



Cíntia Aleixo dos Santos Gomes

**Racismo Obstétrico e Maternidade de
Mulheres Negras: Questões para a
Psicologia**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do
Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Luciana Fontes Pessôa
Co-orientadora: Profa. Maria Helena Zamora

Rio de Janeiro,
abril de 2024



Cíntia Aleixo dos Santos Gomes

**Racismo Obstétrico e Maternidade de
Mulheres Negras: Questões para a
Psicologia**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre pelo Programa
de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia
Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão
Examinadora abaixo.

Profa. Luciana Fontes Pessôa

Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Rebeca Nonato Machado

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Jacqueline Alves Torres

Agência Nacional de Saúde Suplementar

Rio de Janeiro, 03 de abril de 2024.

Todos os direitos reservados. A reprodução, total ou parcial, do trabalho é proibida sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Cíntia Aleixo dos Santos Gomes

Graduou-se em Psicologia na Universidade Estácio de Sá em 2004, é especialista em Psicologia Perinatal pelo Instituto Maternelle, mestranda bolsista em Psicologia Clínica pela PUC-RJ. Consultora de saúde mental e diversidade e inclusão no audiovisual em multinacionais. Fundadora do projeto denominado Um Mundo de Possibilidades Maternas e é integrante do grupo de pesquisa internacional Porta da Lembrança.

Ficha Catalográfica

Gomes, Cíntia Aleixo dos Santos

Racismo obstétrico e maternidade de mulheres negras : questões para a psicologia / Cíntia Aleixo dos Santos Gomes ; orientadora: Maria Helena Rodrigues Navas Zamora. – 2024.
84 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2024.
Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Maternalidade. 3. Perinatologia. 4. Psicologia em saúde. 5. Racismo velado. I. Zamora, Maria Helena Rodrigues Navas. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Dedico aos meus pais, esposo e filha. Com todo o meu respeito e admiração, a todas as mulheres pretas que se tornaram mães e não tiveram a possibilidade materna de conscientização acerca de seu valor na condição de mulher e mãe, direito à saúde mental como mulher brasileira e preta.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

À CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

À minha orientadora, Professora Maria Helena Zamora, pela oportunidade, apoio, orientação, confiança e incentivo desde o início, fatores fundamentais para o desenvolvimento da minha pesquisa e para o meu amadurecimento como pesquisadora.

Às professoras que integraram a Comissão Examinadora, meu sincero agradecimento às professoras Luciana Pessoa, Rebeca Nonato Machado e Jacqueline Alves Torres - professora e amiga. Aos que foram fundamentais como incentivadores do tema, expresso minha gratidão à Professora Fernanda Felisberto, ao meu cunhado, o Professor Jefferson Gomes, e à Professora Kenia Maia, todos eles verdadeiras referências para mim.

Às minhas avós, Edna Aleixo e Berenice Conceição. Ao meu avô Jayr Aleixo, um homem amoroso que sempre esteve presente e fez questão de dividir a vida toda comigo e família. À minha mãe, Irinete Aleixo, pela presença, ajuda e, incentivo de perto, diário e demasiadamente generoso e empático neste processo. À minha filha, Manuella Aleixo, por ter me escolhido para ser sua mãe, com nome e sobrenome. A todos vocês, por serem quem são e foram na construção de minha maternidade. Ao meu pai, Jairo Aleixo (*in memoriam*), por ter me ofertado a boa esperança nas possibilidades de vida e coragem destemida. Te seguirei eternamente.

Em especial, ao meu esposo, Alexandre Melo, pelo seu incentivo sempre, por ter me sustentado em seus braços, até nos momentos em que eu não conseguia seguir, com amor.

Agradeço àqueles que me apoiaram durante esta jornada acadêmica. À amiga Daniele Vieira, aos colegas Juan, Hanna, Anna Karolyne, Sally e aos colegas do grupo de Pesquisa Porta da Lembrança que tão bem me receberam no espaço acadêmico, um feito importante demais para o meu retorno à academia.

Que esta dissertação possa contribuir para a discussão e ação em prol de uma maternidade mais respeitosa e igualitária nos espaços médicos e na sociedade.

Com amor materno de Oxum, Cíntia Aleixo dos Santos Gomes.

Resumo

Gomes, Cíntia Aleixo dos Santos; Zamora, Maria Helena Rodrigues Navas. **Racismo obstétrico e maternidade de mulheres negras: questões para a psicologia.** Rio de Janeiro, 2024. 84p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A dissertação enfoca o racismo obstétrico e suas dimensões históricas e sociais no contexto brasileiro, especialmente seu impacto na maternidade das mulheres negras, abordando os efeitos psicológicos persistentes desde a gestação até o pós-parto. A pesquisa busca compreender como as experiências de racismo obstétrico influenciam a construção da maternidade das mulheres negras bem como analisa a relação entre a mãe e o filho após possíveis traumas obstétricos, explorando os aspectos psicológicos envolvidos. A abordagem metodológica foi fundamentada nos princípios da Psicologia Narrativa, que destaca a relevância das histórias na construção da identidade e da experiência humana. A psicologia contribui para uma compreensão mais completa e contextualizada do racismo obstétrico no Brasil. Este fenômeno, que se manifesta por meio de práticas discriminatórias e racismo obstétrico direcionadas a mulheres negras, tem sido pouco abordado nos âmbitos acadêmico e literário. A ausência de conhecimento e discussões sobre o racismo obstétrico contribui para a perpetuação de desigualdades raciais e para a invisibilidade das experiências das mulheres negras no contexto da assistência ao parto. Portanto, há uma urgente necessidade de mais pesquisas e estudos abrangentes sobre o tema, a fim de ampliar a conscientização e valorização destas mulheres, garantindo uma assistência obstétrica justa e igualitária para todas.

Palavras-chave

Maternidade preta; Perinatalidade; Racismo Obstétrico; Psicologia

Abstract

Gomes, Cíntia Aleixo dos Santos; Zamora, Maria Helena Rodrigues Navas (Advisor). **Obstetric racism and motherhood among black women: questions for psychology**. Rio de Janeiro, 2024. 84p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The thesis focuses on obstetric racism and its historical and social dimensions in the Brazilian context, especially its impact on black women's motherhood, addressing lingering psychological effects from pregnancy to postpartum. The research seeks to understand how experiences of obstetric racism influence the construction of motherhood for black women, as well as analyzing the relationship between mother and child after possible obstetric traumas, exploring the psychological aspects involved. The methodological approach was grounded in the principles of Narrative Psychology, which emphasizes the relevance of stories in the construction of identity and human experience. Psychology contributes to a more complete and contextualized understanding of obstetric racism in Brazil. This phenomenon, which manifests itself through discriminatory practices and obstetric violence directed at black women, has been little addressed in academic and literary fields. The absence of knowledge and discussions about obstetric racism contributes to the perpetuation of racial inequalities and invisibility of black women's experiences in the context of childbirth care. Therefore, there is an urgent need for more comprehensive research and studies on the topic, in order to increase awareness and appreciation of these women, ensuring fair and equal assistance.

Keywords

Black motherhood; Perinatality; Obstetric Racism; Psychology.

Sumário

Apresentação	11
1. Introdução	14
2. Situando o tema – Um panorama sobre os racismos	17
2.1. O racismo enquanto agente violentador do corpo negro feminino	25
2.2. A saúde da mulher negra no período gestacional	30
3. Dimensões históricas, sociais e culturais do racismo obstétrico	33
3.1. Atravessamentos da raça e do gênero: a gênese do racismo obstétrico	39
3.2. A violência obstétrica e a especificidade do racismo obstétrico	42
3.3. Para além dos números sobre violência obstétrica	45
4. Da gestação ao pós perinatal: os impactos psíquicos que perpassam na construção da maternidade da mulher negra	49
4.1. Solidão como sintoma da mãe preta	57
4.2. Efeitos psíquicos na mãe e no filho	66
4.3. O Impacto do Racismo Obstétrico na Experiência Materna de Mulheres Negras	70
5. Conclusão	74
6. Referências Bibliográficas	76

Lista de Siglas

CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGP	Ciclo Gravídico Puerperal
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
DPP	Depressão Pós-Parto
EACH	Escola de Artes, Ciências e Humanidades
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNU	Movimento Negro Unificado
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNP	Pré-Natal Psicológico
PnSiPn	Política nacional de Saúde integral da População negra
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios
UF	Unidade Federativa
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
Unisa	Universidade de Santo Amaro
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

“Enquanto não consegui fazer minha voz ser ouvida, não consegui pertencer verdadeiramente ao movimento. Antes de exigir que os outros me ouvissem, precisei ouvir a mim mesma, para descobrir minha identidade.”

bell hooks, escritora

Apresentação

*A voz de minha bisavó
ecoou criança
nos porões do navio.
Ecoou lamentos
de uma infância perdida.
A voz de minha avó
ecoou obediência
aos brancos-donos de tudo.
A voz de minha mãe
ecoou baixinho revolta
no fundo das cozinhas alheias
debaixo das trouxas
roupagens sujas dos brancos
pelo caminho empoeirado
rumo à favela
A minha voz ainda
ecoou versos perplexos
com rimas de sangue
e fome.
A voz de minha filha
recolhe todas as nossas vozes
recolhe em si
as vozes mudas caladas
engasgadas nas gargantas.
A voz de minha filha
recolhe em si
a fala e o ato.
O ontem – o hoje – o agora.
Na voz de minha filha
se fará ouvir a ressonância
O eco da vida-liberdade.
(Conceição Evaristo)¹*

Antes de iniciar propriamente a introdução, acredito ser pertinente fazer uma apresentação sobre a motivação para a escolha do tema do racismo obstétrico que está intimamente ligado ao meu histórico profissional, envolvendo o trabalho com mulheres negras que são mães, e ao meu histórico pessoal na condição de

¹ EVARISTO, C. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Rio de Janeiro: Malê Editora, 2017.

uma mulher negra. Esse engajamento começou na minha formação e surgiu mesmo antes de eu me considerar uma profissional. Meu interesse em compreender a maternidade a partir da perspectiva das mulheres negras teve início por meio da relação com minha mãe e pela convivência com mulheres da minha família, uma vez que a presença masculina era escassa. A amorosidade demasiada que elas, incluindo minha mãe, bisavó, avó e tias, demonstraram em relação aos filhos foi um marco em minha observação precoce dos comportamentos humanos. Mesmo com a sobrecarga de responsabilidades entre casa, responsabilidades maternas e trabalho profissional, elas demonstraram um amor incansável pelos filhos. Sempre admirei profundamente essa capacidade delas.

Este trabalho dá continuidade às atividades de que participei, no âmbito acadêmico, ao longo de cinco anos. Um dos estágios que fiz foi no setor de maternidade, onde as mulheres eram em sua maioria negras. Neste contexto, fui aprendendo e me interessando mais pela temática, sobretudo, pela relação mãe e filho. Isso reverberou de maneira tal que fiz o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) voltado para o estudo do vínculo materno, que teve como título *História do amor materno*.

