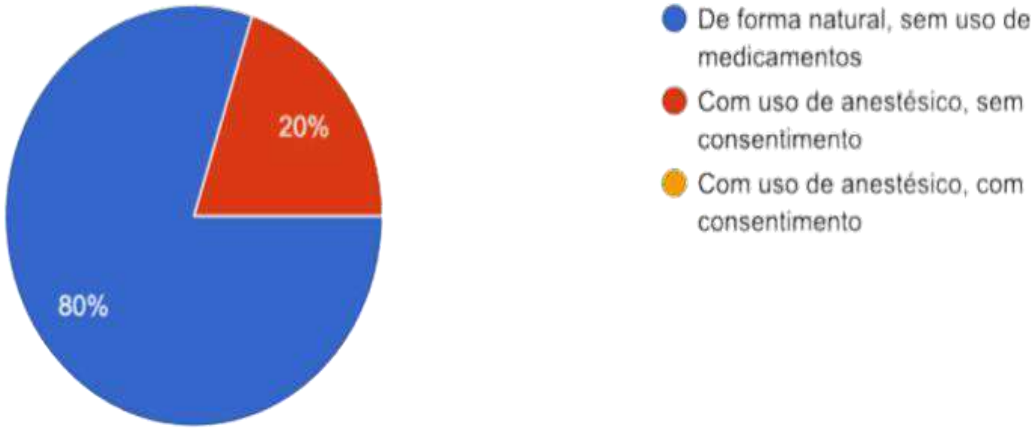
O mito da mulher negra resistente à dor, construído no imaginário social racista, perpetuou-se ao longo da história da medicina e consolidou-se na atualidade nas práticas assistências em saúde. A análise “*Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*”, estudo de base populacional de abrangência nacional com entrevista e avaliação dos prontuários de 23.894 mulheres nos anos de 2011 a 2012, revela que mulheres pretas recebem menos anestesia local para episiotomia. Podemos comprovar estes dados nos gráficos abaixo:

Gráfico 5 – Alívio para dor



Fonte: Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021-2022.

Gráfico 6 – Alívio natural, anestésico com ou sem consentimento



Fonte: Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021-2022.

Ao analisar os resultados dos gráficos, observamos que para (60%) das mulheres não foi oferecido analgesia durante o período que compreende o trabalho de parto. Para (80%) foi oferecido alívio para dor de forma natural, sem uso de medicamentos e (20%) das mulheres receberam analgesia sem consentimento. Esses dados refutam o posicionamento da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e corroboram com a teoria do racismo científico. Em nota de esclarecimento do dia 15 de dezembro de 2017, a SBA considera que:

> Vivemos em uma sociedade bastante desigual em que, segundo dados do IBGE, 54% da população é negra. Essa mesma parcela é a

> que possui o nível de renda mais baixo da pirâmide social e por isso é a que se encontra mais vulnerável, inclusive no quesito saúde. Quando se analisa a diversidade racial no Brasil, levando em consideração a pobreza e outras formas de desigualdade social, a população negra vai receber proporcionalmente uma assistência médica mais limitada em todos os seus níveis, desde a dificuldade em se conseguir uma consulta com especialista até a realização de uma cirurgia e anestesia. Isso não significa, de maneira alguma, que a medicina e os seus médicos são racistas e preconceituosos, e sim que vivemos em uma sociedade em que a desigualdade social compromete o atendimento médico adequado a toda a população [...] A SBA, atualmente, é a terceira maior associação de médicos anestesistas do mundo e possui em seus quadros grande diversidadeétnico-cultural (2017, p. 1).

Esse posicionamento mostra o quão estamos atrasados nas discussões acerca da equidade étnico-racial nos serviços de saúde e sobre a desconstrução da branquitude, uma vez que fomos o último país das Américas a extinguir a escravidão. Os indicadores em saúde nos revelam o legado do período de escravização na saúde de mulheres negras. Eva Alterman Blay (2014) é enfática ao analisar a história, em uma perspectiva feminista, reconhecendo que o corpo feminino é de propriedade do poder público, contraditoriamente este mesmo poder falha, ao não garantir a proteção de mulheres em situação de vulnerabilidade, neste sentido, o corpo das mulheres negras continua sendo usado de maneira desumanizadora desde o período da escravidão. Para o historiador Lourenço da Conceição Cardoso (2008), a desconstrução da branquitude é um exercício diário a ser realizado por brancos anti- racistas, que por pertenceram ao grupo opressor, conflitam com a ideia de serem racistas, à medida que seriam “um grupo racista sem possibilidade de não o ser” (CARDOSO, 2008, p. 176). Logo, a única possibilidade para combater o racismo, seriaa extinção da branquitude e a ideia de superioridade atribuída à raça.

Vale ressaltar que as práticas da medicina eurocêntrica não são intrinsecamente violentas, o que as torna violentas é o exercício dos discursos estruturalmente ideológicos e políticos que reforçam as relações de poder. Partilhar outras epistemologias acerca do conhecimento científico em saúde é importante para salientar a gênese do avanço da medicina no continente africano, não como uma forma de disputa de narrativa, mas para pensarmos novas perspectivas do saber centradas na subjetividade de cada indivíduo, como podemos apontar no livro *“Black is Science, ancient and modern”* de Ivan Van Sertima (1983), que apresenta o

registro de uma cesariana realizada por médicos do povo Banyoro, na região da África que hoje compreende a República de Uganda. Os médicos desta etnia apresentavam vasto conhecimento sobre técnicas de assepsia, anestesia, hemostasia, entre outras técnicas e realizam atendimentos intrínsecos à subjetividade dos sujeitos.

Para Sueli Carneiro (2005), a deslegitimação do conhecimento dos povos subalternizados, resulta em um processo constante de miséria cultural, que ocorre através da negação de direitos, produção intelectual inferiorizante, da abjeção cognitiva e por todos os processos de discriminação que permeiam o desenvolvimento epistemológico. Diante do exposto, a distribuição social do trabalho, fruto do período pós-abolição, subdividiu racialmente as profissões e condições de tarefas, dificultando o acesso de pessoas negras ao ensino superior, como podemos ver na pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo - USP, em 2019, batizada de *"Demografia Médica"*. Esta pesquisa delineou como os médicos que iriam se formar naquele ano se auto declaravam, os resultados apontaram que (67,1%) dos estudantes se autodeclararam brancos, (24,3%) disseram ser pardos e (3,4%) negros (BAOBÁ, 2022). Estes dados revelam a disparidade étnico-racial de profissionais médicos formados em 2019, na Universidade de São Paulo. Tais dados refutam a observação nos ambientes hospitalares, os quais percebe-se a escassez de médicos negros.

Ante o exposto, torna-se urgente epistemes que reconheçam os direitos sexuais, reprodutivos e subjetividades das mulheres negras, ante profissionais da saúde. Recontar a história da medicina, desconstruindo ideologias racistas que foram responsáveis pela desumanização e exploração de corpos pretos, abordando também sua contribuição involuntária no saber tecnocrático, pode contribuir para discussão sobre racismo científico demarcando o lugar racial do branco, para assim subverter a lógica de toda violação em nome da ciência hegemônica.

2. 4 Dororidade: Violência Obstétrica, mulheres negras e Sistema Único de Saúde – SUS

> *Você vai me pagar Oh se vai*
> *Vou lhe rogar uma pragaVou lhe fazer um feitiço Jogar teu nome na lama*
> *Eu juro você vai me pagar Cada lágrima que eu choreiEu guardei só pra te dar*

> *E você vai beber no inferno.*
>
> Luedji Luna e Ravi Landin (trecho de música, 2022).

A violência obstétrica é o desrespeito à mulher gestante/puérpera, caracterizada por omissão em saúde, atos que causem dor, perda de autonomia, danos físicos e/ou emocionais à mulher, procedimentos indevidos (incluindo cesariana) sem comprovação científica e/ou sem consentimento; impedimento de acompanhante, entre outros, no período que abrange o pré-natal, parto ou puerpério, são configurados como violência obstétrica (OMS, 2014). A nomenclatura de tal violação tem causado controvérsias entre profissionais da saúde e intelectuais, este fato revela que a apropriação ideológica dos discursos, não são escolhas aleatórias ou inconscientes, e que compreender seu contexto histórico contrapõe a relutância retórica ao propósitodo termo, inclusive no campo jurídico (KATZ *et al*., 2020).

No Brasil, o movimento feminista foi responsável por fortalecer ações pela humanização do parto e do nascimento, lembrando que o parto humanizado não necessariamente compreende o parto natural, podendo também compreender o parto em ambiente hospitalar. Embora não exista legislação específica que valide no sistema jurídico denúncias sobre violações obstétricas, existindo apenas uma lei genérica a respeito, alguns Estados e Municípios (como por exemplo Santa Catarina e Pernambuco), estão se mobilizando para sancionar leis que reconheçam a violência obstétrica no sistema jurídico (SANTA CATARINA, 2017; PERNAMBUCO, 2018). A recusa a esta forma de violência de gênero é fruto do contexto histórico no qual a obstetrícia foi construída, centrada na figura e saber do médico e medicalização do corpo feminino (KATZ *et al*., 2020 *apud* LEAVITT, 1988). Sendo assim:

> A resistência narcísica ao uso do termo violência obstétrica não protege os profissionais médicos de repercussões legais advindas de eventuais falhas. Ao contrário, na medida em que perpetua uma estrutura problemática, favorece a ocorrência de falhas e lapsos éticos. Seu reconhecimento, contudo, não como maus-tratos, mas como violência que o é, exige mudanças estruturais e sua contextualização na assistência obstétrica situa os cenários dessa reconstrução (KATZ *et al*., 2020, p. 629).

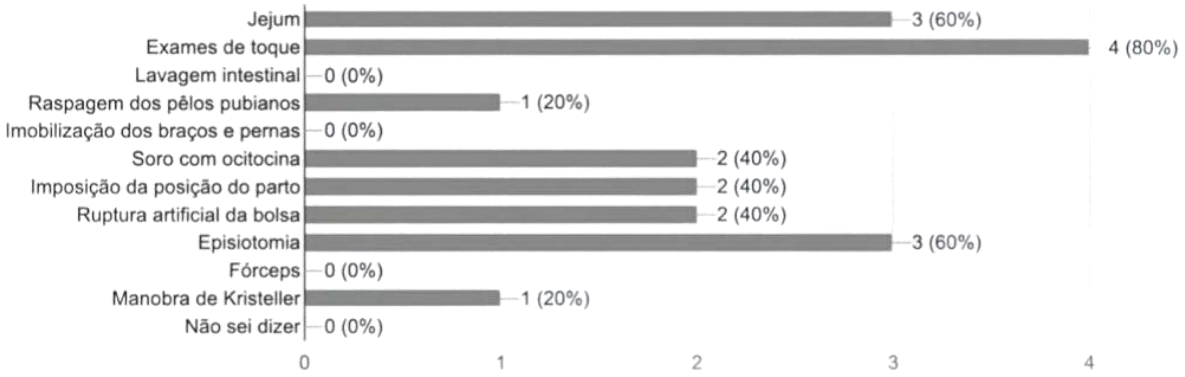
Em 1990, o Ministério da Saúde (MS), incorporou práticas em programas de atenção à saúde que podem identificar a violência obstétrica. De acordo com o que

foi estabelecido, o parto normal divide-se em quatro categorias:

> Práticas especificamente úteis que devem ser estimuladas; práticas evidentemente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas dos protocolos, práticas sem evidência científica comprovada que devem ser usadas com cautela até novas pesquisas que assegurem o uso; e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 187-189).

O gráfico abaixo apresenta práticas controversas que são utilizadas de maneira contundente nos serviços de saúde e que se utilizadas de maneira rotineira, sem forte evidência de indicação e consentimento da mulher, podem ser caracterizadas como violência obstétrica.

Gráfico 7 – Intervenções médicas durante o parto



Fonte: Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

O resultado do gráfico revela que (60%) das mulheres foram submetidas a jejum pré-parto, em (80%) foram realizados exames de toque, não sendo possível determinar a quantidade de toques realizados antes do trabalho de parto; (20%) submetidas a raspagem dos pêlos pubianos (tricotomia), para preparo do parto, (40%) receberam ocitocina para indução do parto, a (40%) das mulheres foi imposta a posição do parto, (40%) sofreram ruptura mecânica da bolsa amniótica, (60%) das mulheres foram submetidas a episiotomia e (20%) subjugadas a manobra de Kristeller. Embora o MS (2001) tenha incorporado práticas seguras para o processo de parturição, práticas equivocadas continuam a ser utilizadas rotineiramente.

A prescrição de jejum durante o parto, baseava-se no risco de broncoaspiração caso fosse necessário anestesia geral, entretanto atualmente o jejum não é

recomendado rotineiramente em parturientes de baixo risco (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010 *apud* SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010). A livre movimentação, assim como a postura vertical, são recomendações da OMS (2014).

O uso de enema tem sido questionado há décadas, sua indicação seria para reduzir a contaminação fetal, levando em consideração a teoria de que o reto vazio facilitaria o parto. No entanto, não existem evidências científicas suficientes que validem esta teoria, a OMS (2014) orienta que enemas, tricotomia e prescrição rotineira de soro glicosado são práticas prejudiciais ou não fundamentadas, que precisam ser eliminadas.

Acreditava-se que a raspagem dos pelos pubianos (tricotomia), reduziria o risco de infeção por laceração perineal ou por episiotomia, além de facilitar a sutura para o profissional médico. Porém, devido as micro lacerações da raspagem, a tricotomia pode ocasionar ambiente propício para infecção e incômodo à mulher, além de também não ser recomendada pela OMS (2014).

O uso de métodos farmacológicos indicados para analgesia como peridural ou combinação de raquidiana e peridural é indicado preferencialmente ao uso de opióides sistêmicos ou anestesia inalatória em ambiente hospital, no entanto o estímulo a métodos não farmacológicos para dor é estimulado e reconhecido como útil na assistência ao parto natural humanizado (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

O toque vaginal, é utilizado para avaliar dilatação, consistência do colo do útero, posição fetal, entre outras indicações, mas não oferece diagnóstico relevante fora do trabalho de parto. Toques em excesso, realizados por diferentes profissionais, podem trazer prejuízos à parturiente, sendo caracterizado como violência obstétrica (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). A OMS (2014) recomenda toques com intervalos de quatro horas para gravidez de baixo risco e recomenda que o exame de toque seja realizado para avaliação convencional na primeira fase do parto.

A amniotomia (ruptura artificial da bolsa amniótica) para acelerar o trabalho de parto não é recomendada, pois não há evidências científicas de que os benefícios superem os riscos e danos potenciais (OMS, 2014). O uso rotineiro de ocitocina sintética para prevenir trabalho de parto prolongado não é recomendado, o uso deverá ser indicado quando constatado processo lento ou trabalho de parto prolongado

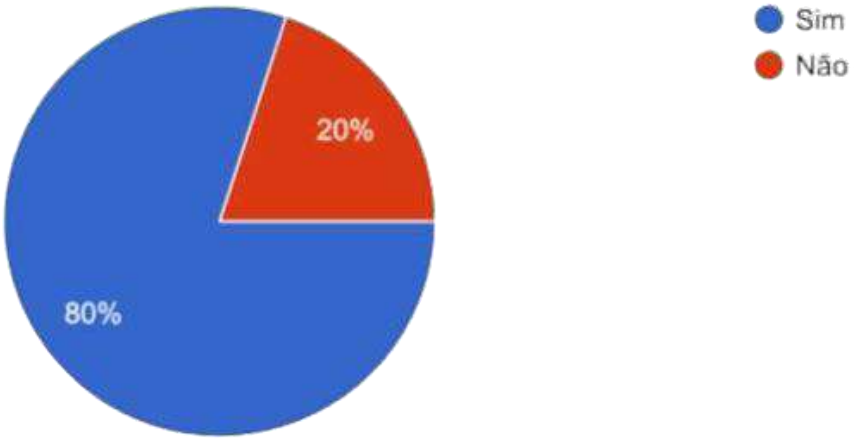
confirmado (OMS, 2014).