Depois de formada, comecei a fazer atendimento psicológico a mães, na clínica particular e em hospitais municipais. Trabalhei em uma Organização Não Governamental (ONG) que cuidava de relações parentais e crianças encaminhadas por conselhos tutelares do Rio de Janeiro. Fiz um curso de especialização na mesma área e me identifiquei mais ainda com o tema. Hoje a minha clínica é formada majoritariamente, não exclusivamente, por clientela preta e 60% composta pelo gênero feminino.

Quando falo sobre ancestralidade, inclusive evocando o poema que inicia esse texto, sobre mulheres negras que me são familiares, é realidade: eu também me tornei mãe de uma filha negra. Essa relação, constituída na clínica, passa também a ser vivenciada por mim. Isso me deu mais desejo de cuidar do vínculo materno, principalmente de possibilitar recursos de forma preventiva e para as que já apresentam sintomas psicológicos para que se fortifiquem contra o racismo obstétrico. Compartilhar informações, reforçar a importância de ter rede de apoio e fortalecer a saúde mental para a chegada do bebê são algumas das formas de cuidar desse processo tão intenso vivido por mulheres negras.

Um dos desdobramentos desse percurso foi a criação do projeto *Mundo de Possibilidades Maternas*, em 2016, que tem como objetivo levar acolhimento, cuidado e afeto para mulheres, incentivando-as a não se abandonarem e a terem consciência das relações parentais. Uma forma de fortalecer o processo da maternidade, um aquilombamento².

² Aquilombamento é um termo que surgiu a partir da ideia de retomar o espírito de resistência e autonomia das comunidades quilombolas. Embora não seja um conceito amplamente discutido na academia, ele sugere a ideia de reunir-se, organizar-se e resistir coletivamente, assim como faziam os quilombos históricos.

1.

Introdução

A abordagem do racismo obstétrico pode suscitar controvérsias, mas é essencial reconhecer que muitas mulheres negras enfrentam essa realidade durante a maternidade. Esse fenômeno descreve como o sistema médico trata mulheres negras durante a gestação, parto e pós-parto, afetando a relação com seus filhos. Ao trazer à tona esse tema, não apenas destacamos a importância de discutir o racismo, mas também criamos um espaço para compreender as experiências das mulheres negras. Essa relação influencia diretamente a formação da identidade e autoestima dos filhos, desde a gestação até o pós-parto.

Ao longo dos capítulos, exemplificaremos os estados emocionais das mulheres negras em relação à equipe médica, evidenciando que essas experiências não são isoladas, mas representam um desafio comum enfrentado por muitas delas diante do racismo obstétrico. A equipe médica desempenha um papel fundamental nesse processo, mas as mulheres negras frequentemente enfrentam barreiras ao buscar atendimento médico de qualidade, devido a estereótipos e preconceitos que prejudicam sua autoestima e conforto. Por exemplo, é comum que sejam tratadas com desconfiança ou desrespeito, demonstrando a necessidade de considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também os emocionais dessas mulheres durante o período gravídico e pós-parto. Vamos apresentar exemplos de estado emocional que acompanham e acometem as mulheres

A questão do fenômeno do racismo obstétrico e do cenário onde ele se instala e desenvolve, exige que se enfrente ética e politicamente esta problemática no campo da psicologia. Ratifica-se que esta é também uma questão para a psicologia brasileira, que tem muito a contribuir com a desmistificação das crenças racistas que produzem práticas em saúde que promovem violências e sofrimento psíquico às gestantes negras.

Neste contexto, objetivou-se contribuir com as discussões teóricas sobre racismo obstétrico, apresentando subsídios teóricos e conceituais para a abordagem deste tipo de racismo no campo da psicologia.

A escolha da abordagem qualitativa se fundamentou na análise narrativa das histórias vividas por diversas mães e mulheres sobre a maternidade, exploradas no contexto clínico. O estudo envolveu autores e autoras que abordam o racismo obstétrico e seus efeitos psicossociais na perinatalidade, com reflexões sobre o enfrentamento dessa questão, especialmente para mulheres negras e seus sistemas familiares.

Este trabalho adota a perspectiva da psicologia cultural de Jerome Bruner como base metodológica, reconhecendo sua natureza predominantemente teórica. Embora o método narrativo não tenha sido diretamente aplicado, ele inspirou e orientou minha abordagem, utilizando meus próprios relatos pessoais como exemplos vivos e ilustrativos, enriquecendo a compreensão teórica apresentada. Apesar de não ter utilizado o método em si, reconheço sua influência na análise dos dados, culminando neste trabalho.

Também pesquisou-se em psicologia, em articulação com a produção de conhecimento de intelectuais negras de diversas áreas do conhecimento e levando em conta referenciais de outras áreas da saúde sobre os conceitos de “raça”, “racismo”, “racismo obstétrico”, “maternidade”, “sofrimento psíquico” – todos de suma importância para o trabalho, configurando-se em um estudo teórico e conceitual.

Frank (1995), autor de *The Wounded Storyteller*, argumenta que as narrativas pessoais desempenham um papel fundamental na atribuição de significado às experiências de doença e trauma, ressaltando a natureza intrinsecamente narrativa da vida humana. Da mesma forma, Mills (1959), em *The Sociological Imagination*, defende a importância de “conectar o biográfico com o histórico”, enfatizando como as narrativas individuais são moldadas por contextos sociais e históricos mais amplos.

Assim, ao adotar uma abordagem narrativa em uma dissertação sobre racismo obstétrico, buscou-se não apenas dar visibilidade às experiências das mulheres racializadas, mas também contextualizar essas vivências dentro de estruturas sociais mais abrangentes. Isso contribui para uma compreensão mais completa e holística desse fenômeno complexo, destacando a interseção entre o pessoal e o político, ou ainda melhor, afirmando que a dimensão pessoal também é política. É preciso reforçar a importância de se considerar o contexto histórico e social na análise das vivências das mulheres afetadas pelo racismo obstétrico.

A estrutura deste trabalho se configurou em três capítulos. No primeiro, *Situando o tema – um panorama sobre os racismos*, em que se delineia o terreno sobre os diferentes aspectos do racismo, especialmente focalizando sua manifestação no corpo da mulher negra. Inicialmente, é apresentado um panorama abrangente dos diversos tipos de racismo existentes. Em seguida, o foco se estreita para examinar o racismo como um agente de violência específico contra o corpo da mulher negra. Por fim, o capítulo discute a saúde dessa população durante o período gestacional, destacando desafios e questões relevantes nesse contexto.

O segundo capítulo, intitulado *Dimensões históricas, sociais e culturais do racismo obstétrico*, aborda a interseccionalidade das mencionadas dimensões da violência racista em sua manifestação obstétrica, partindo dos processos coloniais até a sofisticação do racismo na atualidade. Localiza-se a gênese do racismo obstétrico, passando pela violência da raça, do racismo, do gênero e das desigualdades e efeitos produzidos por tais iniquidades.

Este capítulo se detém sobre as especificidades da violência obstétrica e do racismo obstétrico no Brasil, refletindo sobre a constituição dessas violências, o que as caracteriza e seus efeitos psicossociais, demonstrando a importância do conceito de racismo obstétrico, visto que os desfechos de saúde para mulheres negras são alarmantes.

O terceiro e último capítulo, *Da gestação ao pós perinatal: os impactos psíquicos que perpassam a construção da maternidade da mulher negra*, refletirá sobre a construção da maternidade da mulher negra e determinados impactos, especialmente os que envolvem o sofrimento psíquico subjacente desde a gestação até o pós perinatal.

Ao abordar as complexidades do racismo obstétrico e suas implicações, fornecendo uma análise sobre as vivências das mulheres impactadas por essa forma de discriminação, espera-se inspirar uma reflexão mais ampla sobre a interseção entre saúde, raça e justiça social, a fim de que seja possível explorar essas temáticas de forma mais aprofundada, promovendo um engajamento na construção de um ambiente mais inclusivo e compassivo no âmbito da maternidade e da saúde reprodutiva.

2.

Situando o tema – Um panorama sobre os racismos

“A carne mais barata do mercado é a carne negra”
(Elza Soares)

Frantz Fanon foi um influente filósofo, psiquiatra e escritor martinicano-francês, conhecido por seu trabalho no campo da descolonização e das relações raciais. Ele tem como uma de suas obras mais conhecidas *Os Condenados da Terra* (1961, primeira edição), na qual discute o impacto do racismo e do colonialismo na experiência dos povos colonizados, configurando-se em uma importante contribuição: a interlocução entre a saúde mental e coletiva e o racismo.

Fanon (2020) apresentou, em sua obra supracitada, assim como no trabalho *Pele Negra, Máscaras Brancas* (2008), o pensamento descolonial e antirracista, trazendo contribuições para o conceito do racismo que muito se adequa ao conteúdo desta pesquisa.

O racismo para Fanon (2020) está diretamente ligado ao colonialismo, opressão social, atenção à saúde mental, ou a falta dela, crítica política, métodos e práticas das atividades médicas num discurso que se constrói a partir de sua escrita acadêmica de tese, posteriormente transformada em livro. Para o autor, o controle capitalista do trabalho e a invenção da ideia de raça, uma falsa prerrogativa biológica, servem de justificativa para racismo e opressão social.

De acordo Sevalho & Dias (2022), o conhecimento produzido por Fanon (2020) se constrói com a vivência das relações de dominação colonial entre pessoas negras e brancas. Seu pensamento crítico, como ideal humanista de liberdade e justiça, transcende a consideração da cor da pele e abraça todas as formas de opressão. Estende-se a todos os condenados da Terra (Fanon, 1961), distribuídos nos confins remotos e grandes metrópoles da África, Ásia, América Latina e onde mais a desigualdade intrínseca ao capitalismo impõe injustiça e exclusão.

Fanon (2020) aponta que o racismo é um elemento estrutural das sociedades marcadas pela colonização e critica o eurocentrismo como justificativa para o racismo arraigado na sociedade. Ele afirma que, na realidade, o fato de se pertencer ou não a determinada “raça”, fragmenta o mundo. Em sua análise, Fanon (2020) aborda esferas sociais, psicológicas, econômicas e, conseqüentemente, a dominação colonial.

Embora Frantz Fanon (2020) não seja frequentemente mencionado em artigos do segmento e discussões sobre saúde coletiva, suas contribuições, em especial a partir do livro *Alienação e Liberdade. Escritos Psiquiátricos*, colocam em cena o sofrimento psíquico (alienação colonial) causado pela colonização. Suas obras, fundamentais para a descolonização da saúde, sobretudo no que diz respeito à população negra, e mais especificamente às mulheres negras, são de extrema relevância. Sua influência é particularmente evidente na Reforma Psiquiátrica brasileira, que marcou uma transição paradigmática significativa no campo da saúde mental, impactando diretamente a experiência de parto das mulheres negras.

Fanon (2020) compreendeu que a questão da saúde mental não podia ser dissociada das dimensões sociais, raciais e culturais. Suas análises dos mitos sexuais e raciais, que frequentemente associavam a potência sexual à brutalidade e animalização do negro, revelaram as profundas implicações do racismo na saúde mental. O autor viu essas projeções como elementos que compõem a dominação colonial e incorporou essa reflexão em sua prática psiquiátrica.

A influência de Fanon (2020) é visível na proposta de descentralização de serviços gerais substitutivos da hospitalização, algo que ele já estava promovendo no início da década de 1950. Essa abordagem precursora teve um impacto direto nas mulheres negras, que frequentemente enfrentavam condições desumanas em hospitais durante o parto. Fanon (2020) enfatizava a importância da psiquiatria social e comunitária, que priorizava o cuidado integral das pessoas e reconhecia as complexas interações entre saúde mental, contexto social e cultural.

Fanon (2020), em seu trabalho, desafiou a visão eurocentrada da psicanálise e defendeu uma abordagem que levasse em consideração a sociogênese do sofrimento mental, algo que ressoa profundamente na experiência das mulheres negras no contexto de parto. Fanon (2020) argumentou que a questão do sofrimento mental não era apenas individual, mas também coletiva e moldada por

condições sociais e culturais. Essa perspectiva é fundamental para compreender as experiências das mulheres negras no parto, que muitas vezes enfrentam discriminação racial e falta de acesso a cuidados de qualidade.

Em resumo, as contribuições de Frantz Fanon para a descolonização da saúde mental têm implicações diretas na experiência das mulheres negras, especialmente parturientes. Suas ideias destacam a necessidade de uma abordagem mais holística, que leve em consideração as dimensões raciais, sociais e culturais da saúde mental, e isso é fundamental para garantir que as mulheres negras também tenham acesso a um parto respeitoso e livre de discriminação.

Nesse contexto, abordou-se a relação entre saúde mental e racismo obstétrico, bem como os impactos psicológicos nas mulheres negras brasileiras, utilizando o conceito de racismo obstétrico como ponto central de discussão.

É muito importante abordar o conceito de eugenia, para depois discuti-la no campo da obstetrícia, considerando seus efeitos sobre o racismo obstétrico e suas consequências subjetivas.

Francis Galton, o criador da eugenia, buscava aplicar os princípios da Teoria da Evolução de Charles Darwin às sociedades humanas. Uma das suas propostas era a reprodução seletiva para melhorar a “raça” humana e afastar o risco de prole indesejável, proveniente de indivíduos inaptos, enfraquecida por doenças e “defeitos”.

Teóricos como Francis Galton (1822-1911) e Arthur de Gobineau (1816-1882) têm teorias eugenistas intrinsecamente racistas. Gobineau, com seu *Ensaio sobre a Desigualdade das Raças Humanas*, estabeleceu uma hierarquia racial que considerava algumas raças como inerentemente superiores, fundamentando sua visão em preconceitos e estereótipos raciais. Ele deplorava as possibilidades futuras do Brasil pela miscigenação, sendo difícil distinguir as raças constituintes de cada indivíduo e trazendo para indivíduos e povos a chamada degeneração (Maia & Zamora, 2018).

Essas teorias distorcidas, que se pretendiam científicas e se fizeram aplicáveis, contribuíram para políticas e práticas discriminatórias de numerosas populações ao longo do século XX. Exemplos notáveis incluem leis de esterilização forçada nos Estados Unidos da América (EUA), baseadas em

critérios eugenistas, que impactaram desproporcionalmente comunidades negras (Cabral Junior, 2024).

No Brasil pode-se destacar a tentativa de reduzir ou mesmo terminar a existência da população negra no contexto inicial da República, imediatamente posterior à abolição formal da escravidão, estimulando e subsidiando a vinda de imigrantes europeus brancos.

A ideologia eugênica fez parte das bases conceituais do nazismo, culminando em matanças e atrocidades contra judeus, ciganos e deficientes. Embora muitos desses conceitos eugênicos tenham sido desacreditados como ciência e condenados politicamente, é possível afirmar que suas ramificações lógicas persistem, contribuindo para desigualdades estruturais e preconceitos que afetam a população negra contemporânea em várias sociedades.

Ao discutir a ciência racista e suas implicações históricas, é crucial estender essa análise para compreender a influência dessa ideologia no contexto contemporâneo, particularmente no que diz respeito ao racismo obstétrico. O histórico de teorias eugenistas, que promoviam a ideia de superioridade racial, contribuiu para a formação de preconceitos profundamente enraizados na sociedade. No âmbito da saúde reprodutiva, essas noções podem se manifestar como práticas discriminatórias e desiguais no atendimento médico, afetando desproporcionalmente mulheres negras e pertencentes a outras minorias étnicas e “raciais”.

Conforme Tempesta & Eneile (2021), o racismo obstétrico refere-se a tratamentos diferenciados e injustos durante o parto e o pré-natal, incluindo negligência, estigmatização e falta de informação. Essas práticas refletem uma continuidade das ideias eugênicas, já que, historicamente, as mulheres negras, percebidas de forma desumanizada, foram alvos de esterilização forçada e de práticas médicas cruéis. Elas foram também vistas como pessoas com menos racionalidade e com menos sensibilidade à dor. Não por acaso, a violência obstétrica atual traz muitos relatos de procedimentos médicos que são impostos às pacientes negras – ou seja, não são consultados ou explicados para tais pacientes. É fato também que, ainda hoje, não raro, as mulheres negras recebem menos anestesia nos procedimentos que as brancas (Tempesta & Eneile, 2021).

Considera-se como violência obstétrica desde demoras na assistência, recusa de internações nos serviços de saúde, cuidado negligente, recusa na administração de analgésicos, maus tratos físicos, verbais e ou psicológicos, desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, detenção de mulheres e seus bebês nas instituições de saúde, entre outros (Lansky *et al.*, 2019, p. 3).

Ao analisar a interseção entre eugenia e racismo obstétrico, é possível identificar como as ideias do passado ainda permeiam as estruturas contemporâneas, reforçando disparidades no cuidado à saúde materna e exacerbando as desigualdades raciais no âmbito da reprodução. Essa discussão é vital para promover uma consciência crítica e impulsionar mudanças que visem a equidade no cuidado materno.

Nascimento *et al.* (2019), em seu estudo sobre os conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram o parto, identificaram diversas situações de violência obstétrica que afetam as mulheres durante o processo de parto. Para tais autores, sem assumir qualquer responsabilidade antes de tomar a decisão de violar o corpo da mulher – e aqui trata-se da mulher negra – os profissionais médicos obstetras têm historicamente perpetrado essa violência. As decisões sobre a saúde da mulher negra são em grande medida determinadas pela cor da sua pele e o contexto do parto é altamente influenciado pelo racismo (Nascimento *et al.*, 2019).

Ao longo dos anos, conforme Pimenta *et al.* (2013), houve mudanças significativas no processo de parto. Historicamente, a assistência ao parto era realizada por parteiras leigas, cuja atuação era baseada em conhecimentos empíricos transmitidos de geração em geração. Desse modo, essas mulheres eram pessoas de confiança das parturientes e de seus familiares. Nesse contexto, o trabalho de parto e o parto eram protagonizados no ambiente doméstico, com respeito ao processo fisiológico (Pimenta *et al.*, 2013).

A modernidade, em especial a partir dos anos 60 do século passado, foi o palco de grandes transformações nas relações de gênero, na família e na maternidade, inaugurando novas possibilidades do exercício da vida reprodutiva e também no exercício da sexualidade. A maternidade deixou de ser uma obrigação biológica para se tornar uma possibilidade, construindo assim outras dimensões da realidade com as quais as mulheres passaram a se relacionar (Alvarenga & Souza, 2017). Tais transformações passaram a complexificar as relações sociais,

visto que a nova realidade passou a exigir a flexibilização dos papéis que já estavam pré-definidos no âmbito da maternidade e a afirmação dos direitos que asseguram a vida das mulheres, trazendo mudanças não apenas no âmbito privado, mas também no social.

A nova realidade do parto predominantemente hospitalar que se estabeleceu teve um impacto mais recente na realização de partos não naturais no Brasil. Como consequência, o aumento das cirurgias cesarianas passou a receber atenção de órgãos nacionais e internacionais de saúde, em resposta à forte pressão dos movimentos sociais formados por mulheres já preocupadas com essa questão.

No cenário obstétrico nacional, o aumento alarmante das cesarianas tem despertado preocupações tanto a nível nacional quanto internacional. Dados do Ministério da Saúde (MS), como assevera Lemos (2023), revelam um crescimento significativo de 57,6% no número desses procedimentos durante o ano de 2022, um quadro que vai de encontro às diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza uma taxa de cesáreas de apenas 15% dos partos. Marlise de Oliveira Pimentel Lima³ (2023), docente renomada da Universidade de São Paulo (USP), alerta para as graves consequências desse panorama, destacando o risco aumentado de morbimortalidade materna e perinatal, além do desperdício de recursos e das intervenções cirúrgicas desnecessárias.

Essa tendência também evidencia disparidades no acesso aos diferentes tipos de parto, com 86% dos partos no sistema privado sendo cesarianas, muitas vezes sem indicação clínica justificável. Em contraste, no Sistema Único de Saúde (SUS), embora as taxas sejam menores, fatores como o profissional de plantão e o momento do parto influenciam significativamente a escolha do método.

Diante desse cenário, Marlise Lima (2023) enfatiza a importância de uma abordagem baseada em evidências científicas e na autonomia da gestante, em que a cesárea seja reservada apenas para casos verdadeiramente indicados, enquanto se busca promover um ambiente que favoreça o parto normal como primeira opção, alinhando-se às melhores práticas e garantindo a segurança materno- infantil.

³ Marlise Lima atualmente é professora doutora do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH/USP), com experiência em saúde da mulher, com ênfase nos seguintes temas: sintomas depressivos no ciclo gravídico-puerperal, implantação de boas práticas na assistência materno- infantil e cuidado perineal no período intra e pós-parto.

Zanardo *et al.* (2017) descrevem que os partos hospitalares representam mais de 97% dos partos realizados na rede de saúde, havendo um aumento de mais de 53% de partos cesáreas, entre os anos de 2007 a 2011, representando 56% da população geral. Além destas questões, as autoras citadas destacam outro aspecto fundamental neste trabalho, que são as altas taxas de intervenções invasivas e desnecessárias ao corpo da mulher antes, durante e depois do parto, o que também se configura como violência obstétrica.

D'Oliveira *et al.* (2002) ressaltam três tipos de violências subjacentes a esta: a violência psicológica, a violência física e a violência sexual, evidenciando assim, a complexidade em que esta violência contra a mulher se configura.

Lacerda (2023) enfatiza a violência obstétrica como violência psicológica, visto os efeitos subjetivos nefastos que provocam no psiquismo da mulher, produzindo marcas traumáticas profundas, que poderão acompanhá-la ao longo de toda a sua vida.

Apesar dos avanços científicos e acadêmicos, o racismo permanece sendo velado ou mesmo negado. Vale ressaltar que o Brasil foi o último país a abolir a escravidão, apenas em 1888, o que configura um ponto relevante para compreender como o racismo ainda permeia as relações interpessoais e sociais até os dias atuais. É necessário explorar esse contexto histórico para entender a persistência desse problema social e suas repercussões na sociedade.