Embora existam controvérsias, a episiotomia de rotina é um procedimento desnecessário e prejudicial, que pode oferecer mais riscos de lesão materna do que benefícios, pois além de não proteger o assoalho pélvico pode ocasionar lesões, sangramentos, dor, incontinência anal, laceração entre outros fatores nocivos (AMORIM; KATZ, 2008). Alguns pesquisadores afirmam que “[...] a episiotomia de rotina foi considerada por muitos como uma forma de mutilação genital e violência de gênero cometida por instituições e profissionais” (DINIZ, CHACHAM, 2005 *apud*; WAGNER, 1999, p. 88).

O uso cauteloso do fórceps é recomendado exclusivamente para abreviação do período expulsivo do parto, quando existe risco de morte materna e/ou sofrimento fetal (PEREIRA *et al*., 2004; LIMA *et al.*; 2021). A manobra de Kristeller (pressão sobrea barriga da gestação a fim de abreviar o período expulsivo do parto foi banida pela OMS (2014) e sua prática configura violência obstétrica, ou seja, crime.

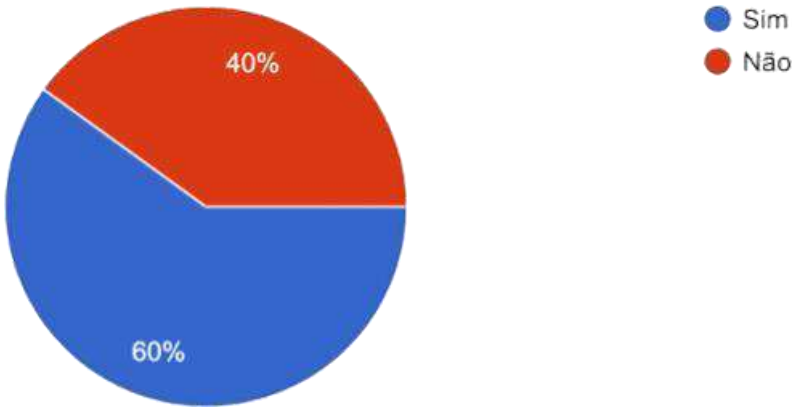
A despeito do não reconhecimento da violência obstétrica, a vítima carrega muitas vezes de forma velada, traumas físicos e psicológicos ao longo da vida, sem conseguir elaborar ou nomear a situação no momento em que ocorre, “[...] muitas pessoas que vivenciaram ao longo da vida uma experiência traumática [...] entre outros eventos estressantes têm prejuízos cognitivos, como na memória” (SBCM, s/ data, p. 1). Nesse contexto, a banalização da violência também faz com que mulheres não se introduzam nesse cenário conscientemente, sobretudo mulheres negras que devido “[...] mitos e estereótipos relativos à identidade tornam-se vulneráveis à violência” (WHITE, 2000, p. 149). Como podemos observar nos resultados dos gráficos abaixo, os quais apontam que (20%) das mulheres não consentiram com algum procedimento na assistência ao parto, de modo que (40%) ouviram comentáriosconstrangedores também durante o trabalho de parto.

Gráfico 8 – Consentimento



Fonte : Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

Gráfico 9 – Comentários constrangedores no parto



Fonte: Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

Deste modo, o racismo obstétrico relacionado à violência obstétrica que acomete mulheres negras, manifestando-se em caráter institucional, fundamenta as disparidades nas filas dos serviços de saúde, as peregrinações em maternidades no início do trabalho de parto, que levam a morte materna, número inadequado de consultas pré-natais, ausência de analgesia para alívio da dor nos procedimentos obstétricos e cesarianas de rotina sem indicação médica (GOES, 2018). Nesse sentido, Vilma Piedade (2017) é categórica ao construir o conceito Dororidade, que:

> Carrega no seu significado a dor [...] Contudo, quando se trata de

> Nós, Mulheres Pretas, têm um agravo nessa dor. A Pele Preta nos marca na escala inferior da sociedade. E a Carne Preta ainda continua sendoa mais barata do mercado. É só verificar os dados (p. 17).

Considerando a mutabilidade do conceito de Dororidade e deslocando-o de seu tempo, promovemos novas possibilidades de discursos. Como podemos observar no diálogo com o conceito de Sororidade. Os dois caminham coexistindo transversalmente, na luta pela emancipação feminina, que somente poderá acontecer, quando as pautas das mulheres negras estiverem no centro do debate. Ao demarcarmos este lugar, poderemos compreender e tratar os indicadores de iniquidades em saúde de mulheres negras, com o fator epidemiológico ancorado na Dororidade. Nesse sentido, Coelho (2021) pressupõe que a superação da violência obstétrica e racismo institucional se dará através do fortalecimento e disseminação de informação às mulheres negras. Embora o fortalecimento destas mulheres molde a construção social, sabemos que a percepção acerca de si e do outro, de maneira individualizada não tem o poder de ampliar o pertencimento étnico-racial.

Isto significa que para além da construção social, quando a mulher negra possui uma construção distorcida de sua realidade, torna-se mais vulnerável a violências e naturaliza a permanência em ambientes que não acolhem sua subjetividade, pois a identidade molda as relações com o mundo e dificulta a identificação do racismo e as violências que se originam dele quando não estabelecidas (GESSES; COSTA, 2018). “As mulheres negras, portanto, também enraizadas no processo de branqueamento e auto ódio [...] acabam reproduzindo a leitura ocidental dos afetos e relações” (ANKH; MENE; NJERI, 2020, p. 295). Dessa forma os relatos escritos abaixo apontam como algumas mulheres negras compreendem o processo de reconhecimento e elaboração da identidade negra a partir da individualidade.

RELATO 2

M1 - “Olha eu nunca tive problema nenhum com a cor da minha pele, porque isso não define o meu carácter, sou feliz e tranquila com a minha cor de pele, meus cabelos crespos e está tudo bem!”

M2 - “SER MULHER NEGRA CARREGAR A ESSÊNCIA DA ÁRVORE GENEALÓGICA QUE ME CRIOU”

M3 - “Normal”

M4 - “Ser uma mulher negra é símbolo de luta, resistência de forma solo, ter mais dificuldades em conquistar as coisas”

M5 - “Mulher forte independente’

Na direção contrária a luta do movimento de mulheres negras para equidade em saúde, o racismo institucional estabelece e determina a forma como estas mulheres são subjugadas nos serviços de saúde. Embora a OMS (2014) tenha preconizado o uso de práticas adequadas e seguras para assistência ao parto, elaborando um guia prático baseado em evidências científicas, as práticas ineficazes que trazem sofrimento e prejuízo a saúde das mulheres, vêm sendo aplicadas de forma sistemática nos serviços de saúde e as mulheres que estão na linha de frente da violência são negras, “Dororidade”.

Ser mulher negra é ter o corpo marcado pela exploração científica, racial e sexual, mas também é promover através da coletividade, modelos políticos de emancipação pensados a partir da cosmopercepção afrocêntrica. Por esse motivo pensar o enfrentamento do racismo obstétrico também a partir do Mulherismo Africana, é propor um novo paradigma no qual a branquitude não é o centro dessa construção e dentro da experiência afro diaspórica, encontrar maneiras de emancipação dacondição ocidental, pois não há como problematizar as práticas do ocidente sendo indivíduos ocidentalizados. Nesse sentido, é necessário compreender que não existe hierarquia e disputa narrativa entre movimentos de mulheres negras, existem dinâmicas complexas e diferentes entre “a Feminista,

Feminista Negra, Feminista Africana e a Mulherista Africana” (HUDSON-WEEMS, 2020, p. 29). Portanto, através da memória ancestral, cabe às mulheres negras relembrar que “o ventre do mundo é regido por matriarcas [...] pensar por essa via [...] é dar a elas a centralidade de poderque potencializa a todos” (NJERI; RIBEIRO, 2019, p. 601-602).

3 CASA ANGELA - CENTRO DE PARTO HUMANIZADO

Em 1997, foi fundada a Casa de Parto Monte Azul, primeira casa de parto da cidade de São Paulo, localizada na comunidade Monte Azul, por iniciativa da parteira alemã Angela Gehrke da Silva (1956 – 2000) e da Associação Comunitária Monte Azul. A parteira alemã foi pioneira na assistência humanizada do parto desde 1980, na região da comunidade e no Ambulatório Médico Terapêutico da Associação. O objetivo da iniciativa era promover o acesso de todas as mulheres ao parto humanizado, promover o aleitamento materno e fomentar políticas públicas sexuais e reprodutivas. Em 1999, a Casa de Parto encerrou suas atividades e Angela Gehrke faleceu em decorrência de um câncer. No ano de 2003, a convite da Associação Comunitária Monte Azul, a médica alemã Anke Riedel, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, desenvolveu o projeto para uma nova casa de parto, a qual batizou de Casa Angela, em memória à Angela Gehrke (CASA ANGELA, 2009).

Em 2009, a Casa Angela foi inaugurada, sem o Centro de Parto Humanizado, em razão da mudança de gestão governamental. Devido este fato, seu funcionamento ocorreu apenas com voluntários, sendo mantida através de doações. Os primeiros serviços oferecidos contemplavam: consultas e visitas domiciliares de pré-natal, aleitamento materno, cursos, oficinas, grupos de apoio, entre outros. Somente em 2012 ocorreu a inauguração oficial do Centro de Parto Humanizado, que contou com o apoio de doadores, parceiros e pacientes particulares. No ano de 2015 após assinar um convênio com a Prefeitura, a Casa Angela passou a atender usuárias do SUS, o que possibilitou o atendimento gratuito do parto humanizado a mulheres no período gravídico-puerperal (CASA ANGELA, 2009).

O modelo de assistência da Casa Angela, prevê as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e do Ministério Público, alinhado com estratégias de diminuição das taxas de morte materna e neonatal, diminuição de cesarianas sem indicação, política públicas de saúde reprodutiva, preservando assim os direitos humanos da mulher no parto. Compreende um modelo de assistência com uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ancoradas na Medicina Antroposófica (CASA ANGELA, 2009). A Medicina Antroposófica - MA, se propõe a uma visão humanista da medicina, pois considera a completude do ser humano, pensando o homem e a mulher através do corpo, alma e espírito, os quais são afetados pelo meio social em que estão

inseridos (FOLLADOR, 2013). “A MA se coloca como um novo paradigma para a resolução das questões que estão sendo enfrentadas atualmente, seja no âmbito existencial do indivíduo seja nas questões sociais e ecológicas de saúde” (FOLLADOR, 2013, p. 166).

Neste sentido, a cosmovisão Antroposófica estabelece uma correlação com a Medicina Tradicional Africana, a qual inclui as plantas, dietas terapêuticas, manipulação da coluna, massagens, hidroterapia, entre outros componentes que estão presentes nos recursos da natureza (OTAVIANO, 2013). “O desequilíbrio causado pela doença não afeta apenas ao indivíduo, mas se estende na família, comunidade, sociedade [...] A doença é, portanto, um assunto de toda a família, de toda comunidade” (DOMINGOS, 2015, p. 6). As sociedades africanas, “compreendem a saúde como equilíbrio das forças vitais; em razão disso, nestes espaços [...] executam rituais de cuidado físico, mental e espiritual [...]” (FARIAS; CROSSETI; GÓES; PORTELLA, 2016, p. 634). Não esgotando a complexidade das sociedades africanas, este capítulo se restringirá a apresentar práticas terapêuticas baseadas em conhecimentos tradicionais, estabelecendo um diálogo entre a diversidade cultural na epistemologia da medicina tradicional e o impacto positivo que a coexistência destas práticas decoloniais, têm no enfrentamento ao racismo institucional, pois compreendem a subjetividade do ser humano.

3. 1 Angela Gehrke da Silva: referência na humanização do parto no Brasil

> *Para mim não há nada mais bonito que ajudar uma criança a vir ao mundo e eu sinto claramente que a vivência do parto abre um portal importante para a vida toda*
>
> Angela Gehrke da Silva, *Casa Angela* (2009).

Angela Gehrke nasceu em 08 de fevereiro de 1956 na cidade de Kassel (Alemanha), formou-se como parteira em seu país – durante sua trajetória de formação inspirou-se no médico pioneiro em parto humanizado no mundo, Frederick Leboyer (1918 – 2017) –, o médico francês conhecido por introduzir uma nova filosofia de atendimento ao parto, a qual tinha por objetivo diminuir o trauma físico e sensorial do recém-nascido na sala de parto. Em 1983, Angela imigrou para o Brasil para trabalhar na Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, motivada pelo desejo de

contribuir com o projeto que a alemã Ute Craemer (fundadora da associação) desenvolvia na comunidade, com pedagogia Waldorf, que é um processo de ensino-aprendizagem baseado na abordagem antroposófica (CASA ANGELA, 2009).

Ao se instalar na comunidade Monte Azul, Angela iniciou suas atividades com acolhimento às gestantes, acompanhamento no parto e estendia suas orientações aos cuidados domiciliares da mãe e do bebê pós-parto. O atendimento humanizado que a parteira oferecia logo teve repercussão na comunidade, atraindo pessoas de bairros vizinhos, inclusive mulheres de bairros elitizados, que se deslocavam para ter seus bebês na comunidade, impactando assim no número de interessadas neste modelo de prática assistencial (CASA ANGELA, 2009).

O contexto político de redemocratização que o Brasil se encontrava nos anos 80 e 90, aproximadamente quando Angela chegou a Monte Azul, era da possibilidade de reconstruir uma nova abordagem em saúde da mulher, com a ideia de descentralização, hierarquização e regionalização, bem como equidade da atenção, com a constituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, instituído em 1984. Fruto da mobilização das mulheres brasileiras, com grande contribuição das mulheres negras, o programa contemplava a abordagem integral da mulher, em todas as fases da vida, no qual a fertilidade passava a ser um direito social. Para Maria José M. D. Osis (1998) mulheres do movimento feminista negro, movimentos sociais e diferentes setores da sociedade civil, acreditavam que o programa indiretamente dialogava com o controle de natalidade e estilização em massa de mulheres negras.

O papel das mulheres em vulnerabilidade social e das ativistas negras na construção das políticas de saúde da população preta teve grande relevância e embora a implementação do PAISM não se consolidou em todo território nacional, em junho de 2011, foi instituído a Rede Cegonha no âmbito do SUS que tinha por objetivo implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na assistência ao parto, nascimento e desenvolvimento da criança até os 24 meses de vida. As práticas estabelecidas no programa eram baseadas em evidências científicas conforme o documento "*Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento*"da OMS de 1996 (CARVALHO; MEIRINHO, 2020; BRASIL, 2017; OSIS, 1998).

Esse programa auxiliou na redução da mortalidade materna, neonatal e infantil;

contribuiu com a promoção do parto humanizado, estimulando a atenção integral à saúde da mulher. Em contrapartida, o cenário de construção de políticas públicas efetivas em relação a preservação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na comunidade Monte Azul, vivia um momento complexo, como podemos observar no relato de Angela Gehrke (2010):

> Quase 80% das parturientes são submetidas à cesariana, pois quem paga esta cirurgia é o governo. Soube que num hospital universitário é rotina fazer parto normal por fórceps em todas as parturientes primíparas. Todas as mulheres levam muitos pontos no períneo, mesmo que tenham tido 10 filhos sozinhas na roça. Parece uma imitação atrasada e do modelo americano tecnicista de assistência ao parto. O processo de despertar, que para nós está em pleno andamento, está começando a se fazer presente somente para poucas pessoas. Às vezes eu fico com raiva e desesperada, pois na minha impotência tenho que assistir a esse jogo de interesses, sem poder tirar das mulheres a sua fé cega. Tive que batalhar com uma gestante para que ela trocasse pelo menos de médico ou de hospital. Ela tivera um filho de 4,500kg num parto fórceps e na segunda gravidez, no 7 mês, o médico já havia marcado uma cesária, afirmando que não haveria passagem para o bebê. Um erro de interpretação. A criança nasceu de cesariana, não pesava nem 2,5kg, e a mulher continuou acreditando no médico que lhe disse que mesmo sendo a criança menor do que o previsto, sempre haveria a necessidade de cesariana (p. 39-40).

Nesse sentido, a crescente taxa de mortalidade materna no Brasil, ao longo das décadas de 2000 a 2019, acompanhava a realidade das violências impostas as mulheres da Monte Azul e apontavam a importância dos marcadores raciais referentes as iniquidades em saúde. Este fato indicava condições de vulnerabilidade a mulheres negras no sistema de atenção básica à saúde materna, uma vez que de acordo com a pesquisa “*Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça*” de 16 de dezembro de 2008, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, pessoas negras possuem maior vulnerabilidade e menos acessos a saúde e educação, pelo fato de serem a população predominante nas comunidades (ZENKER, 2008). Sendo assim, as desigualdades raciais no país em relação a saúde, são atravessadas não somente por gênero e raça, mas também por classe. Um dos relatos de Angela SIlva (2010), traduz esse panorama na comunidade Monte Azul, como podemos observar:

> Nas cidades estão disponíveis todas as possibilidades da medicina moderna. Mas, como em todos os sistemas capitalistas, todos os esforços para o desenvolvimento da medicina, o aperfeiçoamento do equipamento e, sobretudo, as pesquisas das indústrias farmacêuticas servem ao progresso do poder, e nunca ao bem-estar da população. As doenças constituem matéria-prima para o lucro. Na TV, no rádio e nos jornais não há propaganda mais intensiva que a dos medicamentos. O governo pouco faz para melhorar a situação de saúde da população. Há falta de ambulâncias, o dinheiro disponível é investido em hospitais e as pessoas são internadas por qualquer motivo. Até os recém-nascidos recebem antibióticos por qualquer sintoma. Na condição de subnutridas, qualquer doença simples que aconteça, como o sarampo, pode significar umas das principais causas de óbito entre crianças pequenas. No Nordeste e em outras regiões pobres, uma a cada quatro crianças morre no primeiro ano de vida. Aqui no Brasil, quem tem dinheiro encontra todas as portas abertas para qualquer clínica altamente especializada. O abismo entre pobres e ricos é apavorante (p. 38-39).

Assim sendo, Patricia Hill Collins (2020) explica que capitalismo e desigualdade de classe são dispositivos interseccionais. Pois a produção de desigualdades refere-se especificamente ao racismo, sexismo e todas as outras formas de opressão. Em paralelo a este contexto, a atuação de Angela devolvia dignidade às mulheres em situação de vulnerabilidade social e durante os 15 anos em que atuou com humanização ao parto, atendeu 1500 parturientes, realizando partos com baixo índicede intervenções e nenhum caso de morte materna ou neonatal (CASA ANGELA, 2009). Embora a visão de Angela restringia-se a comunidade Monte Azul, compreendia seu lugar social, de privilégios, enquanto uma mulher branca e ativista das causas humanitárias, atuando “indiretamente” aliada a luta antirracista, enquanto “um sujeito que se reconhece e reconhece os outros como sujeitos de dignidade, de direitos, de conhecimento, de projetos de sociedade, de vida” (CARREIRA, 2018, p. 7).

A atuação de Angela nos revela que a interseccionalidade esteve associada à sua prática e visão de mundo. Nos relatos escritos no livro “*A parteira do Monte Azul*” de 2010, a mesma descrevia alguns personagens de seus atendimentos, em sua grande maioria pretos, pardos ou indígenas. Para Lourenço Cardoso (2018), existem dois tipos de branquitude: a branquitude acrítica, que naturaliza as desigualdades raciais e branquitude crítica, que desaprova publicamente o racismo. De fato, Angela pertencia ao grupo de pessoas brancas, que se colocavam “ativamente como aprendizes nessa reconstrução das relações raciais, enfrentando o desconforto, o

medo, o desconhecimento; reeducando olhares e escutas; refletindo e avaliando suas ações em diálogo com pessoas negras e indígenas [...]" (CARREIRA, 2018, p. 9).

Para Angela, o amor pelo ofício era uma ferramenta de resistência à desumanização e potencializador de transformação social, uma vez que compreendia "o amor como a vontade de nutrir o [...] crescimento espiritual [...] de outra pessoa" (HOOKS, 2020, p. 48), dessa forma o amor pela humanização ao parto tornava-se um ato político. A enfermeira Mary Lúcia S. Galvão (2010), ao conviver com a parteira daMonte Azul, afirmava que a mesma lhe apresentará uma nova perspectiva sobre o parto, a qual é possível compreender a saúde superando as barreiras fundamentadasnos conhecimentos científicos, de tal modo que:

> Angela entrava num processo de sofrimento profundo [...] a exposição das parturientes à violência institucional [...] Ela justificava que os profissionais não tinham coração inteligente, sempre repetindo: eles não têm inteligência no coração e por isso não deveriam lidar com pessoas, porque não conseguem alcançar a dimensão humana da dor (SILVA, 2020, p. 25-26).

Como uma mulher livre e a frente do seu tempo, instituiu um modelo de atuar desprendido de preconceitos, que contemplava a subjetividade das identidades e o aprendizado constante. Certamente, sua construção social enquanto mulher impactava em sua realidade e ações. Ou seja, "[...] o pensar e agir dentro de uma determinada sociedade [...] são permeáveis às relações sociais" (FARIA; NOBRE, 1997, p. 15). Portanto, movida pelo desejo de transformação social, Angela encontrou na comunidade Monte Azul, um caminho para realizar seu propósito de vida.

Para Simone de Beauvoir (1947), existe uma vontade inerente aos sujeitos de realizar-se enquanto indivíduos livres, que só é possível através das possibilidades existentes no mundo tal qual como ele é. Essa possibilidade é exteriorizada por algum projeto humano, introduzido por ações que possuam relevância para a humanidade. Nesse sentido, "querer a liberdade, querer desvelar o ser, é uma única e mesma escolha" (VIANA, 2010 *apud* BEAUVOIR, 1947, p. 114). Por isso, a identificação de Angela em possibilitar a humanização ao parto, para as mulheres da comunidade Monte Azul, pois "procurava justamente o contato com essas pessoas e talvez pudesse viver mais facilmente no inferno do que no paraíso, pois lá haveria também

pessoas semelhantes a mim” (SILVA, 2010, p. 32), afirmava Angela.

A auto identificação de Angela com as mulheres da comunidade, também se deu através da relação de gênero que estabeleceu entre elas durante a assistência ao parto. “Angela não era apenas a parteira, mas uma grande companheira das mulheres” (CASA ANGELA, 2009). Dessarte, o conceito de Sororidade nos oferece uma perspectiva feminista para a conduta de Angela, ao identificar a irmandade entre mulheres, como uma forma de enfrentamento aos vários tipos de opressão (COSTA, 2021). Nesse sentido, quando Piedade (2018) elaborou que o conceito de Sororidade não contemplava as mulheres negras, explicou que:

> Sororidade une, irmana, mas Não basta para Nós – Mulheres Pretas, Jovens Pretas. Eu falo de um lugar marcado pela ausência. Pelo silenciamento histórico. Pelo não lugar. Pela invisibilidade do Não Ser, sendo (p. 17).

Assim sendo, expôs que embora todas as mulheres fossem atravessadas pelas violências de gênero, o racismo provocava uma dor, que atravessava mulheres negras de forma diferente. Para Lélia Gonzalez (2020), é inegável a contribuição do feminismo para lutas e conquistas coletivas, pois a partir do conceito de capitalismo patriarcal, o feminismo consolidou-se como movimento. Apesar das contribuições em relação a opressões com base na orientação sexual, o mesmo não aconteceu com a pauta da discriminação racial. “Exatamente porque tanto o sexismo como o racismo partem de diferenças biológicas para se estabelecerem como ideologias de dominação” (GONZALEZ, 2020, p. 141). Logo, é possível afirmar que Angela transitou entre os conceitos estabelecidos nos feminismos ao assistir as mulheres de acordo com a subjetividade de cada grupo.

Ao promover outras possibilidades de existência e escolha a estas mulheres, as fortalecia enquanto sujeitos, mesmo não transpondo a estrutura social, o impacto individual que se estendia a família, era visível na vida dessas mulheres. Paulo Freire (1987), nos lembra que o processo de desumanização que coisifica os homens, é um processo que precisa de comunhão para ser superado, pois “a libertação por isto, é um parto. E um parto doloroso. O homem que nasce deste parto é um homem novo” (FREIRE, 1987, p. 19). Por essas razões, Angela (1956 – 2000) foi uma referência em parto humanizado na década de 1990, por estimular a

autonomia e confiança das mulheres, colocando-as como protagonistas de suas histórias, como a mesma pode exprimir à época:

> As mulheres vêm para anticoncepção, prevenção de câncer ginecológico, ou simplesmente para abrir seu coração. Às meninas entre 12 e 14 anos eu dou aula de educação sexual [...] contribuir para a entrada de crianças na vida da forma mais harmoniosa possível, respeitando tudo o que elas vivenciam e sentem [...] pode lhes dar a confiança que é básica para toda a vida. E, esta confiança, essas crianças certamente precisam para lidar bem com a realidade que as espera. Eu espero poder permanecer, ainda, muitos anos aqui, pois sinto ter encontrado aqui o meu espaço (SILVA, 2010, p. 33).

Em 1998, Angela descobriu um câncer e retornou para Alemanha no ano seguinte para tratar-se. O objetivo era regressar ao Brasil para continuar trabalhando, mas em março de 2000, faleceu junto a sua família. O período que disponibilizou para assistência às mulheres na experiência gravídico-puerperal em São Paulo, contribuiupara excelência em humanização do parto. O legado de Angela segue vivo e inspirando outras mulheres e atores envolvidos com o parto e o nascer no Brasil (CASA ANGELA, 2009).

3. 2 Casa Angela: práticas de assistência centradas na autonomia da mulher

> *Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudara forma de nascer*
>
> Michel Odent

Na Casa Angela “a humanização é entendida como responsabilização mútua entre serviços de saúde e a comunidade e consiste em acolhimento e resolutividade” (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010, p. 1). Os serviços prestados às parturientes, garantem segurança a saúde da mulher e do bebê; os cuidados voltados para necessidades físicas, emocionais, espirituais, socioculturais dos envolvidos neste evento que é o parto, são algumas das características do modelo de assistência (CASA ANGELA, 2019). Segundo a OMS (2017), caracteriza-se por parto seguro e humanizado, todo aquele cuja gestação foi tranquila e saudável, no qual parturiente e neonato estiveram nas melhores condições de saúde possíveis, com o mínimo de intervenções.

O quadro de funcionários é composto por equipe multidisciplinar, com consultas de pré-natal realizadas por enfermeira obstetra/obstetriz. No acompanhamento da saúde de mãe/bebê são estimulados hábitos saudáveis, bem como o uso de métodos não farmacológicos para desconfortos decorrentes da gestação; a casa dispõe de grupos para gestantes e acompanhantes, oficinas de atividades e terapias diversas (CASA DE ANGELA, 2019). Segundo Bandeira (2021) o trabalho em equipe multidisciplinar, promove benefícios para todos os envolvidos na cena de parto, pois proporciona acolhimento, conforto e profissionalismo para o momento. A harmonia entre a equipe com diferentes olhares, transformam o nascimento em um evento humanizado, saudável e respeitoso. O plano de parto, funciona como um dispositivo de cuidado, no qual a mulher é protagonista, tendo suas decisões respeitadas e acolhidas, decidindo como o bebê vem ao mundo (MOUTA *et al.*, 2017).

Sendo assim, o parto humanizado é realizado pela enfermeira obstetra/obstetriz, respaldada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016), que regulamenta através da Resolução Normativa nº 524/202016 e 672/2021, a realização do parto normal pelo enfermeiro obstétrico e obstetriz, atuação do mesmo na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e demais locais que ocorram este tipo de assistência. A parturiente pode ser acompanhada por até dois acompanhantes no parto e no pós-parto por um acompanhante, pois o atendimento humanizado reconhece que o suporte emocional do acompanhante pode diminuir o percentual de analgesia para dor e uso de ocitócitos; menor traumatismo perineal e interrupção precoce da amamentação (LONGO; ANDRAUS; BARBORA, 2010 *apud* ENKIN, *et al*., 2005).

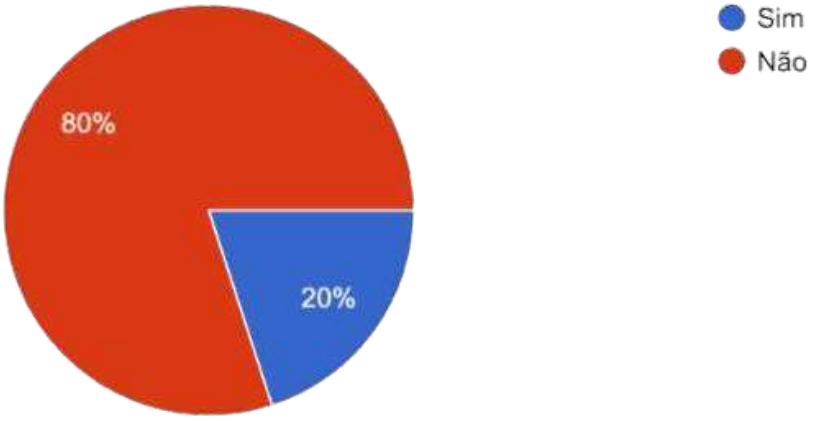
A sala de parto individual possui uma banheira, pois a prática estimulada pela OMS contribui para o parto humanizado, propiciando vasodilatação através da água morna, elevando a liberação de endorfina, reduzindo assim a ansiedade e redução nouso de analgesia, principalmente se combinado a massagem e exercícios respiratórios (SIGARAN *et al*., 2020). A liberdade de movimentação e o encorajamento da escolha da posição para parir – principalmente posições verticais -, promove a açãoda gravidade, ao realizar pressão da cabeça fetal na parte inferior do útero, pois estimula a produção de ocitocina, melhora a irrigação uterina, resultando em

contrações funcionais, diminuição do período do primeiro estágio do parto, melhorando a resposta a dor e redução de analgesia (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

A liberdade para se alimentar com aporte calórico e hidratação através de líquidos e sólidos leves, também contribui para humanização do parto, pois garante a individualidade da mulher, respeitando sua cultura e costumes. A restrição alimentar além de não atender as necessidades da parturiente, pode promover desidratação e cetose. A prática do “jejum no trabalho de parto, foi uma das rotinas impostas pela medicalização” (DIAS; SOUZA; WALL; SILVEIRA, 2011, p. 2). Todos os serviços baseados em evidências científicas, citados acima e oferecidos pela Casa Angela, relacionam-se a preservação da autonomia da mulher e humanização, pois referem-se sobre o poder de decidir sobre si, impactando diretamente na autodeterminação na cena de parto.

Isto significa que cabe ao profissional de saúde proporcionar informações necessárias para orientar as parturientes sobre as melhores decisões acerca deste evento. A perda de autonomia no parto está relacionada “com a intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas. Desta forma, esta discussão não pode estar desvinculada da assistência [...]” (BRASIL, 2001, p. 20). A falta de informação também pode representar perda de autonomia, pois o “acesso a informação é necessário para que a paciente possa ter autonomia na tomada de decisão sobre seu atendimento” (VIEIRA; CORRÊA; FARIA, 2017, p. 8). O gráfico abaixo revela que o cenário humanista ainda é de pouco conhecimento das mulheres, pois o mesmo atua na contramão da cultura que naturaliza a violência obstétrica.

Gráfico 10 – Parto Humanizado na Casa Angela



Fonte: Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

O resultado do gráfico revela que (80%) das mulheres não possuíam conhecimento sobre o parto humanizado antes de conhecer a Casa Angela, este dado aponta a ausência de informação que faz com que muitas mulheres tenham o direito ao parto humanizado negado e o tabu que ainda resume este modelo de assistência a banhos de imersão para alívio da dor, posição vertical, baixa intensidade da luz, entre outras práticas tradicionais. A humanização precisa ser compreendida como um processo e não como um produto final.