Apesar dos movimentos de transformação ocorridos nos últimos anos, há algo que se mantém resistente ao tempo, persiste e escapa das vicissitudes, sobrepujando com obstinação e moldando a identidade do Brasil. Trata-se das camadas sedimentares que solidificam estruturas e acomodam as formas de existência que, por vezes, são consideradas imunes a questionamentos e tensões. Sem qualquer equívoco, é reconhecido que as camadas da colonização e da escravidão possuem uma espessura tão imponente que ainda hoje cobrem o tecido social brasileiro, sobrevivendo com uma tenaz resistência às mudanças do tempo. De acordo com Lília Moritz Schwarcz (2019), o Brasil é um país traumatizado, que jamais ajustou contas com suas dores terríveis, obscenas, da colonização e da escravatura.

Goes *et al.* (2022) apresentam um estudo exploratório com o objetivo de apresentar o racismo e suas manifestações na mortalidade materna por Covid-19, por ocasião do período crítico da pandemia. No estudo constata-se, por meio das

informações coletadas, que as medidas sanitárias universais são estruturadas pelas desigualdades raciais, afetando diretamente a vida das mulheres negras e influenciando os desfechos maternos (Goes *et al.*, 2022).

Neste estudo, foram coletadas informações relacionadas à raça/cor, idade, religião, sinais de sintomas clínicos, internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e óbitos. Os resultados revelaram que o número de óbitos entre as mulheres negras é 62% maior em comparação com as mulheres brancas. Essa disparidade evidencia a existência de desigualdades raciais no acesso aos cuidados de saúde e ressalta a urgência de medidas para enfrentar esse problema e promover equidade na saúde materna.

É preciso entender que a maternidade é um processo que envolve uma construção social do que é ser mãe, e é crucial compreender a importância da existência de uma classe médica que desrespeite o direito reprodutivo dessas mulheres, afetando diretamente a relação delas com seus filhos negros, que nascem com as marcas das estruturas racistas, autoritárias e patriarcais.

Nesse contexto, é fundamental analisar como a atitude da classe médica pode impactar negativamente a vivência da maternidade das mulheres negras, perpetuando desigualdades e reforçando estereótipos e preconceitos. O desrespeito aos direitos reprodutivos dessas mulheres não só prejudica a saúde e o bem-estar delas, mas também molda a maneira como a sociedade percebe e trata as crianças negras, que são impactadas pelas influências das estruturas racistas e patriarcais predominantes. Isso ocorre porque a noção de raça está presente e forma o mundo social, independente de suas invalidações científicas. Ela está associada à distribuição desigual de renda e de outros recursos, como o acesso à educação, saúde, moradia, justiça e emprego (ALMEIDA, 2019).

Com base na pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2003), intitulada *Brasil, Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça*, evidencia-se que o racismo e os comportamentos racistas direcionados às mulheres pretas têm impactos negativos significativos em seu período reprodutivo.

Patricia Hill Collins é uma renomada socióloga e teórica feminista negra que fez importantes contribuições para o estudo da interseccionalidade. A autora define o tema como uma abordagem analítica e conceitual que considera as interconexões e interações entre diferentes formas de opressão, como raça, gênero,

classe social, sexualidade e outras categorias de diferenciação social (Collins & Bilge, 2021).

A realidade da maior parte do conjunto das mulheres negras é marcada por uma opressão sistemática, ausência de justiça reprodutiva e falta de perspectiva interseccional, como traz Collins. Essas mulheres enfrentam notáveis desigualdades tanto em termos físicos como mentais, sendo vítimas de um Estado racista por um longo período.

Além disso, a análise das consequências e traumas causados pelo racismo tem permitido aos psicólogos desenvolver procedimentos para lidar com casos de racismo e saúde mental, especialmente no que diz respeito à autoestima (Francisco, 2020). A crescente demanda de indivíduos que buscam centros de tratamento e acolhimento reflete a dura realidade da violência infligida às pessoas afetadas pelo racismo.

É necessário ampliar os recursos e o suporte disponíveis para garantir que essas vítimas recebam o apoio necessário para superar os danos emocionais e psicológicos causados por tais experiências discriminatórias (Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios [TJDFT], 2020). O racismo sem dúvida é causador e agravante de várias formas de sofrimento psíquico.

2.1

O racismo como agente violentador do corpo negro feminino

De acordo com Ribeiro (2019), apesar de ser impossível identificar com certeza o perfil do agressor de gênero, algumas representações como maridos, amantes e namorados, atuais ou não, são perfis com características de identificação. Muitas vezes, as pessoas têm conceitos rígidos sobre os papéis de homens e mulheres na sociedade, o que resulta em uma restrição ou inibição dos próprios sentimentos.

Será explorado o conceito de patriarcado proposto por Gerda Lerner e sua relação com a maternidade preta. Lerner é uma historiadora feminista que contribuiu significativamente para a compreensão do patriarcado. O patriarcado é um sistema social e político que privilegia os homens em detrimento das

mulheres, perpetuando desigualdades e opressões. A autora define o patriarcado como um sistema social e político baseado na supremacia masculina, no qual os homens possuem o poder e controle sobre as mulheres. Essa estrutura é caracterizada pela divisão sexual do trabalho, em que as mulheres são designadas para papéis domésticos e de cuidado, enquanto os homens são responsáveis por posições de autoridade e poder na sociedade.

Lerner (2019) destaca que o patriarcado é uma construção social que se perpetua por meio de normas culturais, instituições e relações de poder desiguais. Ele se manifesta em diversas áreas da vida, incluindo a política, a economia, a família e a sexualidade. Além disso, o patriarcado é intrinsecamente interseccional, interagindo com outras formas de opressão, como o racismo e a classe social. Em suma, o conceito de patriarcado por Gerda Lerner engloba a análise das estruturas sociais e políticas que perpetuam a desigualdade de gênero, destacando as formas como as mulheres são subordinadas aos homens e as interseções entre patriarcado, raça e classe social.

Ao analisar a maternidade preta dentro dessa estrutura, podemos compreender como as mulheres pretas enfrentam desafios adicionais e têm suas experiências maternas moldadas pelas intersecções de raça, gênero e classe (Lerner, 2019).

No que diz respeito à violência de gênero, como expressão dessa violência, o gênero masculino é destacado e fortemente enaltecido, numa condição formadora de poder, com a finalidade de subordinar os outros e se constituir efetivamente (Butler, 2017). É importante destacar que a sociedade se utiliza desta premissa patriarcal para frequentemente produzir violência de gênero contra as mulheres. Sob este ponto de vista, o feminino se torna uma ofensa para a condição humana (Silva, 2018).

Dentro desta perspectiva, é apontado que o conceito de gênero foi inicialmente elaborado pela antropologia e pela psicanálise, considerando as relações estabelecidas entre os gêneros masculino e feminino, embasadas nos modos e costumes dentro da própria sociedade, de natureza hierárquica e social, sendo dessemelhante, portanto.

Nesse sentido, as histórias sociais e culturais de cada sociedade são afetadas por marcadores interseccionais, que refletem também no sofrimento psíquico, quando se pensa a construção do processo e identificação do que é ser mulher

(Zanello *et al.*, 2015). Tais práticas violam e fazem repensar os direitos reprodutivos que a mulher tem direito. Essas práticas ditas de saúde podem ser consideradas como violência de gênero contra as mulheres. Como consequência destas violências, o desenvolvimento cognitivo, afetivo, emocional e social da mulher podem ser afetados, em muitos casos, além do desenvolvimento de numerosas doenças crônicas, danos e deficiências físicas e questões psicológicas.

Alguns comportamentos e sentimentos de fragilização são considerados muito comuns no ciclo da violência contra a mulher, sendo esta violentada física e psicologicamente. A violência física, sexual e psicológica contra a mulher pode ocorrer em diversos contextos dentro de um ciclo de violência, no ambiente profissional, institucional e doméstico.

No contexto da violência doméstica, por exemplo, a mulher pode ser violentada fisicamente por meio de agressões, espancamentos e abusos de todo tipo, ao passo que a violência psicológica pode se manifestar por meio de ameaças, humilhações, controle excessivo e manipulação emocional. Esse ciclo perpetua um ambiente de medo e submissão, no qual a vítima se vê aprisionada em uma teia de abusos que afetam sua integridade física e emocional.

A partir de tais vivências, podem aparecer quadros clínicos como depressão, transtorno de pânico, além das ideias autodestrutivas, estados constantes de medo, ansiedade, estresse, isolamento, tristeza. Também pode haver a desestabilização das relações socioafetivas, como resultado do isolamento e do afastamento forçado (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013).

Monteiro (2012) relata que, em muitos casos de violência de gênero e de violência psicológica, as mulheres precisam passar por acompanhamento na expectativa de encontrar novas possibilidades de realidade de suas vidas, apesar da submissão imposta e das sequelas da violência vivenciada durante muito tempo. Desta maneira, as violências sofridas causam impactos de grande risco para a saúde da mulher.

Outro aspecto presente neste tipo de violência é a violência sexual, que pode ser praticada pelo agressor parceiro ou profissional da equipe médica. E esta faz parte de uma complexidade de violências, visto as junções de ações que violam a integridade e intimidade sexual, através das partes íntimas do corpo da mulher, de modo invasivo, constante ou agressivo.

Cabe destacar o caso de violência obstétrica, que ganhou enorme destaque recentemente nos veículos midiáticos, cometido pelo anestesista fluminense Giovanni Quintella, preso em flagrante por ter estuprado pelo menos uma paciente no momento do parto, no Hospital da Mulher Heloneida Studart, na cidade de São João de Meriti, no estado do Rio de Janeiro (Vieira *et al.*, 2022). O médico foi filmado praticando um estupro pelos colegas de trabalho, que suspeitavam da ação. Ele foi indiciado, a princípio, por estupro de vulnerável, crime com pena que vai de oito a 15 anos de reclusão.

Segundo o portal eletrônico da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG, 2022) e o Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado, o caso gerou comoção e trouxe à tona a discussão sobre violência obstétrica. Na matéria, é exposto um levantamento feito pelo portal *The Intercept*, de 2019, revelando que somente em nove estados brasileiros foram registrados 1.734 casos do tipo entre 2014 e 2019 em serviços de saúde, sendo 1.239 registros de estupros e 495 de casos de práticas como assédio sexual e violação sexual mediante fraude.

Apesar do cenário alarmante contemporâneo, esta realidade não é tão nova quanto parece, dado que já se apresentava em décadas anteriores. Neste sentido, Ferreira (2018) destaca que no final da década de 80 surge um movimento de humanização do parto, visto que naquela época os índices de desfechos negativos nos períodos iniciais da maternidade já eram altos.

A autora citada evidencia ainda que, nesta mesma década, fruto de muitas lutas, o SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, que preconiza a democratização da saúde, é um direito de todos e é dever do Estado oferecê-lo de maneira gratuita, integral e universal. Todavia, mesmo com todos os avanços trazidos na letra do SUS, a realidade que ainda se apresenta pode ser “classificada por um atendimento abusivo e repleto de humilhações, onde questões socioeconômicas, raciais e de gênero estão associadas a iniquidades da saúde” (Ferreira, 2018, p. 9).

Todavia, devido à importância fundamental do SUS na garantia e no acesso a saúde, e com o objetivo de transformar a realidade que se impõe nas práticas e ações de saúde, nos anos 2000 é criada a Política de Humanização do SUS, com o objetivo de efetivar os princípios norteadores do SUS e para valorizar o usuário e o seu cuidado.