Em relação as mulheres negras, que correspondem a 60,9% das usuárias do SUS, a perda de autonomia que o processo de humanização do parto promove, configura controle sobre seus corpos e subjugação, pois, “a autonomia passa pelo resgate corporal” (FRANCISCO, 2019, p. 1). Nesse sentido, destacar o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) utilizadas na Casa Angela e os impactos positivos na assistência as mulheres, compreendendo o recorte racial é contribuir com as discussões acerca do enfrentamento do racismo institucional.

No Brasil, as PICS compreendem as medicinas baseadas em saberes tradicionais, que tem por objetivo o cuidado integral em relação aos aspectos físico, mental e espiritual. Estas práticas foram incluídas no SUS, após a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares pelo MS, através da portaria GM/MS nº 971 de 3 de maio de 2006. O uso das PICS resgata o conhecimento tradicional à luz das evidências científicas, representa na integralidade o cuidado humanizado, considerando a subjetividade do indivíduo e a sociedade como um todo

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MONTEIRO, 2020). Antes da institucionalização das PICS no SUS, a Casa Angela já adotava recursos terapêuticos em seus atendimentos, inspirada por diferentes culturas e também por influência do médico Leboyer, que utilizava luzes fracas e exigia silêncio na sala de parto propiciando ambiente acolhedor a mãe e recém-nascido no momento do nascimento (SOUZA, 2005).

Nesse contexto, as PICS com foco na Medicina Antroposófica, associadas a outras intervenções multidisciplinares que atuam como prática decolonial no atendimento ao parto na Casa Angela, resgatam a memória identitária promovendo outras formas de saber, não hegemônico. Rudolf Steiner (2019) - pai da Antroposofia - afirmava que as desigualdades sociais do século XX, eram resultado do desequilíbrio do ser humano, devido a desconexão de suas memórias ancestrais, da natureza e do mundo (CARVALHO, 2022). Portanto, a Medicina Antroposófica é:

> Uma ampliação da Medicina Acadêmica. Esta baseia-se nos métodos das ciências naturais, que nos permitem penetrar em todos os detalhes da natureza física ou corporal do organismo humano. A Medicina Antroposófica distingue, além da organização puramente física do homem, outras três organizações: organização vital que ordena os fenômenos físicos como fenômenos viventes; organização anímica que reordena por sua vez os fenômenos físicos e vitais de forma a possibilitar a aparição da consciência; organização espiritual, absolutamente individual de homem para homem, e que organiza as outras três instâncias como uma organização biológica individual. Tal como a Medicina Acadêmica, que se baseia no método das ciências naturais, a Medicina Antroposófica baseia-se no mesmo método para o conhecimento do homem físico; mas para o conhecimento das organizações vital, anímica e espiritual, baseia-se no método da Ciência Espiritual ou Antroposofia (KALIKS, 1990, p. 1).

Estabelecendo um diálogo entre a cosmovisão antroposófica e os saberes tradicionais na cosmopercepção africana, podemos afirmar que a doença é um sinal de desequilíbrio da força vital do ser humano, a qual é analisada de acordo com as relações sociais, a doença, portanto “é a rotura da harmonia entre o homem e a natureza [...] implica, em última análise, as relações entre os homens e o universo sócio-cultural e vice-versa” (DOMINGOS, 2015, p. 6). No contexto da Casa Angela, podemos observar a influência de diferentes culturas no atendimento às parturientes, chamamos este fenômeno de multiculturalismo, no qual a convivência entre diferentes culturas e tradições se fundem de forma harmoniosa, proporcionando diferentes valores e visões de mundo (REIS, 2004). Logo, a perspectiva multicultural reconhece

diferenças étnicas, culturais e religiosas entre grupos que coexistem no mesmo espaço. Segundo, Carlos Pereira (2021):

> Saúde é prática anterior à sistematização da medicina e das demais profissões de saúde que conhecemos hoje. Dos sistemas originários em África, muito se perdeu devido ao processo de escravização e ao processo histórico de marginalização dos saberes e culturas africanas. Partindo do saber preservado, torna-se necessário o trabalho de resgate das bases da medicina tradicional africana e de identificação do seu legado à cultura brasileira, principalmente no que se refere aos cuidados alternativos e complementares em saúde [...] a contribuição do saber africano para a formação da cultura popular brasileira atual de cuidado alternativo em saúde [...] quando falamos de sistema tradicional de medicina africana, estamos falando do conjunto de conhecimentos, práticas e técnicas que os povos do continente africano desenvolveram anteriormente ao surgimento da medicina moderna. Trata-se de um complexo de sistemas que em muito dá base ao que hoje chamamos de fitoterapia, sendo indissociável à cultura ancestral da ligação harmoniosa com o ambiente e com os recursos naturais. No pensamento africano de cuidado em saúde, não se buscava apenas a recuperação do corpo físico, mas sim o equilíbrio entre a pessoa, o ambiente e o mundo energético, promovendo sua reintegração na vida da comunidade (p. 1).

Diante do exposto, embora existam complexidades culturais nas diferentes sociedades africanas, podemos perceber a semelhança entre traços culturais compartilhados por estes grupos. Nesse sentido, a influência dessas culturas nas PICS utilizadas na humanização do parto na Casa Angela e sua aplicabilidade, como forma de preservação e disseminação dos saberes negros, para fortalecimento e promoção de saúde das mulheres negras, sobretudo na gravidez, parto e puerpério, pois consistem em um conjunto de condutas que indiretamente contribuem para o enfrentamento do racismo institucional.

3. 3 Preto no branco: experiências gravídico-puerperal de mulheres negras

> *[...] nasceu essa filha linda, a poesia, ela que me foi sendo gestada enquanto eu tentava lidar com a maré brava do puerpério. Ela foi devagar sendo lágrimas de alegria, de morte, de vida, doloridas e coloridas, de descoberta, de conforto e desconforto. E assim foi se formando sozinha, crescendo dentro e fora de mim, quando percebi, ali estava em minhas mãos [...]*
>
> Priscila Obaci (entrevista, 2020).

Historicamente mulheres negras vivenciaram a gravidez, parto e puerpério atravessados por violências, silenciamento e exploração de seus corpos. Esta perspectiva atravessou gerações e mesmo com a instituição de políticas públicas para equidade racial esta disparidade não foi reparada. As mulheres que participaram desta pesquisa, relataram que no modelo hospitalocêntrico, apresentaram depressão pós-parto (20%), dificuldade para amamentar com presença de sangramento no bico do seio (40%), sono prejudicado (60%) e baixa auto estima após o parto (20%). Esse fato pode indicar que no marcante algumas experiências tenham sido atravessadas pelas opressões de gênero e raça, uma vez que fatores hormonais, socioambientais, estresse (decorrente ou não da gravidez) entre outros, podem contribuir com o aparecimento destes problemas (VARELLA, 2020).

Ainda neste contexto, os relatos escritos evidenciaram experiências diversas, com diferenças de elaboração, porém em sua maioria marcadas por sentimentos negativos. As palavras utilizadas para traduzir o momento pós-parto no hospital foram: “Medo”, “Perdida”, “Insegurança”, “Alívio”, “Alegria”, “Tranquilidade”, “Vitória”, “Fim da dor”, “Superação”. Embora as entrevistadas não tenham explicitado as dimensões raciais ao informar as perguntas, a raça é um atributo que emerge nas respostas, através das interações sociais, pois “a violência e humilhação por elas sofridas não são uma exceção” (GONZALEZ, 2020, p. 110).

Ao apresentarmos outros sentidos acerca dessa vivência sagrada para o feminino, no campo da subjetividade de mulheres negras, atribuímos um novo sentido a essa narrativa, de caráter discursivo, a qual coloca mulheres negras no lugar de reivindicação de sua própria humanidade e naturalização do direito de experienciar a força vital do nascimento de forma acolhedora e humana. bell hooks [sic] (2020) nos ensinaque podemos transcender através do amor, que ele nos liberta, pois “ao passo que tem sido crucial para a autorrecuperação coletiva que tenhamos exposto e continuemos a expor a disfunção, é igualmente importante revelar e celebrar sua existência” (HOOKS, 2020, p. 238-239). Nesse sentido, ao expormos os índices de violência que as mulheres negras sofrem no período gravídico-puerperal, também é importante evidenciar outras vivências, que alterem a imagem de inferioridade do negro, que por si só não é real, mas fruto da construção do colonialismo. Frantz Fanon (2008) nos alerta para desalienação do negro e propõe que a correção aconteça através de transformações estruturais.

Nesse sentido, o mulherismo africana, como cosmopercepção centrada na elevação e retorno do percurso civilizatório negro-africano, dialoga com pessoas negras em diáspora, pois compreende que todos os males que as acometem, são fruto do tráfico transatlântico, responsável por construir a realidade com o outro e consigo (NJERI; RIBEIRO, 2019). Portanto, “centrar as pessoas negras e orientá-las ao seu trilho civilizacional, colocando-as como agentes diante dos fenômenos que as atravessam” (NJERI; RIBEIRO, 2019, p. 3), é se apropriar das práticas de cuidado afrocêntricas no período que compreende gestação, parto e puerpério, é reivindicar políticas públicas efetivas de saúde reprodutiva para mulheres negras, é colocar-se na cena do parto como protagonista, é identificar violências e articular-se em grupo para superá-las. Compreendendo que a estrutura de privilégios étcnico-racias está estabelecida, a proposta é “justamente centrar os povos africanos e reorientá-los na história [...] e a partir dessa localização, construir sua própria agência, para que os africanos possam desenvolver uma identidade positiva e assumir o controle de suas vidas” (NJERI; RIBEIRO, 2019, p. 12).

Nessa perspectiva, o partejar e tornar-se mãe é lugar de potência, coletividade, e “compreendendo que o matrigestar vincula–se à capacidade de gestar potência” (SILVA, SILVA, 2020, p. 9), a vivência humanizada e autônoma desse período produz dispositivos para outras resistências. Ana da Silva (2011) nos fala que subverter a lógica racista através da produção de outras narrativas é fundamental, pois:

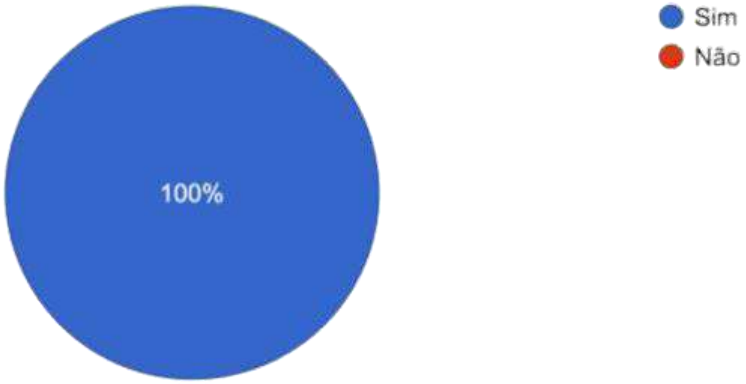
> Compreender o conceito de representação social, a sua função em nível do social e seu histórico, bem como “por que” ela é produzida, é importante para a interpretação das transformações da representação social do negro, bem como dos determinantes dessa transformação (p. 27).

Portanto, neste ponto ao apresentar a experiência do parto natural humanizado de mulheres negras na Casa Angela, pretende-se criar uma nova perspectiva sobre tal vivência, fundamentada no respeito a condição humana dessas mulheres, pois “não há nada mais urgente do que começarmos a criar uma nova linguagem [...] que emerge como um ato político” (KILOMBA, 2019, p. 21), de empoderamento de mulheres negras.

Analisando os gráficos abaixo podemos observar que o gráfico 11, destaca que

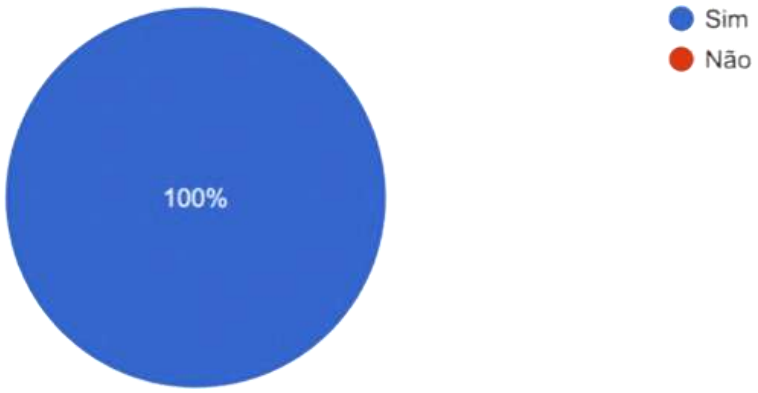
(100%) das mulheres que responderam o questionário realizaram o pré-natal integralmente na Casa Angela. Os benefícios do acompanhamento de consultas pré-natal contribuíram para detecção precoce de patologias maternas ou fetais, redução de risco para gestante e desempenharam papel fundamental para o desenvolvimentosaudável do bebê (BRASIL, 2019). O gráfico 12, revela que (100%) das mulheres sentiram-se contempladas pelo plano de parto, no qual tiveram suas preferências como: ambientação na sala de parto, iluminação, música, realização de fotos ou vídeos, escolha dos acompanhantes, métodos para alívio da dor, ingesta hídrica e/oualimentar, não realização de episiotomia, entre outros desejos para ela e o recém-nascido respeitados (BRASIL, 2019). No gráfico 13 (100%) das mulheres afirmaram não ter ouvido comentários constrangedores durante o trabalho de parto na Casa Angela. Esses dados deslocam a realidade da narrativa de violência obstétrica que muitas mulheres negras sofrem nos serviços de saúde e delinea caminhos para humanização e enfrentamento ao racismo obstétrico para além das violências institucionais.

Gráfico 11 – Pré-natal na Casa Angela



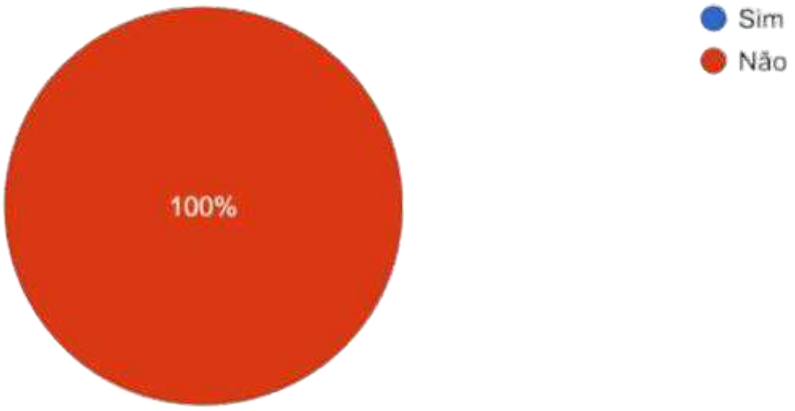
Fonte - Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

Gráfico 12 – Plano de Parto



Fonte: Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

Gráfico 13 – Comentários constrangedores no Parto Humanizado?



Fonte - Resultado da Pesquisa Realizada, com mulheres assistidas na Casa Angela - Centro de parto Humanizado, no período que compreende os anos de 2021 – 2022.

A tabela abaixo representa os relatos de parto das mulheres assistidas na Casa Angela. Carregados de emoção e entusiasmo cada palavra simbolizou o deslocamento do discurso racial, uma vez que a experiência humanizadora desse processo corporificado através de práticas decoloniais, revelaram que mesmo as memórias de sofrimento e resistência podem ser ressignificadas. “Podemos ver então que as experiências [...] da diáspora, a história feita corpo dos afrodescendentes, constituem a tessitura das políticas antirracistas contemporâneas” (LOPÉZ, 2015, p. 25). Ou seja, pensar novas práticas de sociedade que humanizem mulheres negrasem um dos momentos mais sublimes de sua existência é abrir caminho para

descolonização, pois quando um sujeito negro se fortalece a partir da relocalização na sociedade recuperando a autoestima étnica promove “[...] efeito disruptivo na subjetividade colonial” (LOPÉZ, 2015, p. 7).

RELATO 3

M1 - “Segurança, Paz e Felicidade”

M2 - “Carinho amor felicidade”

M3 - “Felicidade”

M4 - “Gratidão, felicidade, maravilhadaaaaa sem palavras”

M5 - “Felicidade, satisfação, gratidão”

RELATO 4

M1 - “Umas das melhores experiências da minha vida, com muito respeito, carinho, humanização, sem dúvidas a melhor experiência”

M2 - “Não tem explicação nem palavras pra descrever o quão gratificante emaravilhoso foi meu parto na casa Angela. ambiente e pessoas acolhedoras senti o amor pelo que todos fazem lindo”

M3 - “Muito melhor e mais humano”

M4- “Eu não tive problema em ter meu primeiro filho em um hospital público, mais ter meu segundo filho na casa angela, centro de parto humanizado foi surreal, espetacular, gratificante eu não tenho palavras para expressar tamanha felicidade e gratidão por poder da luz ao meu filho na Casa Angela ameeeii demais, e indico para todas mulheres que possam ter bebê ali.”

M5 - “Foi a experiência mais maravilhosa da minha vida eu amei cada segundo, fui muito bem acolhida a viveria tudo outra vez.”

Embora a humanização do parto configure um grande desafio às instituições e para a sociedade, quando elaborada nos serviços de saúde, preserva os direitos reprodutivos da mulher, contribui para um tratamento livre de danos e maus-tratos, possibilita igualdade de tratamento, sem discriminações raciais com atenção equitativa. A luta por esse modelo de assistência realmente só será exitosa em uma perspectiva mulherista, que pensa na potência da própria vida e tem como foco principal a eliminação das mortes de pessoas negras, não somente as mortes físicas, mas as mortes subjetivas e ancestrais. As mulheres negras ainda são as que mais morrem de violência obstétrica, conforme o estudo *“Nascer no Brasil*” da Fundação Oswaldo Cruz (2019). A ideia, portanto, é construir políticas reprodutivas levando em consideração vivências correspondentes, como: gestação, parto, aborto e amamentação, em um contexto estruturalmente racista, pois o fato da política de humanização não levar em consideração os efeitos do racismo na saúde das mulheres negras, não transformará o modelo vigente, embora existam outros modelos de humanização, como a Casa Angela.

3. 4 Estratégias interseccionais de combate à violência obstétrica...

> *As mulheres são os pretos da raça humana”. Elas podem nos dizer então o quê ou quem são as mulheres pretas? Os pretos dos pretos da raça humana?Você pensaria que as mulheres pretas não existem. Na verdade, elas se veem negadas, desta forma, pelas próprias mulheres que afirmam lutas pela liberdade de todas as mulheres*
>
> Thiam (2020, p.4).

O racismo difere do patriarcalismo, difere da opressão de classe e ao mesmo tempo relaciona-se em eixos que acabam se intercruzando. Nesse sentido Kimberlé Williams Crenshaw (2002), conceitua Interseccionalidade, como condições dinâmicas e estruturais, entre dois ou mais segmentos de subordinação. Ou seja, a interseccionalidade entende que o racismo, sexismo, desigualdades sociais, transfobia, xenofobia, etc; estruturam posições, tratamentos, acessos e outros, e não

podem ser examinados separadamente.

Para Akotirene (2019), a interseccionalidade produz mecanismos para os movimentos antirracistas, feministas e de direitos humanos administrarem as pautas das mulheres negras. No entanto, tratando-se da saúde das mulheres negras, “ações para ampliação do acesso e utilização das políticas públicas de saúde, incluindo ações de promoção pelas mulheres negras, devem permitir a aproximação física e cultural entre instituições públicas e as mulheres negras” (WERNECK, 2016, p. 12).

O viés racial e o sexismo explícito do racismo institucional formam uma rede conflituosa de complexidades nos serviços de saúde. A oposição do saber tradicional ao saber biomédico influencia grande parte dos profissionais de saúde, os quais não consideram a narrativa das mulheres negras, por desumanizá-las devido o legado da escravização, nesse sentido “o investimento em capacitação e letramento racial em saúde, deve ser colocado em pauta para que haja o reconhecimento do valor de cidadania no que refere os direitos reprodutivos das mulheres negras” (ASSIS, 2018, p. 15).

Nesse contexto, faz-se necessário a produção de respostas a violência obstétrica sofrida por mulheres negras que contemplem aspectos de gênero, raça e classe, no qual a construção de ações afirmativas em diferentes esferas, compreendam a subjetividade deste grupo populacional sobrepondo as barreiras estruturais que impedem o exercício pleno de direito à saúde dessas mulheres, adotando métodos e linguagens que inferem diferentes valores, cosmovisões e cosmopercepções. De acordo com Jurema Werneck (2016):

> Um aspecto importante das ações afirmativas refere-se à criação de estímulos à formação de sujeitos pertencentes aos grupos discriminados nas profissões da área de saúde − o que inclui a carreira médica, mas não apenas ela − e de medidas que permitam sua ascensão funcional aos mais altos cargos de tomada de decisão, além de requisitar a adoção de atitudes que estimulem, reforcem e garantam a permanência desses profissionais nos territórios de origem ou naqueles com maior necessidade, incluindo modelos apropriados e sustentáveis de gestão pública dos serviços e do sistema. Não se pode negligenciar a importância da constituição de processos de monitoramento e avaliação consistentes, que privilegiem indicadores sensíveis, capazes de serem manejados pelos diferentes sujeitos envolvidos e adequados à mensuração das disparidades raciais na saúde e seus processos de eliminação. Esses processos, que

> precisam incluir a participação das mulheres negras, devem se apoiar em ampla divulgação de informações acerca dos benefícios e das necessidades de utilização de indicadores de monitoramento e avaliação apoiados na informação sobre raça/cor – um modo de diminuir resistência e estabelecer confiança (p. 11-12).

A representatividade de mulheres negras nos espaços de poder, também se faz necessário, uma vez que estes lugares são essenciais para o alcance de transformação social. A "[...] ação coletiva é o meio eleito pelas mulheres negras para o empoderamento e o enfrentamento dos desafios impostos pelas instituições e pela sociedade" (SILVA, 2019, p. 15), pois como nos lembra Joice Berth (2019), não esvaziando o conceito; o empoderamento poderá somente ser pensado para emancipação dos indivíduos em coletividade. O objetivo desse pensamento é proporcionar ferramentas de fortalecimento a essas mulheres para luta coletiva, capazes de envolvê-las nos processos institucionais, como por exemplo:

> participação de mulheres negras para ampliação da diversidade cultural, racial e de identidade de gênero na gestão e nas equipes de trabalho, nos diferentes níveis de gestão: programas de qualificação, cotas, treinamento das equipes para maior aceitabilidade etc.; [...] inserção de mulheres negras nos processos de planejamento institucional; [...] participação de mulheres negras na definição de indicadores de avaliação (WERNECK, 2016, p. 13).

Sendo assim, segundo Audre Lorde (2019) a redução das desigualdades passa necessariamente pelo reconhecimento das diferenças; invisibilizá-las é fingir que elas não existem, impedindo a criação de modelos e mecanismos que nos ajudem a conviver com equidade. Portanto, as estratégias de mobilização institucional para enfrentamento ao racismo obstétrico compreendem ações de políticas públicas que envolvam:

> diagnóstico das características da população segundo raça/cor e sexo/identidade de gênero; ação integrada a outras políticas setoriais como educação, emprego, previdência e assistência social; treinamento de equipes para abordagem singularizada e para enfrentamento do racismo; estabelecimento de metas de cobertura para grupos populacionais excluídos; inserção da promoção da equidade racial e de gênero como dimensão estratégica e objetivo dos ciclos de planejamentos e orçamento públicos, especialmente da saúde, nas três esferas de gestão; ampliação da representação negra,

> com equidade de gênero (de modo proporcional a sua participação na população geral); estabelecimento de metas de eliminação do RI e das disparidades raciais e de gênero nas políticas; ampliação da participação negra, com equidade de gênero, e das informações para a promoção da equidade na comunicação pública e privada; ampliação do investimento público dirigido à eliminação do racismo e à iniquidade de gênero; ampliação das redes do Sistema Único de Saúde, especialmente aquelas sob gestão pública estatal, nas regiões de maior presença de população negra (WERNECK, 2016, p. 11-12).

Diante do exposto, é possível compreender os desafios para incorporação efetiva das políticas de justiça social para saúde integral de mulheres negras, porém, as iniciativas de enfrentamento ao racismo em consequência à violência obstétrica, estão integradas às políticas públicas legitimadas pelo Estado, tal qual a PNSIPN, que de acordo com o que está previsto em um de seus objetivos, insere a interseccionalidade como aspecto de saúde da mulher. Embora esta política não tenha sido absorvida de fato pelo SUS, alguns de seus objetivos foram incorporados à Lei nº 12.288/2010, aprovada pelo Congresso Nacional em 2011 (BRASIL, 2010). Werneck (2016) aponta que:

> A partir de então, a atenção à saúde da população negra em seus diferentes aspectos passou a ser regulamentada via lei federal, como estratégia de provocar respostas necessárias. No entanto, além do rechaço mais ou menos explícito por parte de muitos, verificou-se, também, uma profunda ignorância acerca dos diferentes elementos envolvidos nos processos de realização de ações e estratégias necessárias, que explicam o porquê da PNSIPN não ter sido adequadamente implementada após esses anos. (WERNECK, 2016, p. 5).

A partir do exposto, a articulação política, social e econômica de mulheres negras frente a execução de políticas reprodutivas e sexuais, é urgente. Santos (2021),considera o que o sentido ancestral de resistência contribui na luta de mulheres negras por equidade racial e outras frentes, e analisa a complexidade de percepção dos profissionais e gestores de saúde, em relação ao viés racial, definindo as iniquidades em saúde de mulheres negras pela condição socioeconômica. “É interessante notar que os sentidos atribuídos à diversidade e à particularidade das mulheres gira em torno, a priori, apenas da dimensão socioeconômica, afirmando que o caráter racial não se relaciona a tais aspectos” (SANTOS, 2021, p. 14). Porém, “os dados revelam que o racismo estrutural ainda

coloca raça como o primeiro quesito para existir ou não” (NJERI; ANKH; MENE; 2019, p. 18-19).

Tal afirmação representa uma barreira para materialização da universalidade e integralidade, princípios doutrinários do SUS. Sendo assim, "ficamos com a sensação de que as políticas públicas podem agir no campo do simbólico e realmente dar a sensação de segurança para grande parte das mulheres e, objetivamente, evitar casos de violência” (NJERI; ANKH; MENE, 2019, p. 16). Portanto é necessário envolvimento político-social dos sujeitos que atuam nos serviços de saúde e participação de mulheres negras nesta dinâmica.

Neste sentido, destaco novamente o Mulherismo Africana como proposta de enfrentamento a “étnico marginalização obstétrica”, pois como propõe Clenora Hudson-Weems (2020), o resultado das exclusões de mulheres africanas em diáspora precisa ser pensado através de “[...] um novo percurso de autonomeação [...] e autodefinição que justificam a urgência e necessidade de um novo rumo para a mulher Africana” (HUDSON-WEEMS, 2020, p. 28). Logo:

> [...] o Mulherismo Africana, teoria e prática afrocêntrica, é afroperspectivado por nós da diáspora amefricana brasileira, para que possa condizer com as realidades das paisagens que nos abarcam no brasil e não apenas colhendo uma teoria pensada no eixo norte do continente, por nossos pares afro-americanos, e buscando aplicá-la de forma cega e imperialista as nossas especificidades socioculturais. Ser sensível às questões da Améfrica Ladina é crucial para que haja o almejado equilíbrio e avanço de um povo deslocado para Sul da Amérikkka, possuidor do papel matriarcal e maternocentrado como base para luta, resistência e permanência na diáspora, visando a reconstrução da plena integridade cultural negra, defensora dos princípios keméticos de Maat, de reciprocidade, equilíbrio, harmonia, justiça, verdade, integridade e ordem (NJERI; ANKH; MENE, 2019, p. 29-30).

Portanto, proponho o conceito de interseccionalidade apenas para desenhar as práticas de opressão racial, compreendendo que para Hudson-Weems (2020), existiria uma complexidade em associar o Mulherismo Africana a este conceito, pois o deslocamento deste sugere a exclusividade de gênero e foi projetado por mulheres brancas para expandir sua agenda. O Mulherismo define o papel da mulher Africana através da unidade cultural afrocêntrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período que compreendeu o trafico transatlântico nos séculos XVI e XIX, até o processo de abolição, a constituição da sociedade brasileira esteve associada as funções reprodutivas das mulheres negras. A ausência de informações na historiografia acerca deste acontecimento histórico, impediu o aprofundamento das questões relacionadas a gênero, corpo e sexualidade. O que conseguimos analisar é a exploração que as mulheres negras vivenciaram através da subjugação de seus corpos. Desde estupros, para produzir uma classe brasileira de trabalhadores, experimentos para o desenvolvimento da medicina, até a negação e desumanização do exercício dos direitos reprodutivos.

A Lei do Ventre Livre e o crescimento dos movimentos abolicionistas tiveram forte influência sobre o mercado de exploração das amas de leite negras, a medida que teorias higienistas eram disseminadas através de meios de comunicação, a disseminação do racismo científico ganhou força apoiada pelo eugenismo, que tinha por objetivo o branqueamento da população, para melhor desemprenho intelectual e características sociais da raça. Neste momento, nasce a ideia do homem branco universal, através da superioridade da raça.

Pesquisadores negros, chamam atenção para o apagamento histórico dos movimentos de resistência pretos. A epistemologia hegemônica contribuiu para reforçar a inferioridade negra e superioridade branca, através da epistemologia eurocêntrica. Nesse ínterim, pensadores negros afirmaram a necessidade de refundar a história a partir da unidade cultural africana.

Nesse contexto, ao analisarmos o legado da escravização na vida de mulheres negras, novamente observamos o atravessamento em relação a saúde reprodutivas das mesmas, melhor dizendo, na ausência de saúde. Com a implementação das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, a ciência do nascimento se consagrou como uma das primeiras atividades da medicina. O homem branco tornou-se protagonista da cena de parto e considerou todos os eventos acerca dos ciclos femininos como não naturais. Estava então consolidada a medicalização do corpo feminino.

Parteiras tradicionais e mulheres que cuidavam de outras mulheres no

período que compreendia a gestação, parto e puerpério, utilizando saberes ancestrais perderam espaço e o saber tradicional foi substituído pelo tecnocrático. Importante ressaltar, que o modelo hospitalocêntrico de assistência do parto foi permeado por violências, subjugação dos corpos pretos e intervenções médicas desnecessárias. Atualmente podemos observar como os mecanismos de medicalização da saúde reprodutiva das mulheres impacta nos altos índices de cesarianas no Brasil.

Sendo assim, podemos então dividir a consolidação da medicina obstétrica no Brasil, em dois momentos contundentes, o momento que antecedeu a insititucionalização do parto no Brasil, o qual foi construído sobre forte influência das culturas africanas e indígenas, e o momento de medicalização do parto.

Neste contexto observamos a desvalorização do saber tradicional em detrimento do saber científico. A partir desse momento, a humanização em saúde, especificamente na atenção ao parto, torna-se um movimento político de resgate do ato de parir como um fenômeno fisiológico do corpo da mulher e a perspectiva do resgate ancestral, coloca a mulher negra no centro deste debate, uma vez que as mulheres negras são as que mais sofrem com a violência obstétrica.

Tornou-se necessário compreender a violência obstétrica como uma iniquidade em saúde pública, com viés racial. A construção de políticas públicas apontou que o racismo era determinante no aspecto saúde-doença da população preta. Porém os interesses políticos e ideológicos acerca dessas políticas não permitiram sua efetivação. Como por exemplo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que definiu uma agenda em saúde para este grupo.

A análise interseccional das violências acerca do parto permitiu analisar os dados deste fenômeno através do conceito de Dororidade como marcador epidemiológico. Cunhado por Piedade (2017), o conceito nos ensina que a dor marcada pela violência, genocídio e demais opressões é preta. Ela dialoga com o conceito de Sororidade, mas aponta que este conceito por si só não dá conta de resolver às questões das mulheres pretas. Nesse sentido, a branquitude, enquanto sistema que produz desigualdades raciais, precisa ser extinguido, conforme nos ensina Lourenço (2019), pois somente quando as concepções de raça e de superioridade forem desconstruídas, poderemos alcançar justiça social para pessoas pretas.