Também os estados tomaram medidas específicas. Santa Catarina, por exemplo, implementou medidas de informação e proteção à gestante e parturiente, através da Lei de Santa Catarina n.º 17.097, de 2017, que amplia tais perspectivas, e complementa que violência obstétrica é todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, às mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período do puerpério.

Apesar dos avanços legais que asseguram garantias fundamentais de assistência a gestantes e ao parto, à vida e ao acesso à saúde de maneira igualitária e humana, visando à diminuição das iniquidades da saúde, ainda é possível falar em desigualdades significativas diversas no que se refere à efetivação de tais garantias. Nas últimas décadas, a expectativa de vida da população aumentou, mas inúmeros índices revelam que essa mudança não acompanhou a população negra. Mais grave ainda, boa parte dessas mortes é violenta, composta por assassinatos, em geral por arma de fogo. De acordo com o Atlas da Violência (2021): a desigualdade racial é evidente “em muitos indicadores sociais, incluindo a violência. A taxa de homicídios de negros (conjunto definido como a soma de pretos e pardos) é 2,6 vezes maior do que a de não negros (soma de amarelos, brancos e indígenas)”.

Além disso, as mulheres negras representaram 66% do total de mulheres assassinadas no Brasil em 2019, com uma taxa de mortalidade por 100 mil habitantes de 4,1, em comparação com a taxa de 2,5 para mulheres não negras (Figura 1).

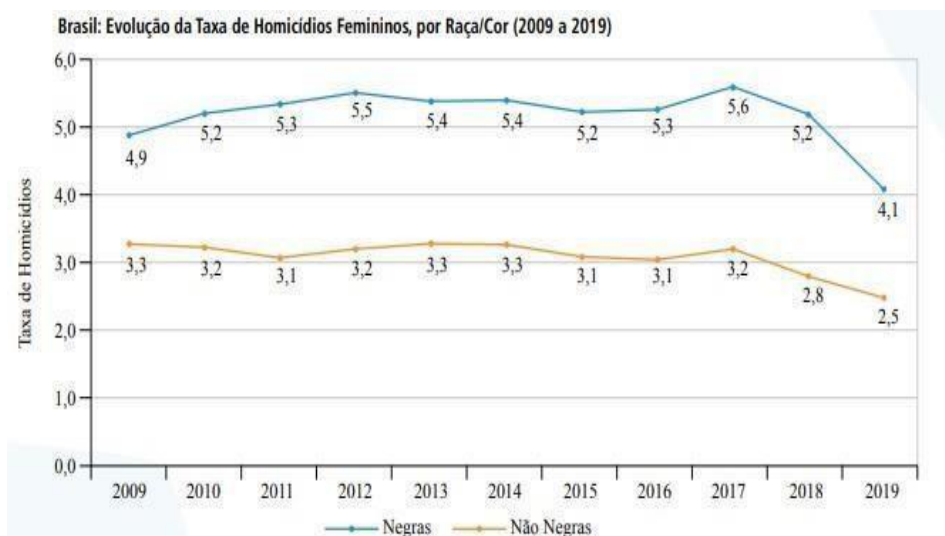


Figura 1 – Brasil: Evolução da Taxa de Homicídios Femininos, por Raça/Cor (2009 a 2019).
 Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020).

Sobre o dado acima, explicita-se que o número de homicídios de mulheres na Unidade Federativa (UF) de residência foi obtido pela soma das seguintes categorias do Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10): X85-Y09 e Y35, ou seja: óbitos causados por agressão mais intervenção legal.

Cabe esclarecer também que aqui, a partir da classificação de raça/cor adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerou-se “negras” a soma das pretas e pardas, e “não negras” a soma das brancas, amarelas e indígenas (IBGE, 2020).

Diante desse panorama, é imprescindível explorar o tema da saúde da mulher negra no período gestacional, tendo em mente o contexto do racismo, incluindo o obstétrico, como fatores que impactam diretamente sua experiência e bem-estar, além de sua longevidade.

2.2

A saúde da mulher negra no período gestacional

No que se refere à saúde materna, do período gestacional e do nascimento em diante, Ferreira (2018) e Oliveira (2019), ratificam que tanto a saúde privada

quanto a pública promovem violências contra as gestantes, produzindo assim violências obstétricas de diversas ordens.

Leal *et al.* (2017) apontam que este cenário apresenta maiores riscos para as mulheres negras. Estes autores denunciam em seu trabalho as iniquidades raciais na atenção ao pré-natal e ao parto, demonstrando o quanto o racismo também é um vetor que incide sobre o atendimento que é prestado às mulheres negras, até mesmo em um período tão delicado como a gestação.

Sendo assim, as questões raciais estão presentes e constituem toda a dinâmica das violências sofridas por estas mulheres nos atendimentos em saúde, promovendo disparidades raciais significativas no processo de atenção da gestação e do parto que, por sua vez, aumentam as disparidades nos indicadores finais de saúde. Essa é uma das expressões do racismo na saúde. Estes elementos configuram o que Tempesta & Eneile (2021) chamam de racismo obstétrico. Segundo as autoras, esta modalidade de violência tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico, que constitui as práticas em saúde, fruto dos resquícios do surgimento da medicina, construída sobre perspectivas racistas e eugenistas

Como já foi dito, a ideia de “raça”, ainda que desacreditada pela ciência, influencia as percepções médicas sobre a escolha do tratamento e sobre as decisões tomadas pela equipe de saúde, colocando as mulheres negras em risco. Por esta razão, Tempesta & Eneile (2021, p. 4) ressaltam que:

Ainda que a violência obstétrica seja uma ferramenta analítica potente para compreender como o abuso é experimentado a qualquer tempo durante os processos de assistência à saúde materna, ela não leva em conta de maneira adequada os contornos do racismo que se materializam nos encontros médicos das mulheres negras.

Sendo assim, é preciso que o racismo seja pensado como determinante na produção de violências direcionadas a mulheres negras no âmbito da saúde, incidindo, sobretudo, nos desfechos negativos da gestação, que por sua vez trazem agravos psicossociais de diversas ordens a todo sistema familiar envolvido no contexto parental.

Para incentivar a redução de desigualdades sociais e raciais na saúde, entendendo que o racismo afeta e vulnerabiliza a saúde da população negra, e levando em conta a alta taxa de mortalidade materna e infantil nos indicadores de

saúde nos serviços públicos, o MS, em parceria com os movimentos da sociedade civil organizada, cria a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PnSiPn). Isto também ocorreu pela constatação de que o acesso da população negra aos dispositivos de saúde fica comprometido por conta das expressões do racismo. O documento que institui a política afirma que:

O reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Seu objetivo é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS (Brasil, 2007, 24).

Por estas razões, faz-se necessária a investigação destes conceitos e de como eles se apresentam nas diversas realidades regionais, bem como analisar a assistência à gestação e ao parto, além do período gravídico gestacional, incluindo as consultas de pré-natal e pós-parto. Boa parte do alerta e dos temores se dão por conta do alto número de intervenções cirúrgicas realizadas no parto, principalmente a cesariana, como forma de indicação correta, mesmo que sob o risco de ocasionar complicações graves de saúde para a parturiente que, em sua maioria, não apresenta condição de saúde restrita e indicativa para o procedimento. Sem indicação específica, essa ação é excessiva, sem respaldo científico, além de dolorosa tanto física quanto emocionalmente. Dessa forma, a violência obstétrica pode expressar violências presentes na sociedade, com dores e sofrimentos evitáveis.

3. Dimensões históricas, sociais e culturais do racismo obstétrico

*“Trago a minha banda
só quem sabe onde é Luanda
saberá lhe dar valor”.*
(*Palco* – Gilberto Gil).

Para Lélia Gonzalez (1984), é essencial que os historiadores forneçam a devida importância às realizações negras, reafirmando assim que o Brasil é um país negro. É essencial também a maior participação dos negros nos movimentos sociais como forma de denunciar o mito da democracia racial e de demonstrar a exclusão social da população negra presente até hoje na sociedade.

Em sua obra *Racismo e sexismo na cultura brasileira* (1984), Gonzalez ressalta que o contexto de onde a pessoa se posiciona desempenha um papel fundamental na interpretação dos fenômenos complexos do racismo e do sexismo. Lélia Gonzalez (1935-1994) foi uma importante intelectual, ativista e feminista negra brasileira, cujo trabalho teve um impacto significativo no movimento negro e nos estudos de gênero no Brasil. Nascida no Rio de Janeiro, ela foi uma das primeiras mulheres negras a se formar em história e filosofia no país. Sua obra aborda questões como racismo, sexismo, colonialismo e a interseccionalidade entre esses sistemas de opressão.

Gonzalez foi uma das fundadoras do Movimento Negro Unificado (MNU) e desempenhou um papel crucial na luta contra a discriminação racial e pela promoção da igualdade racial no Brasil. Ela também contribuiu para o avanço do feminismo negro, destacando a importância de compreender as experiências das mulheres negras e promovendo sua visibilidade dentro do movimento feminista mais amplo.

Além de seu ativismo político, Lélia Gonzalez foi uma acadêmica prolífica, escrevendo extensivamente sobre temas como identidade negra, cultura afro-brasileira, diáspora africana e questões de gênero e classe. Sua abordagem teórica incorporava perspectivas interseccionais e uma análise crítica das estruturas de poder que perpetuam a opressão racial e de gênero.

O legado de Lélia Gonzalez continua vivo, influenciando não apenas o ativismo e os estudos acadêmicos no Brasil, mas também inspirando movimentos sociais e intelectuais em todo o mundo que lutam contra todas as formas de opressão e pela justiça social.

Gonzalez enfatiza que o racismo se manifesta como um sintoma que identifica uma profunda neurose cultural presente no Brasil. Essa neurose se torna ainda mais evidente quando se observam a interseção entre o racismo e o sexismo, destacando os impactos significativamente violentos que isso acarreta, especialmente para as mulheres negras.

A autora argumenta que, ao adotar uma perspectiva diferente daquela usualmente abordada em textos anteriores, ela reconhece a necessidade de revisitar a questão da mulher negra sob uma nova luz. Isso se deve à introdução de estereótipos, como “mulata”, “doméstica” e “mãe preta”, que emergem como elementos cruciais na análise da situação das mulheres negras no Brasil (Gonzalez, 1984, 224). Conforme Gonzalez, o termo “mulata” indica que a raça negra se institui na condição de objeto de desejo sexual, ou seja, a mulata é crioula, negra nascida no Brasil, não importando as construções baseadas nos diferentes tons de pele; a “doméstica” é o burro de carga que carrega a sua família e a dos outros nas costas; já a “mãe preta” vem do período em que as escravas negras amamentavam os filhos das mulheres brancas, sendo consideradas subservientes, quando, na realidade, elas se opunham a esta situação.

Zamora (2012) argumenta que o racismo expressa-se na ideologia colonial de que existem raças inferiores a outras, facultando a esta crença as desigualdades sociais, culturais, políticas, psicológicas e, portanto, legitimando as diferenças sociais. O racismo também atua promovendo julgamentos morais entre grupos raciais diversos com base em supostas diferenças biológicas, mais adiante disfarçadas ou deslocadas para diferenças étnicas ou sociais.