A epistemologia feminista nos oferece diferentes perspectivas para o olhar sobre a saúde da mulher negra. Porém a cosmopercepção afrocêntrica, através do conceito de Mulherismo Africana por Hudson-Weems (2020), apresenta uma proposta emancipadora a étcnico marginalização obstétrica sofrida por mulheres negras, de autonomeação e reinvidicação da etnicidade para superação das opressões vividas por mulheres negras em diáspora.

A Casa Angela – Centro de Parto Humanizado, protagonista desta pesquisa, proporcionou a sinergia dos conceitos ora apresentados com o enfrentamento ao racismo institucional, através da oferta de um modelo de assistência ao parto humanizado centrado na autonomia da mulher. As mulheres negras que vivenciaram a experiência do parto primeiramente no modelo hospitalocêntrico e posteriormente na Casa Angela, ao responderem o questionário, destacaram que a Casa Angela através de suas práticas de assistência decoloniais devolve a dignidade da pessoa humana e respeitam os princípios de equidade e integralidade do SUS. Embora existam fatores desafiadores no movimento de humanização do parto, modelos como a Casa Angela revelam que a lógica de violência pode ser subvertida levando-se em consideração o respeito a subjetividade de cada grupo.

REFERÊNCIAS

ABREU, J. L. N. *et al*. Na saúde e na doença: enfermidades, saberes e práticas de cura nas medicinas do Brasil Colonial (séculos XVI-XVIII). *In:* TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2018.

ADCHIE, C. N. **O perigo de uma história única**. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2019.

AGÊNCIA BRASIL. **Negros são maioria nas favelas, segundo estudo doIpea**. 16 dez. 2008. Disponível em: https://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2008-12-16/negros-sao-maioria-nas-favelas-segundo-estudo-do-ipea. Acesso em: 21 nov.2022.

ANDRADE, P. *et al*. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. 2016; 16(1): 29–37. Disponível em:https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004. Acesso em: 3 out. 2022.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Jandaíra, 2019.

ALMA PRETA. **Com atendimento humanizado, parteiras e doulas negras combatem racismo obstétrico**. [*s.l.*: *s.n.*], 2021. Disponível em: https://almapreta.com/sessao/cotidiano/com-atendimento-humanizado-parteiras-e-doulas-negras-combatem-racismo-obstetrico. Acesso em: 11 jun. 2021.

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Jandaíra, 2020.

AMAUDIME, I. **Reinventing Africa**: matriachy, religion and culture. London: Zed Book, 1997.

ARAUJO, J. G.; COELHO NETO, A. **Programa de Atenção Primária deSaúde**. Fortaleza: UFC, 1981.

ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 547–565, set./dez. 2018. Disponível em:https://doi.org/10.1590/0101-6628.159. Acesso em: 18 jun. 2022.

BALASKAS, J. **O parto Ativo**: um guia prático. São Paulo: Ground, 1993.

BARBOSA, M. B. B. *et al*. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 420–429, 2019.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 1, mar. 2005.

BARROS, N. F. *et al*. Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, jan./mar., 2016.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia da Letras, 2022.

BERTH, J. **Empoderamento**. São Paulo: Jandaíra, 2019.

BEZERRA, T. M.; MENDES, T. M. Somos todas feministas? Conversa sobre o feminismo branco, feminismo negro, mulherismo africana é possível fuga das categorias coloniais de gênero e sexualidade. **III Seminário Internacional em Direitos Humanos e Sociedade**. Santa Catarina, p.1–6. 2021. Disponível em: https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/AnaisDirH/article/view/7572/6419. Acesso em: 14 mar. 2022.

BICALHO, R. A.; PAULA, A. P. P. Violência Simbólica: uma leitura a partir da Teoria Crítica Frankfurtiana. *In*: **II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho**. 2009, Curitiba. Anais [...] Curitiba: ANPAD, 2009.

BLAY, E. A. **Feminismo e masculinidades**: novos caminhos para enfrentar a violência contra a mulher. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

BONFIM, J. O. *et al*. Práticas de cuidado de parteiras e mulheres quilombolas à luz da antropologia interpretativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, 2018.

BOURDIEU, P. **Esboço de autoanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

BOWSER, D.; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility based childbirth: report of a landscape analysis. **Harvard School of Public Health**. University Research Co., LLC; 2010. Disponível em: https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf. Acesso em: 12 out. 2022

BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento**. [*S.l.*]: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Assistência Integrada à Saúde da Mulher:** bases de ação programático. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002559.pdf. Acesso em: 17 ago. 2022.

BRASIL. **Norma técnica Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf. Acesso em: 07 set. 2022.

BRASIL. **Parto e nascimentodomiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Saúde Sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3946, de 2021**. Dispõe sobre o exercício da profissão de doula. Brasília: Senado, 2021.

BRASIL. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7. pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. **Lei n. 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. ALESC/GCAN, Santa Catarina, 17 jan. 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 13 out. 2022.

BRASIL. **Lei n. 16499 de 06 de dezembro de 2018**. Estabelece medidas de proteçãoà gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito doEstado de Pernambuco. Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, 6 dez. 2018. Disponível em:https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=370732. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. **Resolução Cofen nº 516/2016**. Alterada pelas resoluções Cofen nº 524/2016 e 672/2021. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 23 jun. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-672-. Acesso em: 17 jun. 2022.

BRASIL. Portaria nº 971, de 3 maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2006;(84): 20-25. Seção 1. Disponível em: http://www.crbm1.gov.br/Portaria%20MS%20971%202006.pdf. Acesso em: 13 ago.2022.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 5 nov. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010.** Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRAS. **Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao ControleSocial**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_p

opulacao.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

BRASIL. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher 2017/2018**. Secretaria Nacional de Políticas das Mulheres, 2020. 180 p. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/publicacoes-1/SPMRaseamdigital.pdf. Acesso em: 8 ago. 2022.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Saúde da mulher na gestação**: Parto e Puerpério. São Paulo: Hospital Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL DE FATO. **IBGE**: mulheres negras e pardas são as principais usuárias da atenção básica à saúde. São Paulo. 31 out. 2020. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2020/10/21/ibge-mulheres-negras-e-pardas-sao-as-principais-usuarias-da-atencao-basica-a-saude. Acesso: 08 nov. 2022.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135–149, abr./jun., 1991.

BRITO, A. R. C. **Trajetória de mulheres negras**: traduções transatlânticas entre mares e Marés. Dissertação (Pós-Graduação em Educação)—Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/18225. Acesso em: 15 set. 2022.

CALDEYRO-BARCIA, R. *et al.* **Bases Fisiologicas y Psicologias para el manejo humanizado del partonormal**. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrolo Humano, 1979.

CARREIRA, D. O lugar dos sujeitos brancos na luta antirracista. **Revista Internacionalde Direitos Humanos**. Brasil, v. 15, n. 28, p. 127-137. 2018. Disponível em: https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2019/05/sur-28- portugues-denise-carreira.pdf. Acesso em: 1 maio 2022.

CARNEIRO, M. E. **Procura-se uma ama "Preta com muito bom leite, prendada e carinhosa"**: uma cartografia das amas de leite na sociedade carioca, 1850–1888. 2006. Tese (Doutorado em História)—Universidade de Brasília, 2006.

CARNEIRO, S. A batalha de Durban. **Revista Estudos Feministas**, vol. 10, n. 1, jan. 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100014. Acesso em: 8 jun. 2022.

CARNEIRO, S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005.Tese (Doutorado em Educação)—Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: https://repositorio.usp.br/item/001465832. Acesso em: 23 jun. 2022.

CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARVALHO, A. B. **Educação, Ética, Interculturalidade e Saberes Decoloniais**. SãoPaulo: Cultura Acadêmica, 2022.

CARVALHO, D.; MEIRINHO, D. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. **Revista Eletron Comun Inf Inov Saúde**. Brasil, v.14, n.3, p. 656-680, jun./set. 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43714/12.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 3 out. 2022.

CARVALHO, B. L. P. P., Nascimento e mortalidade infantis são destaques em nova edição de periódico científico de história. **Café História**, jan. 2019.

CARVALHO, V. F. *et al*. Práticas Prejudiciais ao parto: Relato dos Trabalhadores de Saúdedo Sul do Brasil. **Revista Rene**, Ceará, v. 11, n. especial, 92–98. 2010. Disponível em: https://eenf.furg.br/images/stories/docs/nalu03.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

CASA ANGELA CENTRO DE PARTO HUMANIZADO. São Paulo. Disponívelem: http://www.casaangela.org.br/historia.html. Acesso em: 3 jan. 2022.

CHARLES, W. M., "Ignorância branca". **Griot: Revista de Filosofia**, Amargosa, v. 17, n. 1, pp. 413–38, jun. 2018. Disponível em: https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/griot/article/view/785/500. Acesso em: 13 jun. 2022.

COELHO, R. S. **Violência obstétrica no Brasil**: uma reflexão acerca das possibilidades de enfrentamento das mulheres negras. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito)—Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2021.

COELHO, R. *et al*. (2022). Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. **Nota Técnica**, n. 27. IEPS: São Paulo. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-%20content/uploads/2022/08/IEPS_NT27.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Intersecionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2020.

COSTA, E. V. **A abolição**. São Paulo: Unesp, 2010.

COSTA, J. F. **Da cor ao corpo**: a violência do racismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. Disponível em: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/pdf/dacoraocorpo_jurandirfreire. Acesso em: 15 set. 2022.

COSTA, M. N. **Nós por nós**: solidariedade feminina nas interfaces entre sororidade e dororidade: práticas e discursos em grupos de mulheres numa rede social digital. Tese (Pós-Graduação em Ciências Sociais do Centro de Humanidades)—Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2021. Disponível em: http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/18254. Acesso em: 17 nov. 2022.

CRESCER. **Doula fala sobre aprovação de projeto de lei que reconhece a profissão no Senado**: “Uma das maiores conquistas”. Rio de Janeiro, 18 mar. 2022. Disponível em: https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/noticia/2022/03/doula-fala-sobre-aprovacao-de-projeto-de-lei-que-reconhece-profissao-no-senado-uma-das-maiores-conquistas.html. Acesso em: 15 mai. 2022.

CRUZ, Z. V. **O ato de partejar**: memórias, saberes e práticas de parteiras tradicionais do sudoeste baiano. Tese (Doutorado em Memória, Linguagem e Sociedade)—Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2019.

DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975–1993). **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p.133–141, jan./abr. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ref/a/NLv5Bs6zRGHhzCZ8859x9dS. Acesso em: 14 mai. 2022.

DAMASCO, M. A questão da saúde reprodutiva e o feminismo negro no Brasil. *In*: **Café História**: história feita com cliques. 24 abr. 2017. Disponível em: https://www.cafehistoria.com.br/a-questao-da-saude-reprodutiva-e-o-feminismo-negro-no-brasil. Acesso em: 14 set. 2022.

DANIN, R. A. A construção do racismo institucional sistêmico e seu reflexona segurança pública brasileira: uma abordagem sociológica. **Revista Direitos, Trabalho e Política Social**, Cuiabá, v. 4, n. 7, p. 141–164, jul./dez. 2018.

DAVIS, A. **Mulher, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEL PRIORE, M. (org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997.

DIAS, I. E. *et al*. Alimentação e hidratação no trabalho de parto: um cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 604-610, mai. 2011. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/6765/6012. Acesso em: 24 abr. 2022.

DIAS, A. A.; SILVA, T. R. O racismo sob a forma de violência silenciosa e as contribuições da pedagogia institucional no seu enfrentamento. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 21, n. 1, p. 72-92, jan./jun. 2013.

DIAS, M. D. **Mãos que acolhem vidas**: as parteiras tradicionais no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência saúde coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p.627–637, 2005.

DINIZ S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n.1, p. 80–91, ago. 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1044924/mod_resource/content/1/O%20%E2%80%9Ccorte%20por%20cima%E2%80%9D%20e%20o%20%E2%80%9Ccorte%20por%20baixo%E2%80%9D.pdf. Acesso em: 7 abr. 2022.

DIOP, C. A. **Unidade Cultural da África Negra**: esferas do patriarcado e do matriarcado na Antiguidade Clássica. Luanda: UniversidadeAgostinho Neto, 2014.

DIWAN, P. **Raça Pura**: uma história da eugenia no Brasil e no mundo. São Paulo: Contexto, 2015.

DOMINGUES, P. **O mito da democracia racial e a mestiçagem no Brasil (1889–1930)**. [*S.l.*]: Universidad Autónoma del Estado de México. 2005. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/162/16201007.pdf. Acesso em: 16 mar. 2022.

DOMINGOS, L. T. A complexidade da dimensão religiosa da medicina Africana tradicional. **Revista de Humanidades**, Caicó, v. 15, n. 34, p. 167-189, jan./jul. 2015. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/7108/5555. Acesso em: 16 jun. 2022.

DUROCHER, M. J. M. Carta da parteira Durocher. **Annaes Brasilienses de Medicina**, t. XVII, n. 5, p. 207, set. 1865.

ELTERMANN, A. C. F. Brasil, um país doente: o racismo científico nofinaldo século XIX. **Por das Letras**, Palmas, v. 7, n. 2, p. 44-63, abr., 2021.

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

FARIAS K. P. *et al*. Health practices: the view of the black elderly population in a terreiro community. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 590–7. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/WgVK9wZqNjSrJdVjDDRfwbw. Acesso em: 17 nov. 2022.

FARIA, L. **Corpos e vozes de matripotência**: A Palavra Cantada por Anicide Toledo do Batuque de Umbigada de Capivari-SP na Cosmopercepção do Mulherismo Africana. Tese (Pós-Graduação em Estudos Literários)—Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/32927. Acesso em: 7 set. 2022.

FARIA, N.; NOBRE, M. **Gênero e Educação**. São Paulo: SOF, 1999.

FERRÃO, A. C. C.; ZAGÃO, M. O. B. Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 886–900, abr. 2017. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/download/179/270. Acesso em: 27 nov. 2022.

FLEURI, R. M. Desafios à Educação Intercultural no Brasil. **Per Cursos**, Florianópolis, v. 2, n. 0, set., 2001. Disponivel em: https://www.revistas.udesc.br/index.php/percursos/article/view/1490/pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

FLOYD, R. D. **Birth as an American Rite of Passage**. London: University of California Press, 2004.

FOLLADOR, E. C. R. Medicina antroposófica: um novo paradigma para as questões da medicina moderna. **Revista de Medicina**, v. 92, n. 3, p. 166–172, 2013. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79997/83917. Acesso em: 21

ago. 2022.

FONSECA, A. C. **Manual do Agricultor dos Generos Alimenticios ou Methodo da cultura mixta destes generos nas terras cansadas**. Rio de Janeiro: Casa dos Editores, 1863.

FONSECA, M. B. **Poderosas Rainhas Africanas**. Belo Horizonte: Ancestre, 2021.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: A vontade do saber. São Paulo: Paz & Terra, 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1987.

FREDRICH, V. C. R. *et al*. Desvelando oracismo na escola médica: experiência e enfrentamento do racismo pelos estudantesnegros na graduação em Medicina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs421. Acesso em: 24 nov. 2022.

FRANKLIN, J. H. **Raça e História**: ensaios selecionados (1938–1988). Rio deJaneiro: Rocco, 1999.

GALVÃO, M. L. S. *et al.* Memórias de saberes tradicionais no antigo quilombo cabula (Salvador – Bahia): percursos entre narrativas de parto. **Revista Encantar**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 28–43, fev., 2020.

GAZETA DO POVO. **A importância da equipe multidisciplinar no parto humanizado**. 2022. Disponível em: https://www.gazetadopovo.com.br/conteudo. Acesso em: 14 mar. 2022.

GESSER, R.; COSTA, C. L. J. Menina Mulher Negra: construção de identidade e o conflito diante de uma sociedade que não a representa. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 26, n. 1, jan./jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-. Acesso em: 14 ago. 2022.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2011.

GOES, E. Violência Obstétrica e o viés racial. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**.Disponível em: https://cebes.org.br/violencia-obstetrica-eo-vies-racial/19702/. Acessoem: 17 jan. 2022.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervençõese diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GUIMARÃES, A. S. A. Raça e os estudos de relações raciais no Brasil. **Pragmatismo Político**. Novos Estudos CEBRAP N.° 54, julho 1999, pp. 147-156. Disponível em: https://www.pragmatismopolitico.com.br/wp-%20content/uploads/2018/11/GUIMARAES-%20Ra%C3%A7a-e-os-estudos-de-%20rela%C3%A7%C3%B5es-raciais-no-Brasil.pdf. Acesso em: 7 ago. 2022.

HOOKS, b. **Teaching to Transgress Education as the Practice of Freedom**. New York: Routledge, 1994.

HOOKS, b. **Olhares Negros**: raça e representação. São Paulo: Elefante, 2019.

HUDSON-WEEMS, C. **Mulherismo Africana**: recuperando a nós mesmos. São Paulo: Ananse, 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados. Acesso em: 16 fev. 2023.

IMBERT, J. B. **Manual do fazendeiro ou Tratado doméstico sobre as enfermidades dos negros, generalisando as necessidades medicas de todas as classes**. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1839. Disponível em: http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=179972820&COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,E17093036-20e,I250,B341720009+,SY,QDEF,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R201.131.93.82,FN. Acesso em: 15 fev. 2023.

JONES, J. M. **Racismo e preconceito**. São Paulo: Blucher: USP, 1973.

KALIKS, B. **O que é a medicina Antroposófica?**. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. 2016. Disponível em: https://www.sab.org.br/portal/medicinaeterapias/213-oqueeamedicinaantroposofica. Acesso em: 13 mai. 2022.

KATZ, L. *et al*. Quem tem medo da violência obstétrica?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, abr./jun. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017. Acesso em: 2 nov. 2022.

KEIM, E. J. Interações de Rudolf Steiner com uma educação anticolonial. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 56, p. 86–100, abr./jun. 2015. [*S.l.*]: UFPR. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0104-4060.41453. Acesso em: 17 mar. 2022.

KLAUS, M. H. *et al*. **Mothering the Mother**: How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier, And Healthier Birth. Porto Alegre: Artes Medicas, 1993.

KILOMBA, G. **Memórias da Plantação:** episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KI-ZERBO, J. **Para quando a África?**. Rio de Janeira: Pallas, 2009.

KOUTSOUKOS, S. S. M. “Amas mercenárias”: o discurso dos doutoresem medicina e os retratos de amas - Brasil, segunda metade do século XIX. **História,Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 305-324, abr./jun., 2009.

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, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816. Acesso em: 7 abr. 2022.

LEAVITT, J. W. Joseph B. DeLee and the practice of preventive obstetrics. **Am J Public Health**, v. 78, n. 10, p. 1353–61, 1988.

LEBOYER, F. **Pour une Naissance sans Violence**. Paris: Points, 2011.

LONGO, C. S. M. *et al*. Participação do acompanhante na humanização do parto e

sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 386-91. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.5266. Acesso em: 19 maio 2022.

LÓPEZ L. C. O Corpo Colonial e as Políticas e Poéticas da Diáspora para Compreender as Mobilizações Afro-Latino-Americanas. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, n. 43, p. 301-330, jan./jun. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-71832015000100012.Acesso em: 18 mai. 2022.

LORDE, A. **Sou sua irmã**: escritos reunidos e inéditos. São Paulo: UBU, 2020.

LORDE, A. Idade, raça, classe e gênero: mulheres redefinindo a diferença. *In*: **Pensamento Feminista**: Conceitos Fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do tempo, [2---].

MACHADO, R. *et al.* Melhor prevenir que remediar. *In*: MACHADO, R. e*t al.* **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p. 153-353.

MBEMBE, A. **Crítica da Razão Negra**. Portugal: Antígona Editores Refratários, 2014.

MBEMBE, A. Necropolitique. **Traversées, diasporas, modernités, raisons politiques**, n. 21, p. 29-60, 2006.

MAMEDE F. V. *et al*. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Revista da Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 331-336. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/mM6Nj6kjRXzXZXPQYMnZ5VL. Acesso em: 23 ago. 2022.

MARTÍN, P. P. **Manual de Introdução à Ginecologia Natural**. São Paulo: Ginecosofia Ediciones, 2018.

MARTINS, A. P. V.. A ciência obstétrica. *In:* MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, p. 63-106.

MARTINS, B. C. R. **Amas de leite e mercado de trabalho feminino**: descortinando práticas e sujeitos (Rio de Janeiro, 1830-1890). Dissertação (Mestrado em História)—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MATTOS, F. M. História, Histórias: multiplicando olhares. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 3, n. 7, p. 353–355, nov., 1997.

MATTOS, J. D. P.; SOUZA, V. M.; WENDRAMIN, C. Brasil em trabalho departo: um estudo sobre a violência obstétrica. **Anuário Pesquisa e Extensão UNOESC São Miguel do Oeste**, Joaçaba, v. 4, p. 1-14, 2019.

MATTOSO, K. M. **Ser escravo no Brasil**: séculos XVI-XIX. Petrópolis: Vozes, 2017.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetricia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MONTEIRO, M. C. S. Direito à saúde e participação social: enfrentando o racismo e a desigualdade social. *In*: KALCKMANN, S. *et al.* (org.). **Nascer com equidade**.

São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

MONTEIRO M. H. D. A. Práticas Integrativas e Complementares (PICs) para a saúde. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 305–307. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.32712/2446-4775.2020.1099. Acesso em: 20 nov. 2022.

MORAES, P. A. Conflitos e Enfrentamentos: as primeiras mulheres na Faculdade de Medicina no Império. *In*: **13º Seminário Nacional de História da Ciênciae da Tecnologia**, São Paulo. Anais […] São Paulo: USP, 2012. p. 1-11.

MOURATO R. J. O. *et al*. Plano de parto como estratégia de empoderamento femininp. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 4. Disponível em: https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275. Acesso em: 24 set. 2022.

MUNANGA, K. **Negritude**: usos e sentidos. São Paulo: Ática, 1988.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. Petrópolis: Vozes, 1999.

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. [*S.l.*]: UFMG, 2003. Disponível em: https://www.ufmg.br/inclusaosocial/?p=59. Acesso em: 25 mai. 2022.

NASCIMENTO, K. *et al*. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 7362–7380 mar./abr. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-278. Acesso em: 11 abr. 2022.

NJERI, A.; RIBEIRO, K. Mulherismo africano: práticas na diáspora brasileira. **Currículo sem Fronteiras**, v. 19, n. 2, p. 595–608, maio/ago. 2019. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/2d47/dfa528d9af54df758d0cc6cce91f0afcc9e7.pdf . Acesso em: 4 mai. 2022.

ODENT, M. **O camponês e a parteira**: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. Londres: Ground, 2002.

OLIVEIRA, *et al*. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. ABCS Health Sciences. **ABCS Health Sci**, v. 44, n. 2, p. 114-119, 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022349/44abcs114.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **As recomendações da OMS para a prevenção e tratamento de infeções maternas no período periparto**. [*S.l.*: *s.n*.], 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205681/WHO_RHR_16.01_por.pdf;jsessionid=243F27F2481ECC2F1D6339068693254A?sequence=4. Acesso em: 14 mai. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros**: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para asmães e recém-nascidos. Genebra: Ariadne Labs; 2017. p. 67. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-%20%20por.pdf?sequence=5. Acesso em: 14 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. [*S.l.*: *s.n.*], 2014. Disponibilidade em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 25 mar. 2022.

OPAS. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS**. [*S.l.*: *s.n.*], jun. 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam- aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso. Acesso em: 20 fev. 2022.

OSAWA, R. H.; RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porémdistintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, set. /out. 2006.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25–32, 1998. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets%20/csp/v14s1/1337.pdf. Acesso em: 4 nov. 2022.

OTAVIANO, K. L. N. **Orí inú**: conhecimentos e práticas ancestrais afro-brasileiras na saúde menta. Orientador: Prof. Dr. Henrique Antunes Cunha Júnior. Dissertação (Educação Brasileira)—Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7552/1/2013-%20DIS-LNOTAVIANO.pdf. Acesso em: 14 abr. 2022.

OTIONO, N. Cathere Acholonu (1951-2014): the female writer as a Goddess. **Nokoko**, n. 4, p. 67-89, 2014.

OYEWUMI, O. **A invenção das mulheres**: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero. Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2021.

PACIORNICK, M. **Parto de Cócoras**: aprenda a nascer com os índios. São Paulo: Brasiliense. São Paulo, 1983.

PADILHA, A. Desmonte da Rede Cegonha: desrespeito a mulheres, bebês e enfermagem. **Fórum**, 2022. Disponível em: https://revistaforum.com.br/opiniao/2022/4/14/desmonte-da-rede-cegonha-desrespeito-mulheres-bebs-enfermagem-por-alexandre-padilha-113022.html. Acesso em: 21 ago. 2022

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Caderno Pagu**, Campinas. n. 49, 2017.

PASSOS, W. Medicina e Mulheres no Antigo Egito: Merit Ptah e Peseshet: as primeiras médicas do planeta. **Bayah**, set. 2010.

PAVIONE, M. A. **Regimento Interno**: atuação de doulas. Aracaju, 2021.

PEREIRA, *et al*. Resultados Neonatais no Parto Vaginal Espontâneo Comparados aosdos Partos com Fórcipe de Simpson-Braun em Primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Brasil, v. 26, n.1. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/a/vqH6wBHhxSp6ChNqf6LFdBm/?format=pdf&lang=pt . Acesso em: 14 mai. 2022.

PORTAL CATARINAS. **Caso Alyne Pimentel completa 20 anos e história é contada em podcast**. 2022. Disponível em: https://catarinas.info/caso-alyne-pimentel-completa-20-anos-e-historia-e-contada-em-podcast. Acesso em: 13 fev. 2023.

PIEDADE, V. **Dororidade**. São Paulo: Nós, 2017.

PIMENTA, T. S. *et al*. Das enfermidadescativas: para uma história da saúde e das doenças do Brasil escavista. *In:* TEIXEIRA, L. A. *et al*. **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2018. p. 67-100.

PNAD Educação 2019: Mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não complemetaram o ensino médio. **IBGE**, 2020. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio. Acesso em: 12 abr. 2022.

POR NINJA: Após morte de bebê, comunidade denuncia racismo obstétrico em maternidade de Aparecida de Goiânia. **Mídia Ninja**, 2022. Disponível em: https://midianinja.org/news/apos-morte-de-bebe-comunidade-denuncia-racismo-obstetrico-em-maternidade-de-aparecida-de-goiania/. Acesso em: 05 mai. 2022.

PORTO A. M. F. *et al*. Assistência ao primeiro períododo trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**. São Paulo, v. 38, n. 10, out. 2010. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100- 7254/2010/v38n10/a1709.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.

PORTO, Â. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciências, Saúde**, Rio deJaneiro, v. 13, n. 4, p. 1019-1027, out./dez., 2006.

PRADO, W. Mais médicos e médicas pretos no Brasil poderiam melhorar o atendimento de saúde da população negra. **Fundo para Equidade Racial.**12 mai. 2022. Disponível em: https://baoba.org.br/mais-medicos-e-medicas-pretos-%20no-brasil-poderiam-melhorar-o-atendimento-de-saude-da-populacao-%20negra. Acesso em: 24 nov. 2022.

RACISMO E SAÚDE: atendimento da população negra, epidemias, covid-19 e valorização do SUS. **Canal Preto**: A Visionária Lab. YouTube, 2020. 1 vídeo.

RAPHAEL, D. **The Tender Gift**: Breastfeeding. New York: Schocken, 1973.

REIS, M. V. **Multiculturalismo e direitos humanos**. Brasília: Senado, 2004. Disponível em: www.senado.leg.br. Acesso em: 10 de jun. 2017.

REIS, M. C. G. Origens e significados do termo raça. **Geledés**, ago. 2011. Disponível em: https://www.geledes.org.br/origens-e-significados-do-termo-. Acesso em: 4 jun. 2022.

RONCOLATO, M. A tela “A Redenção de Cam” e a tese do branqueamento no Brasil**. Nexo Jornal**, São Paulo,12 jun. 2018. Disponível em: https://www.nexojornal.com.br/expresso/2018/06/14/A-tela-%E2%80%98A-Reden%C3%A7%C3%A3o-de-Cam%E2%80%99.-E-a-tese-do-branqueamento-no-

Brasil. Acesso em: 13 fev. 2023.

ROTH, C. O trabalho do parto: trabalho escravo, saúde reprodutiva e a influênciada Lei do Ventre Livre no pensamento obstétrico, séculos XIX e XX. *In:* MACHADO *e tal.* (org.). **Ventres livres?**: gênero, maternidade e legislação. São Paulo: Unesp, 2021. p. 139-165.

SÁ, G. J. S.; *et al*. Crânios, corpos e medidas: a constituição do acervo de instrumentos antropométricos do Museu Nacional na passagem do século XIX para o XX. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 197-208, jan./mar. 2008 Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/qHzj7XNHG9qSrP5RYDhXw4v. Acesso em: 12 nov. 2022.

SANTOS, B. de S. **Construindo as Epistemologias do Sul**: Antologia Essencial. Volume I: Para um pensamento alternativo de alternativas. Buenos Aires: CLACSO, 2018.

SANTOS, J. F. A. Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento demulheres negras brasileiras. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 47, v. 19, p. 154-169, 2021.Disponível em: https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/download/56082/36719. Acesso em: 25 jun. 2022.

SANTOS, G. A. **A Invenção do ser negro**. Rio de Janeiro: Pallas, 2005.

SCHWARCZ, L. K. M. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil: 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* (org.). **Parteiras tradicionais**: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

SCOPEL, R. P. D. **A Cosmopolítica da Gestação, do Parto e do Pós-Parto**: autoatenção e medicalização entre os índios Munduruku. Tese (Doutorado em Antropologia Social)—Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SILVEIRA, P.; RODRIGUES, L. O. O movimento pela humanização do parto e do nascimento e questões de gênero: entre continuidade e tensões. *In*: **16º Encontro Nacional ABRAPSO**, Recife, 2011.

SILVA, A. C. **A representação social do negro no livro didático**: que mudou? porque mudou?. Salvador: EDUFBA, 2011.

SILVA, A. G. **A Parteira do Monte Azul.** Salvador: JM, 2010.

SILVA, *et al*. Racismo obstétrico vivenciado por mulheres negras: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e40011124930, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24930/22005. Acesso em: 23 jul.2022.

SILVA L. M. *et al*. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. Revista Brasileira de Enfermagem.Brasília, v. 64, n. 1, p. 60-65, jan./fev. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/rNhL7dWwXNM95Xjpmdf3kNv. Acesso em: 17 set. 2022.

SILVA, S. C. Q. Planejamento familiar ou esterilização em massa de mulheres?: Combinatória e comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de 1993. **Departamento de História do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília**. 2018. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/22865/1/2018_SabrinaCristinaQueirozSilva_tcc.pdf. Acesso em: 27 set. 2022.

SIGARAN, L. A *et al*. **Benefícios do banho de imersão no alívio da dor do trabalho de parto**. Universidade Federal do Pampa, Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: https://ei.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/21925/etp2_resumo_expandido_21925.pdf. Acesso em: 5 nov. 2022.

SOARES V. M. N. *et al*. Violência obstétrica: formas de enfrentamentcom ênfase nos aspectos legais. **Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras**, Porto Alegre, p. 45-89, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/C8VTQNXNTF8whR9QFbQvZDP/?lang=pt. Acesso em: 27 nov. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA. **Nota de esclarecimento**. 15 dez. 2017. Disponível em: https://www.sbahq.org/nota-de-esclarecimento-da-sba/. Acesso em: 25 nov. 2022.