Nos grupos social e histórico, a raça ainda é utilizada para diferenciar grupos de pessoas humanas, ainda que com a ausência e inexistência de fundamento humano, biológico ou geneticamente comprovado de que existe algum grupo socialmente hierárquico. “Isto porque a categoria raça humana existe no mundo social, prescinde da legitimação científica e media a distribuição desigual de recursos, como o acesso à educação, saúde, habitação, justiça e trabalho (Tavares & Kuratani, 2019, p. 2).

A impossibilidade de indicar razões para a ausência de número expressivo de publicações sobre o racismo é um dos indicadores de desinteresse, falta de estímulo, barreiras pelos conselhos editoriais e até restrições explícitas para que se desenvolvam pesquisas (Werneck, 2016). Esses fatores justificam o aumento do sofrimento da população negra por adoecimento mental, destacando a necessidade de apoio para a construção de identidade e suporte psicológico adequado e à altura.

Não há como tratar questões atuais sem antes pensar nos processos coloniais, e seus efeitos, que inauguraram o que hoje chamamos de modernidade. Grada Kilomba (2019) diz que esse processo é uma ferida aberta, que nunca foi tratada, e ainda pulsa, sangra. Pode-se dizer, com isso, que todo esse processo não só ecoa hoje, mas também que é fundamental para a constituição da subjetividade moderna.

Abdias Nascimento foi uma figura multifacetada, atuando como ativista, político, intelectual brasileiro, artista plástico e escritor. Sua influência estendeu-se por várias áreas, desde a fundação do Teatro Experimental do Negro, em 1944, uma iniciativa pioneira na valorização da cultura afro-brasileira.

Segundo Nascimento (2016), no processo de dominação colonial e posterior, os corpos negros são despidos de suas humanidades, seus arranjos familiares e afetivos são desarticulados e se tornam mercadorias, enquanto são submetidos à desterritorialização geográfica e psíquica. Qualquer tentativa de reelaboração, por parte deste sujeito negro, dentro deste sistema, é tolhida ou eliminada. Neste cenário, o corpo negro escravizado não poderia ser outra coisa a não ser um objeto servil do sistema escravista. Essa condição, imposta, foi fundamental para o começo da história econômica brasileira. Sem ela não seria possível a construção dos pilares de fundação da nova sociedade que estava surgindo (Nascimento, 2016).

O autor segue descrevendo que a exploração sexual de mulheres africanas é vista, nesse cenário, como mais uma forma de renda para os escravocratas. E, a partir dessa prática exploratória, a imagem e o lugar social dessas mulheres foram construídos ao longo do tempo, sem a possibilidade de desvinculação desse estigma.

Ferreira (2018) argumenta que esse papel de escravizada, designado à mulher negra, foi fundamental para o processo de vulnerabilidade vivido por essas

mulheres. É importante levar em conta que este grupo ficou submetido ao regime escravocrata por trezentos e oitenta anos. Ainda segundo a autora, mulheres negras foram reduzidas à condição de máquinas vivas.

A norma, para essas mulheres negras, era apenas a exploração sexual, ou o trabalho com o cuidado. Elas eram impedidas de estabelecer qualquer estrutura familiar estável, e o único lugar onde esta mulher poderia exercer uma “maternidade”, ainda que compulsória, era na família branca, como ama de leite, cuidando dos filhos dos senhores escravocratas (Ferreira, 2018; Nascimento, 2017).

A autora ainda ressalta que, com o fim da escravidão legal, as mulheres negras passaram para a condição de libertas. Porém, sem as garantias mínimas de sobrevivência e inserção social, essas mulheres vivenciaram outro tipo de abandono. Neste cenário, outro fator continuou intacto nessas experiências: a exploração sexual. Para sobreviver, muitas mulheres negras, enfrentando o desemprego, ficaram relegadas à prostituição.

Para justificar toda essa exploração e desumanização de corpos negros, havia a ideia de raça, que fundamentava todo o fazer sócio-político do colonialismo (Kilomba, 2019). Essa ideia, pode-se dizer, atua no Brasil nos primórdios de 1500, com a invasão colonialista, justificando o assassinato, o estupro e a escravização, inicialmente da população indígena e depois dos diferentes povos negros. Essa ideologia racial foi sofrendo modificações posteriores, inclusive com a ajuda da ciência, conforme já abordado.

O racismo acontece também de forma velada e para isso é importante analisar obras de Abdias Nascimento, Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro. No livro *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*, Nascimento (2016) expõe sua visão sobre qual é o lugar social do negro no imaginário brasileiro.

Nascimento (2016), ainda na mesma obra, considera um “genocídio” a representação social do negro no país. O autor baseia sua interpretação em dados estatísticos como os de recenseamento ou pesquisas acadêmicas para descrever as diferenças entre negros e brancos em índices, tais como taxas de mortalidade, acesso à educação, condições de moradia e emprego. Sua principal motivação para a denúncia do genocídio foi a extinção do quesito raça/cor do censo de 1970. Segundo dados estatísticos analisados pelo autor, desde 1872 a proporção de

“negros e pardos” vinha diminuindo ante a população branca que, por sua vez, vinha aumentando. Esse fato se deu pois, na década de 1970, o governo militar extinguiu o quesito raça/cor do censo, o que, para Nascimento (2016), seria uma ação derradeira para a eliminação da população negra do país.

Segundo o autor supracitado, outro esforço discursivo para o apagamento do elemento negro da população a fim de “embranquecer” o país se deu através da tentativa de classificar em termos de cor/raça os filhos de uniões inter-raciais. Dessa maneira, se os mestiços fossem aproximados e associados aos próximos dos pretos, teria-se o contingente branco como minoria, porém, se os mestiços fossem classificados e associados à branquitude, ocorreria o movimento inverso, enfraquecendo o quantitativo negro. Isso também impôs aos negros diversas formas de embranquecimento, para sua maior aceitação social.

Esses são apenas alguns exemplos do racismo, que teria o intuito de apagar a real presença negra na construção do país. Essa seria uma forma de amenizar a violenta repressão que ocorreu sobre as práticas religiosas de matriz africana, assim como falar em persistência da cultura africana seria negar a participação majoritária de africanos e seus descendentes na edificação de uma sociedade europeizada, branca, “civilizada”.

Nascimento (2016) afirma que esse racismo velado está presente nas sutilezas discursivas da defesa do mito da democracia racial, descrevendo os contornos de violência, opressão, discriminação e preconceitos que alguns eufemismos buscam esconder. Um exemplo é a narrativa sobre a “relação” das mulheres negras com os senhores de escravos, que verdadeiramente era baseada no estupro e na exploração sexual da africana pelo senhor escravocrata. No entanto, os episódios de estupro e de toda sorte de violências perpetradas contra elas eram reportadas publicamente de modo positivo, graças à suposta ausência de preconceito, da crença na sensualidade inata das negras e mestiças. Seu resultado, a “mestiçagem”, era o trunfo civilizatório.

Denominados por alguns de “intercasamento” (Nascimento, 2016, p. 74), esse mito da democracia racial, sem conflitos nem maiores problemas, escondia uma dura realidade segregada que separava as mulheres brancas das “mulatas” e estas das negras, no dito popular de que “branca para casar, negra para trabalhar, mulata para fornicar” (Nascimento, 2016, p. 75).

Infelizmente, até hoje é vista essa tentativa de apagar as causas da mulher negra brasileira. Além de sua atuação como ativista e intelectual, Sueli Carneiro é uma das principais vozes na promoção da interseccionalidade, que considera as interconexões entre as formas de opressão, como raça, gênero e classe social. Ela tem sido uma defensora incansável dos direitos das mulheres negras, destacando as questões específicas que afetam essa comunidade e trabalhando para ampliar sua visibilidade e representatividade. Sua contribuição para os debates sobre justiça social e igualdade tem impactado positivamente inúmeras pessoas e movimentos sociais.

Carneiro (2003) aborda o papel do movimento feminista na conquista de diferentes direitos das mulheres ao longo da história. Esta autora aborda também o “enegrecendo o feminismo” que é uma expressão utilizada para designar a trajetória das mulheres negras no movimento feminista brasileiro. Segundo a autora, grupos de mulheres negras possuem demandas específicas que não podem ser tratadas exclusivamente em relação à questão de gênero se não forem levadas em conta as especificidades dos casos particulares desse grupo de mulheres.

Já no estudo de Gonzalez são abordadas as contradições que historicamente marcaram a trajetória das mulheres negras no interior do movimento feminista brasileiro:

Padeciam de duas dificuldades para as mulheres negras: de um lado, o viés eurocentrista do feminismo brasileiro, ao omitir a centralidade da questão de raça nas hierarquias de gênero presentes na sociedade, e ao universalizar os valores de uma cultura particular (a ocidental) para o conjunto das mulheres, sem as mediações que os processos de dominação, violência e exploração que estão na base da interação entre brancos e não-brancos, constitui-se em mais um eixo articulador do mito da democracia racial e do ideal de branqueamento. Por outro lado, também revela um distanciamento da realidade vivida pela mulher negra ao negar toda uma história feita de resistências e de lutas, em que essa mulher tem sido protagonista graças à dinâmica de uma memória cultural ancestral – que nada tem a ver com o eurocentrismo desse tipo de feminismo (Bairros, 2000, p. 57).

Desse modo, mesmo no interior do movimento feminista é vista a discriminação racial entre as mulheres negras e brancas. Assim, surgiram movimentos específicos de mulheres negras nos planos nacional e internacional, buscando assegurar causas específicas das mulheres negras que não vinham sendo abordadas nos movimentos feministas. Essa seria uma forma de afirmação de identidade e de reconhecimento social.

Na obra *Por um feminismo afro-latino americano*, Gonzalez (2020) aborda o papel da mulher negra na sociedade brasileira, demonstrando que mulheres negras são alvos de formas específicas de sexismo e racismo, além de serem excluídas do processo de escolarização, de se situarem em posições marginalizadas no mercado de trabalho e de possuírem maiores obrigações familiares em casa.

Visto isso, certamente é possível afirmar que a maior participação das mulheres nos movimentos sociais seria uma forma de impor sua voz frente aos silenciamentos sistemáticos sobre a questão racial e de gênero reproduzidos e justificados, inclusive por seus companheiros militantes de esquerda.

3.1

Atravessamentos da raça e do gênero: a gênese do racismo obstétrico

Como já foi dito, a concepção de raça adquiriu embasamento científico no século XIX, por meio das ciências biológicas e com a eugenia, legitimando assim a desumanização do negro. A noção de raça passou a afirmar a ideia de que os negros eram inferiores em termos de moral, intelecto e estética (Schucman, 2012).

Segundo Guimarães (1999, p. 153), a raça é um: “construto social, uma forma de identidade baseada em uma ideia biológica equivocada, mas socialmente eficaz para criar, manter e reproduzir diferenças e privilégios”.

Ao longo dos anos, raça, do ponto de vista biológico foi desacreditada ou abolida, como aponta Schucman (2012). No entanto, os pressupostos racistas que a acompanharam continuam enraizados no imaginário social brasileiro, influenciando as relações entre brancos e não brancos.

A noção de raça, combinada com o gênero, resultou em uma dupla estigmatização da mulher negra (Ribeiro, 2019). A partir da exploração do trabalho e da degradação da sexualidade de homens e mulheres negros, foram construídas representações de gênero (Carneiro, 2003). Esses elementos são fundamentais para compreender a marginalização contínua dessas mulheres devido ao racismo, que persiste até os dias atuais.

Ribeiro (2019) argumenta, a partir de Sueli Carneiro (2003), que o racismo determina as hierarquias de gênero na sociedade, e que a mulher negra foi colocada no lugar de “outridade” (Carneiro, 2003, p. 35), dando a ela a base da pirâmide social, que tem um caráter racial bem definido pelo racismo. É importante que se tenha consciência que os corpos contam histórias, trazem histórias e, por isso, tanto as agressões quanto as denúncias passam por um lugar comum.

Em sua abordagem, a autora discute a perspectiva da escravizada e dos excluídos do projeto civilizatório da República, ressaltando como a privação do direito à educação os relegou à condição de não-cidadãos. Nesse contexto, ela menciona a importância da educação como um meio de desenvolver uma “consciência verdadeira”, contrastando-a com a noção de uma “consciência infeliz” ou falsa consciência. A autora se dirige ao Eu hegemônico a partir do lugar do “paradigma do Outro”, ciente de que está colocada nesse paradigma e sujeita a expectativas que se originam nele. Além disso, a autora reconhece a influência da memória da escravidão e das representações negativas associadas ao seu corpo negro, bem como o legado da modernidade ocidental, que historicamente enfatizou sua suposta inferioridade natural (Carneiro, 2005).

Nesse momento, como lembra Fabiana de Pinho (2021), “há uma invocação ao ‘Eu hegemônico’ para as suas obrigações e a assinalação de que esta é uma construção hierárquica fruto dos modelos impostos pela colonialidade.” Pinho (2021, p. 25) cita Carneiro (2005), afirmando que o paradigma do Outro “assume diferentes compreensões, pois expressa de um lado a vivência pessoal da discriminação racial e de ativista no combate ao racismo e às estratégias de subjugação racial” e, também, “abarca a memória ancestral concebida como experiência coletiva da dominação, da escravização, da resistência à opressão” (Pinho, 2021, p. 25).

Com o intuito de retratar um passado que já revelava o processo de desumanização que retira das mulheres negras o direito de serem mulheres, invoca-se o discurso de Sojourner Truth:

Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou

uma mulher? Olhem para mim! Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (Pinho, 2014, p. 75).

Segundo o *site* Geledés, Sojourner Truth nasceu escravizada em Nova Iorque, sob o nome de Isabella Van Wagenen, em 1797. Ficou livre em 1787, em função da North West Ordinance, que aboliu a escravidão nos Territórios do Norte dos Estados Unidos (ao norte do rio Ohio). Sojourner viveu alguns anos com a família Quaker com a qual recebeu alguma educação formal. Tornou-se uma pregadora pentecostal, ativa abolicionista e defensora dos direitos das mulheres. Em 1843, mudou seu nome para Sojourner Truth (Peregrina da Verdade). Na ocasião do discurso, já era uma pessoa bastante conhecida e respeitada aos 54 anos.

Nesse discurso impactante, Sojourner Truth confronta diretamente os estereótipos de gênero, desafiando as ideias preconcebidas sobre as capacidades das mulheres, dando ênfase nas mulheres negras. Ao compartilhar suas experiências pessoais, ela questiona a narrativa de que as mulheres (brancas) precisam de ajuda constante, destacando que nunca recebeu apoio “cavalheiresco” para nenhuma tarefa, ainda mais as simples, como subir em carruagens ou atravessar valas, deferência destinada àquelas consideradas damas.

Demonstrando seus braços fortes e sua habilidade para o trabalho árduo, Sojourner Truth reivindica sua posição como mulher, desafiando a noção de que ela não é uma. Além disso, ela descreve o seu sofrimento como mãe, testemunhando a venda de seus filhos para a escravidão e expondo o desamparo que enfrentou ao clamar por justiça, encontrando conforto somente em sua fé. Esse poderoso discurso destaca as múltiplas opressões enfrentadas pelas mulheres negras que historicamente são consideradas não merecedoras de gentilezas e cuidados.

O racismo, segundo Munanga (2004), é uma teoria essencialista, que opera dividindo a humanidade em diferentes raças. Essa diferenciação se dá a partir de características biológicas, que são relacionadas com características culturais,

morais e psicológicas. Para Munanga, a crença em raças naturalmente superiores e outras inferiores, é o pilar do racismo.

Moore (2012) evidencia que tal crença foi historicamente produzida a partir de discursos em diferentes campos do conhecimento, criados pelo Ocidente. Esse mecanismo legitima a exploração violenta, perpetrada pelos colonizadores aos povos originários e aos povos negro-africanos. Essa exploração também se baseia na ideia de que a superioridade e a inferioridade são condições biológicas.

É a partir do panorama exposto acima que o racismo obstétrico se constitui, configurando-se como uma prática velada, possível e naturalizada de forma acrítica pelos profissionais da saúde.

3.2

A violência obstétrica e a especificidade do racismo obstétrico

Tempesta & Eneile (2021) argumentam que o racismo obstétrico é uma manifestação contínua da estratificação racial profundamente enraizada na sociedade. Ele se manifesta na estigmatização de mulheres negras e nas experiências que essas mulheres têm com profissionais de saúde durante e após a gravidez. Esse fenômeno representa uma ameaça significativa tanto para a vida das mães quanto para os neonatos, indo além de lacunas críticas de diagnóstico. Engloba também a negligência, o desdém, a falta de respeito e a imposição de dor, além do abuso médico. “O racismo obstétrico emerge especificamente no cuidado obstétrico e coloca as mulheres negras e seus filhos em risco” (Tempesta & Eneilde, 2021, p. 5).

Na sua tese de doutorado sobre partos no Brasil, Jacqueline Alves Torres (2014) destaca que, ao estudarem os modelos de assistência ao parto em diversos países, pesquisadores brasileiros observaram uma alta medicalização e centralização na figura do médico no modelo de atenção ao parto no setor suplementar de saúde no nosso país. Durante o pré-natal, os médicos mantêm um relacionamento próximo com as gestantes e, ao final da gravidez, são responsáveis por determinar a via de parto e realizar o procedimento.

Torres (2014) mostra a necessidade de uma reflexão crítica sobre o impacto desse modelo na autonomia das mulheres e na humanização do parto. É essencial

considerar a importância do protagonismo das gestantes, o respeito às suas escolhas e o acesso a um cuidado que contemple suas necessidades físicas, emocionais e culturais. O trabalho destaca a relevância de promover práticas de atenção ao parto que priorizem a segurança, o respeito e a participação ativa das mulheres em todo o processo.

É preciso construir e reafirmar um modelo de atenção ao parto que promova a humanização e proporcione um cuidado integral, fundamental para garantir uma experiência positiva e segura. Portanto, é importante buscar alternativas que priorizem o bem-estar das gestantes e sua participação ativa, promovendo um ambiente de respeito, acolhimento e cuidado personalizado (Dias, 2021).

O estudo coordenado por Maria do Carmo Leal (2019) fornece evidências científicas fundamentais sobre as atuais condições de nascimento no Brasil. As conclusões apresentadas são essenciais para embasar a busca por melhorias na qualidade da atenção ao parto e na redução de intervenções desnecessárias, tanto no sistema público de saúde quanto no setor privado. O fato que as mulheres pretas representam uma parcela significativa das usuárias dos serviços de saúde pública e conveniados, e uma proporção menor do setor privado, destaca a importância de compreender e abordar as disparidades existentes no panorama do parto para essa população. A influência das questões sociais e culturais no contato médico, na situação cultural e nas decisões relacionadas à gestação e ao parto é um aspecto crucial a ser considerado. Esse estudo contribui significativamente para promover o conhecimento e fortalecer a capacidade das mulheres, em especial as mulheres pretas, de tomar decisões informadas sobre seus corpos e sua saúde reprodutiva.

Pode-se afirmar que pacientes negras são colocadas em risco quando são expostas a um tratamento e decisões controversas nas tomadas de decisões médicas e são tratadas como um experimento e “material clínico” pelos médicos, assim como a raça destas pacientes influencia as percepções dos médicos (Hoberman, 2012). Por isso, ainda que as análises da violência obstétrica evidenciem processos médicos na saúde da mulher, utilizar o termo racismo obstétrico é bem mais preciso e adequado ao perfil do racismo que acontece no encontro entre médicos e pacientes negras.

Esses processos, em maior ou menor grau violentos, impactam diretamente na maneira como as mulheres negras vivenciam o pré e o pós-parto, englobando

fantasias parentais, medos, sonhos, lembranças da própria infância, profecias sobre o futuro do bebê e de sua família. Estes aspectos atravessam os processos transgeracionais e culturais, que estão associados ao que se espera de uma menina e de uma mulher. Essa expectativa e imposição de lugar social ocorrem tanto dentro da família como na sociedade (Piccinini *et al.*, 2008).

Segundo Tesser *et al.* (2015), a violência obstétrica é representada através do ato em que a equipe que acompanha o período gestacional se apropria dos processos reprodutivos das mulheres e de seus corpos, através de abusos nas relações e de medicalização, violando os direitos humanos durante o período de gestação ao parto, além das violações reprodutivas e sexuais.

A OMS (2014) reconheceu que a violência obstétrica é uma questão de saúde pública, impulsionando a expectativa de eliminar, prevenir abusos e maus-tratos nas instituições de saúde. Esta prática de violência é também um exercício de poder, que se opera sobre os corpos das mulheres, sem que estas sejam consideradas sujeitas de escolhas de seu processo gestacional.

Werneck (2016) demonstra que os altos números de casos de violência obstétrica que aparecem nos serviços de saúde à mulher são naturalizados. Estes casos trazem à tona o fato de que, neste ambiente, muitas mulheres correm o risco de terem seu pré-natal desqualificado durante as consultas obstétricas.

O racismo obstétrico produz numerosas vulnerabilidades que provocam desvantagens. Para exemplificar, a “hipótese do desgaste”. Essa perspectiva propõe que uma deterioração global anterior da saúde, partindo da acumulação de várias desvantagens, contribui para a prematuridade e o baixo peso do bebê ao nascer. Enquanto, Amini *et al.* (1994) destacaram que outros pesquisadores sugeriram que a genética contribui para o risco de as mulheres negras terem piores desfechos. Esta última proposição mencionada parece uma perspectiva racista.

A estreita relação entre a família e os profissionais de saúde impacta positivamente o processo gestacional e produz o respeito e a valorização dos costumes da família e dos desejos da parturiente. Estas características são importantes para o momento mais marcante, que é o parto, e propiciam o momento de tomada de decisões e a autonomia do próprio corpo da mulher (Lansky *et al.*, 2019).

Quando isto não ocorre, violências de diversas outras dimensões atravessam este momento, como as agressões psicológicas, morais, institucionais e sexuais,

que evidenciam a ausência de cuidado com a mulher. Tais violências vulnerabilizam, vitimizam ainda mais e produzem desfechos negativos para as mulheres.

Os desfechos negativos da violência no parto e violência racial médica demonstram a importância de provocar considerações sobre os desfechos do racismo obstétrico em mulheres negras e o quanto tal prática e violências raciais podem prejudicar a positividade do desfecho.