SOFOLA, Z. Prefácio da Edição Africana do Brasil. *In:* HUDSON-WEEMS, C. **Mulherismo Africana**: recuperando a nós mesmos. São Paulo: Ananse, 2020.

SOUZA FILHO, J. A. **O ensino da clínica obstétrica na Universidade da Bahia**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1967

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa**: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. Dissertação (Pós-Graduação em Antropologia Social)—Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/30382331.pdf. Acesso em: 5 fev. 2022.

SOUZA, T. G. **As dores do parto**: uma análise sobre a violência obstétrica em mulheres negras. 2019. Trabalho de Conclusão (Bacharelado em Ciências Humanas)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019.

TANAKA, A. C. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TAUNAY, C. A. **Manual do agricultor brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 1839.

TEIXEIRA, L. A. *et. al*. (org.). **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

TELLES, L. F. da S. **Teresa Benguela e Felipa Crioula estavam grávidas**: maternidade e escravidão no Rio de Janeiro (século XIX). 2019. Tese (Doutorado em História Social)—Universidade deSão Paulo, São Paulo, 2019.

TELLES, L. F. Mãe e amas de leite nas malhas dos interesses escravistas:mercado urbano de aluguel, abandono e morte de bebês e ingênuos no Rio de Janeiro. *In:*

MACHADO *et al.* (org.). **Ventres livres?**: gênero, maternidade e legislação. São Paulo: Unesp, 2021. p. 51–79.

TRUTH, S. **E eu, não sou uma mulher?**. Akron: Women's Rights Convention, 1851.

TINÉ, L. Você sabe o que é violência obstétrica?. **Blog da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 24 nov. 2017.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. **Do Início ao Fim:** população negra tem menos oportunidades educacionais. São Paulo, nov. 2019. Disponível em: https://todospelaeducacao.org.br/noticias/do-inicio-ao-fim-populacao-negra-tem-menos-oportunidades-educacionais-2/. Acesso em: 9 jan. 2021.

VALVERDE, R. Tese analisa centro de pesquisas que teve a sua ação polêmicano controle da natalidade. **Agência FIOCRUZ de Notícias**, Rio de Janeiro, mar., 2015. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/tese-analisa-centro-de-pesquisas-que-teve-%20atua%C3%A7%C3%A3o-pol%C3%AAmica-no-controle-da-natalidade-0. Acesso em: 17 jan. 2022.

VAN SERTIMA, I. (org.). **Black in science, ancient and modern**. New Brunswick: Oxford: Transaction Books, 1983.

VARELLA, D. **Depressão pós-parto**. Disponível em: https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/depressao-pos-parto-entrevista/amp/. Acesso em: 13 abr. 2022.

VIANA, M. R. Liberdade e existência: os movimentos do existir em Simone de Beauvoir. **Revista Estudos Filosóficos**, n. 5, p. 118–129, 2010. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/estudosfilosoficos/article/view/2307/1614. Acesso em: 14 mai. 2022.

VIEIRA A. C. M. *et al*. Humanização do Parto no Combateà Violência Obstétrica. [*S.l.*]: Centro Universitário de Anápolis, [2--?]. Disponível em: http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/17346/1/HUMANIZA%C3%87%C3%83O%20DO%20PARTO%20NO%20COMBATE%20%C3%80%20VIOL%C3%8ANCIA%20OBST%C3%89TRICA.pdf. Acesso em: 02 mai. 2022.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 9 set. 2022.

WILLIAMS, *et al*. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. **BJOG.** 2018; 125: 1208-11. Disponível em: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.15270. Acesso em: 14 out. 2022.

XAVIER, J. O papel da doula no parto humanizado foi tema do Diálogos com Enfermagem. COGEPE, Rio de Janeiro, 2019. **XIII REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL. GRUPO DE TRABALHO: GT 59: FEMINISMO NEGRO E DECOLONIAL**, 2020, Porto Alegre. Grupo de trabalho […].Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Joselaine-Caroline/publication/344862320_Mulherismo_Africana_e_o_Feminismo_Uma_analise_da_construcao_epistemologica_no_ambito_da_antropologia/links/5f943c2292851c14bce1f465/Mulherismo-Africana-e-o-Feminismo-Uma-analise-da-construcao-epistemologica-no-ambito-da-antropologia.pdf . Acesso em: 21 maio 2022.

ZANINI, M. Q. A gestante negra: um estudo de revisão bibliográfica. *In*: RODRIGUES JR., O. M. *et al*. (org.). *In*: **Estudos em Sexualidade**. São Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade, 2020. p. 300-316. (v. 2).

ANEXO I

PlataForma Brasil MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa:
A COR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Uma análise das mulheres assistidas na Casa Angela no período Gravídico-Puerperal e o Processo de Humanização da Assistência ao Parto como Enfrentamento ao Racismo Institucional

2. Número de Participantes da Pesquisa: 50

3. Área Temática:

4. Área do Conhecimento:
Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome:
THAISA JULIANA CIPRIANO DE OLIVEIRA

6. CPF:	7. Endereço (Rua, n.º):		
354.333.648-79	JOAO DE MONTES, 25 PEDREIRA SAO PAULO SAO PAULO 04458130		
8. Nacionalidade:	9. Telefone:	10. Outro Telefone:	11. Email:
BRASILEIRO	11987964931		thaisa_cipriano@yahoo.com.br

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 27 / 09 / 2021

Thaisa J. Cipriano de Oliveira
Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome:	13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão:
OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ	18.301.267/0001-84	
15. Telefone:	16. Outro Telefone:	
(11) 2141-8550		

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: Profa Dra Ana Paula Ribeiro CPF: 080.675.006-12

Cargo/Função: Coord Pesquisa

Data: 05 / 10 / 2021

Profa. Dra. Ana Paula Ribeiro
Coordenação de Pesquisa
Universidade Santo Amaro – UNISA
Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Pesquisa On-line)

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa "**A COR DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Uma análise das mulheres assistidas na Casa Angela no período Gravídico-Puerperal e o Processo de Humanização da Assistência ao Parto como Enfrentamento ao Racismo Institucional**". Pedimos a sua autorização para a coleta e a utilizaçãode suas respostas ao questionário abaixo. A utilização de suas respostas está vinculada somente aeste projeto de pesquisa ou se Sra. concordar em outros futuros. Nesta pesquisa pretendemos analisar e identificar como as práticas de assistência centradas na autonomia da mulher, liberdade, respeito, mobilização pelos direitos das mulheres proporcionam humanização ao atendimento no parto e protagonismo da mulher, bem como a desumanização do método médico-hospitalocêntrico dialóga com a violência obstétrica e racismo institucional. Para esta pesquisa iremos coletar as respostas no questionário abaixo por e-mail e/ou whatsapp e depois comparar os resultados utilizando planilhas Microsoft Excel e programas de análise de dados. Os riscos envolvidos na pesquisa são: cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; medo de não saber responder ou ser identificada; estresse, risco de quebra de sigilo e invasão de privacidade. A pesquisa contribuirá para os seguintes benefícios: Ampliar o conhecimento em torno das práticas de cuidar e cuidado que incidem sobre as mulheres negras, colaborar com o processo de desconstrução de práticas racistas, sociais e institucionais, que assolam as vidas negras, deste modo, contribuir para a construção de uma sociedade menos desigual, sem violências, nomeadamente, a violência obstétrica que incide sobre todas as mulheres. Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito de procurar o pesquisador responsável o qual irá atender e esclarecer os seus direitos e possibilidade de indenização, quando for o caso. A Sra. terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre

para participar ou recusar- se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, pode retirar o consentimento de guarda e utilização de suas respostas, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra. é atendida pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionaisde sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa, a partir de suas respostas, estarão à sua disposiçãoquando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa.

Este termo de consentimento será assinado eletronicamente. Os dados, materiais e ins- trumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um perí- odo de 5 (cinco) anos e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua iden- tidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utili- zando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Uma via de suas respostas e deste termo de consentimento será enviada ao seu endereço eletrônico (e-mail) ao término do questionário.

Recomenda-se que você guarde o e-mail contendo esta cópia ou imprima-o.

Nome do pesquisador responsável: Paulo Fernando de Souza Campos

Endereço: Universidade Santo Amaro – UNISA, Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 - Jardim da Imbuias, São Paulo, SP.

Contato dos pesquisadores:

pfcampos@prof.unisa.br (11) 97751-9895
tjuliana@estudante.unisa.br (11) 98796-4931

São Paulo,____/____/_____
Prof. Paulo Fernando de Souza Campos

Nome do participante: ..... Doc. Identificação: .....

Ass: .....

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 dedezembro de 2012, IV.3 a 6.

Prof. Dr. Paulo Fernando de Souza Campos e Thaisa Juliana Cipriano de Oliveira Data___/___/_____.

Ao clicar no botão: *"concordo em participar da pesquisa"* o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador"

ANEXO III

QUESTIONÁRIO

Parte I.

Sendo uma mulher negra, como você se autodeclara?[ ] preta
[ ] parda

Com qual gênero você se identifica? [ ] cisgênero, mulher heterossexual [ ] não binário, mulher homossexual
[ ] agênero, que não se identifica com nenhum gênero
[ ] transgênero, que assume o sexo oposto ao designado no nascimento

Qual a sua idade hoje? [ ]até 19 anos de idade
[ ] entre 20-59 anos de idade [ ]acima de 60 anos de idade

Qual seu estado civil atualmente? [ ]solteira
[ ] casada
[ ] separada [ ] divorciada [ ] viúva

Você teve quantas experiências de parto?[ ] 2
[ ] 3
[ ] acima de 3

Você passou pela experiência de abortamentos?[ ] Sim
[ ] Não

Qual sua escolaridade?
[ ] ensino médio incompleto [ ]ensino médio completo
[ ] ensino superior incompleto: [ ] IES Pública [ ] IES Privada[ ] ensino superior completo: [ ] IES Pública [ ] IES Privada

Se você assinalou ensino superior completo, indique a área da graduação:

[ ] CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA

[ ] CIÊNCIAS BIOLÓGICAS [ ]ENGENHARIAS

[ ] CIÊNCIAS DA SAÚDE [ ]CIÊNCIAS AGRÁRIAS

[ ] LINGUÍSTICA, LETRAS E ARTES [ ]CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

[ ] CIÊNCIAS HUMANAS

Em relação ao trabalho formal, atualmente você está:

[ ] sem registro em carteira profissional [ ] com registro em carteira profissional

Financeiramente, você se considera:

[ ] independente

[ ] parcialmenteindependente/dependente [ ] dependente

Com qual matriz religiosa você seidentifica? [ ] Indígena

[ ] Africana[ ]

Ocidental [ ] Oriental

Durante sua vida, você sempre se aceitounegra? [ ] sim

[ ] não

Mesmo considerando a profundidade da questão, relate o que é ser mulhernegra para você?

Parte II.

Em que ano você teve a experiência do primeiro parto?

[ ] 2015
[ ] 2016
[ ] 2017
[ ] 2018
[ ] 2019
[ ] 2020
[ ] 2021

Você se considerava preparada para ser Mãe na primeiragestação? [ ] sim
[ ] não

Você queria engravidar? [ ] sim[ ] não

Qual era sua idade na primeiragestação? [ ] abaixo dos 19
[ ] entre 25-59
[ ] acima dos 59 anos de idade

Antes, durante e após o primeiro parto você teve alguma dessasocorrências: [ ] Eclampsia
[ ] Pré Eclampsia
[ ] Depressão pós-parto
[ ] Dificuldade para amamentar
[ ] Fissuras no bico do seio,sangramento [ ] Sono prejudicado [ ] Ganho significativo de peso [ ] Problemas odontológicos
[ ] Baixa autoestima

Você realizou o Pré-
Natal? [ ] sim[ ] não
[ ] em parte

Durante o período gravídico puerperal, você teve apoio do Pai dacriança? [ ] sim
[ ] não

Você foi atendida no primeiro hospital ao entrar em trabalho departo? [ ] sim
[ ] não

Quem a acompanhou até ohospital? [ ] Pai da criança
[ ] Avó materna dacriança [ ] Avó paternada criança [ ] Familiares [ ] Amigos
[ ] Outros
[ ] Ninguém

Você teve direito aacompanhante? [ ] Sim
[ ] Não

Durante a internação, por ser mulher negra, existiu algum episódio deracismo? [ ] sim
[ ] não

Você se sentiu apoiada por mulheres durante a internação (médicas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogas, entre outras)?
[ ] sim
[ ] não

Durante sua internação você conheceu mulheres negras (companheiras de quarto, médicas, enfermeiras, técnicas de enfermagem)?
[ ] sim
[ ] não

De quais mulheres recebeu mais apoio eacolhimento [ ] mulheres negras
[ ] mulheres brancas
[ ] ambas, sem distinção

Qual a rede hospitalar em que foi assistida no primeiro parto? [ ] Rede Pública[ ] Rede Privada

Você se sentiu acolhida no ambientehospitalar? [ ] sim
[ ] não

Durante a internação no primeiro parto você passou por algum dosprocedimentos abaixo? (mais de uma alternativa poderá ser escolhida)
[ ] Jejum
[ ] Exames de toque [ ] Lavagem intestinal
[ ] Raspagem dos pêlos pubianos [ ] Imobilização dos braços e pernas [ ] Soro com

ocitocina
[ ] Imposição da posição do parto [ ] Ruptura artificial da bolsa
[ ] Episiotomia[ ] Forcéps
[ ] Manobra de Kristeller [ ] Não sei dizer

Caso tenha assinalado alguma das alternativas acima, você consentiu o(s) procedimento(s)?
[ ] Sim
[ ] Não

No trabalho de parto, foi oferecido alívio para ador? [ ] Sim
[ ] Não

No trabalho de parto, caso tenha recebido algum alívio para a dor, esse cuidado foi: [ ] de forma natural, sem uso de medicamentos;
[ ] com uso de anestésico, sem consentimento [ ] com uso de anestésico, com consentimento

O profissional que fez o parto era:
[ ] homem[ ] mulher

Indique três (3) palavras para expressar o que você sentiu após o parto, aindano hospital:

1.
2.
3.

Durante o trabalho de parto ou parto você ouviu comentários constrangedores? [ ] Sim
[ ] Não

Relate sobre sua experiência no primeiro parto apontando o que sentiu durante o

procedimento e a hospitalização:

Parte III.

Em que ano foi o seu parto humanizado ou seu segundo parto?

[ ] 2015
[ ] 2016
[ ] 2017
[ ] 2018
[ ] 2019
[ ] 2020
[ ] 2021

Qual sua idade durante a segunda gestação assistida na CasaAngela? [ ] abaixo dos 19

[ ] entre 25-59

[ ] acima de 60 anos de idade

Como você conheceu a Casa Angela?

[ ] por intermédio de outra mulher negra [ ] recomendação de profissionais desaúde

[ ] outros

Você sabia da possibilidade de vivenciar um parto natural humanizado antes de conhecer a Casa Angela?

[ ] Sim

[ ] Não

Você realizou o Pré-Natal feito na CasaAngela? [ ] sim

[ ] não

[ ] em parte

No início do Pré-Natal você teve conhecimento sobre o plano departo? [ ] Sim

[ ] Não

Você considera que o plano de parto foi adequado a suaindividualidade? [ ] sim

[ ] não

Você teve acompanhamento com Doula no período entre gestação epuerpério?
[ ] Sim
[ ] Não

Como você caracteriza o trabalho daDoula? [ ] fundamental
[ ] importante, masdispensável [ ] irrelevante

Durante o trabalho de parto você ouviu comentários constrangedores? [ ] Sim
[ ] Não

Antes, durante e após o segundo parto você teve alguma dessas ocorrências:
[ ] Eclampsia[ ] Pré Eclampsia

[ ] Depressão pós-parto
[ ] Dificuldade para amamentar
[ ] Fissuras no bico do seio, sangramento [ ]
Sono prejudicado
[ ] Ganho significativo de peso [ ]
Problemas odontológicos[ ] Baixa autoestima
Indique três (3) palavras para expressar o que você sentiu após o parto humanizado:
1.
2.
3.
Relate sua experiência na Casa Angela em relação ao primeiro parto?