O artigo intitulado *Na hora de fazer não chorou: a violência obstétrica e suas expressões* (Medeiros & Nascimento, 2022) explora o tema da violência obstétrica e suas múltiplas manifestações, baseando-se em entrevistas realizadas com puérperas. O título da pesquisa faz referência a um depoimento marcante de uma das entrevistadas que descreveu a incredulidade dos profissionais de saúde quando ela expressou sentir dores durante o parto e a expressão que remete ao suposto prazer sexual, a ser pago com dores e sofrimento.

O estudo identificou diversas formas de violência obstétrica, abrangendo negligência, desrespeito, insensibilidade e falta de cuidado por parte dos profissionais de saúde, juntamente com a adoção de práticas invasivas e desnecessárias. A pesquisa enfatiza a relevância de políticas públicas de saúde e a necessidade de uma assistência ao parto humanizada e respeitosa para as mulheres e também aponta para a urgência de promover mudanças na cultura institucional e nas práticas de assistência obstétrica, visando assegurar o direito das mulheres à saúde e à dignidade durante o processo de parto.

Adicionalmente, o artigo aborda a importância da conscientização e do empoderamento das mulheres, encorajando-as a reconhecer e denunciar casos de violência obstétrica. Também destaca a necessidade de capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde para proporcionar atendimentos mais humanizados e respeitosos.

3.3

Para além dos números sobre violência obstétrica

Em conformidade com Oliveira & Kubiak (2019), o racismo e o sexismo desencadeiam impactos diversos na sociedade, originando limitações específicas nos direitos das comunidades marginalizadas. No que tange às mulheres negras, a situação se agrava devido à tal conjunção interseccional. Essa realidade se manifesta de modo acentuado na área da saúde, na qual se verifica que as mulheres negras apresentam uma expectativa de vida mais reduzida e uma taxa mais elevada de transtornos mentais em comparação às mulheres brancas.

Também merece destaque a alta incidência de miomas uterinos em mulheres negras – sendo de 3 a 9 vezes mais que em mulheres brancas. Além de surgirem em idade mais precoce, costumam ser vários e maiores, levando a quadros mais graves de sintomas. Com isso, os procedimentos de histerectomia e miomectomia possuem maior probabilidade de ocorrerem neste grupo (Camargo *et al.* 2012, p. 159). A frequente realização de histerectomias e uma taxa de mortalidade materna substancialmente superior entre as mulheres negras são disparidades, segundo Domingues *et al.* (citado em Oliveira & Kubiak, 2019), que refletem os obstáculos para o acesso e a qualidade inferior dos cuidados de saúde.

No contexto da violência obstétrica, segundo Tempesta & França (2021), as negras compõem a maioria das vítimas que denunciaram ter sofrido algum tipo de agressão durante a gestação. Essa modalidade de violência é caracterizada pela apropriação dos processos reprodutivos das mulheres, incluindo o equívoco na medicalização e a patologização de eventos naturais.

Reforçando o conceito, de acordo com as pesquisadoras Tempesta & França (2021), a violência obstétrica se configura como um tipo específico de violência, que surge no contexto da assistência prestada a mulheres ou pessoas transexuais ao longo da gestação, trabalho de parto, aborto ou pós-parto. Esta forma de violência pode manifestar-se de diversas maneiras, incluindo comportamentos infantilizados, paternalistas, omissos, manipuladores ou agressivos por parte dos profissionais de saúde, bem como restrições à presença de acompanhantes, falta de acolhimento empático e escuta qualificada, sonegação de informações apropriadas, imposição de procedimentos médicos, separação prolongada entre

mãe e recém-nascido e uso indiscriminado de anestesia, entre outras práticas danosas.

É igualmente importante ressaltar que o racismo obstétrico não apenas compromete a saúde física e emocional das mulheres, mas também viola os direitos humanos e reprodutivos como será afirmado mais adiante.

Embora a violência obstétrica tenha emergido como um campo de estudo relevante nos últimos anos, ainda há uma lacuna significativa de pesquisas que explorem a interseccionalidade das opressões, especialmente no que se refere à saúde da mulher negra. A falta de consideração das demandas específicas das mulheres negras em relação à sua saúde, como sublinham Oliveira & Kubiak (2019), configura mais uma forma de discriminação, perpetuando as estruturas racistas presentes nas instituições de saúde.

Refletindo sobre essas questões, é inevitável considerar o papel das instituições responsáveis pela formação de futuros médicos. Recentemente, durante a elaboração desta dissertação, veio a público um incidente lamentável envolvendo estudantes de medicina, jovens brancos com idades entre 18 e 19 anos. Segundo telejornais, durante um jogo feminino de vôlei, os estudantes foram filmados fazendo atos obscenos, incluindo uma suposta masturbação coletiva. Alguns dos alunos foram expulsos pela universidade e a conduta levantou debates sobre a ética dos estudantes que serão profissionais nos espaços médicos públicos e privados.

Este incidente, que teve como protagonistas estudantes da Universidade de Santo Amaro (Unisa), localizada na cidade de Santo Amaro, estado de São Paulo, suscita uma série de preocupações e reflexões pertinentes acerca da formação desses futuros profissionais, especialmente quando se levam em conta os aspectos relacionados à classe social e raça.

Em primeiro lugar, é importante ressaltar que a Unisa é uma instituição de ensino privada amplamente reconhecida. No âmbito do curso de medicina, as mensalidades atingem um patamar considerável, aproximando-se de R\$10.000,00 por mês. Esse alto custo impõe barreiras ao acesso a esse curso, reservando-o predominantemente para uma parcela privilegiada da sociedade, composta em grande parte por estudantes brancos de classes sociais mais elevadas. Nesse contexto, é legítimo esperar que esses futuros médicos, beneficiários de uma educação médica de alta qualidade, estejam preparados não apenas do ponto de

vista acadêmico, mas também em termos de valores éticos, sensibilidade social e responsabilidade.

Em segundo lugar, é relevante destacar que todos os estudantes envolvidos no incidente eram de ascendência branca. Essa homogeneidade racial entre os participantes levanta questões significativas sobre a diversidade e a representatividade no ambiente universitário. No contexto desta dissertação, que se concentra no racismo obstétrico e suas implicações, esse incidente emerge como um exemplo vívido da necessidade premente de abordar questões raciais na formação médica.

A ausência de diversidade racial entre os estudantes de Medicina pode contribuir para uma compreensão limitada das complexas dinâmicas que envolvem raça e saúde. Isso, por sua vez, pode resultar em uma prática médica carente de sensibilidade e conhecimento, com impactos diretos nas experiências de saúde das mulheres negras. Segundo Torres (2014, p. 23):

Em sistemas complexos, as ações dos agentes são interconectadas de modo que a ação de um agente muda o contexto para os outros agentes e são guiadas por regras internas individuais (valores e crenças). A complexidade é uma propriedade do sistema de saúde e afetará os resultados de uma intervenção, seja ela simples, complicada ou complexa. Assim, os resultados de intervenções em sistemas complexos são geralmente sensíveis a pequenas alterações, modificáveis por fatores pouco controláveis (como os pensamentos das pessoas por trás da intervenção) e emergem da interação entre seus agentes.

Em resumo, a ocorrência deste incidente entre estudantes de medicina da Unisa, somada a numerosos outros incidentes que envolvem machismo, racismo e violências diversas, enfatiza a importância de uma educação médica que transcenda a mera aquisição de conhecimentos técnicos. Tal formação deve também promover valores éticos, sensibilidade social e uma compreensão aprofundada das questões relacionadas à raça e classe social. Esses elementos são cruciais para assegurar que os futuros médicos estejam aptos a proporcionar atendimento de qualidade e isento de discriminação a todas as pessoas, independentemente de sua origem étnica e situação econômica.

4.

Da gestação ao pós perinatal: os impactos psíquicos que perpassam na construção da maternidade da mulher negra

A gravidez traz diversas reestruturações na vida da mulher, nos papéis sociais que lhes são impostos. Neste período de gestação, ela deixa o lugar social da filha e passa, também, a ser mãe (Piccinini *et al.*, 2008).

Ocorre que o *status* materno não é descolado do *status* social. Por exemplo, uma mulher que vivencia de forma saudável e satisfatória o ser filha, neta, irmã, que tem amizades gratificantes, enfim, todos estes papéis sociais, agora percebe que essas relações e tempos precisam ser adaptados à nova lógica de governança da própria vida materna. A partir daí, essa mulher revive experiências passadas, além de reajustar seu relacionamento conjugal, socioeconômico e suas atividades profissionais.

Ainda segundo estes autores, neste processo, conteúdos inconscientes podem tornar-se conscientes ou aparecer disfarçados sob a forma de sonhos e sintomas. Deste modo, é possível que conflitos psíquicos sejam elaborados e, neste caso, a identidade da mulher passa por transformações importantes.

Segundo Zornig (2010), pode-se observar que durante a gravidez, e no período pós-natal, a constatação da maternidade se torna o eixo organizador dominante da vida psíquica da mãe. Por ser um momento de permeabilidade entre as representações conscientes e inconscientes, ele permite uma investigação maior sobre as significações inconscientes do desejo de ter um filho.

Neste contexto, a vulnerabilidade psíquica na maternidade se manifesta quando a mulher se depara com a novidade e a complexidade desse momento. A partir do contato com o tema da maternidade, segundo Barcellos, Machado e Féres-Carneiro (2021), a mãe experimenta uma condição de permeabilidade entre afetos conscientes e inconscientes. Nesse contexto, o racismo obstétrico pode reforçar e facilitar essa transparência psíquica, representada pela relação entre os bebês e os fantasmas reprimidos que retornam. Isso significa que as questões relacionadas ao racismo obstétrico têm o potencial de impactar profundamente a saúde mental das mulheres, tornando-as mais suscetíveis a conflitos internos, ansiedade e traumas relacionados à maternidade. É fundamental compreender e

abordar essa vulnerabilidade psíquica de forma sensível e empática, garantindo que as mulheres tenham o apoio necessário para lidar com essas questões em um contexto de respeito, acolhimento e cuidado integral.

Além do impacto na saúde mental das mulheres, o racismo obstétrico também contribui para a vulnerabilidade psíquica durante a gestação de outras maneiras. Ele pode influenciar a qualidade do cuidado pré-natal e obstétrico que as mulheres recebem, levando a disparidades no tratamento médico, na atenção às necessidades emocionais e no respeito à autonomia das gestantes. Isso pode gerar um ambiente de tristeza e ansiedade para as mulheres grávidas, afetando sua experiência de gestação e parto (Barcellos, Machado & Féres-Carneiro, 2021).

Maternidade não é apenas uma construção cultural, mas também tem raízes biológicas profundas. Destaca-se a importância da flexibilidade e da adaptabilidade das mães ao longo do curso da evolução humana, registrando como as mães modernas também precisam lidar com uma variedade de situações e desafios inerentes à vida contemporânea.

Bydlowski (1991) enfatiza que a maternidade e o puerpério resultam em uma transformação psíquica profunda nas mulheres. Ela também aborda a tendência de interpretar as dificuldades das mães como patológicas, atribuindo isso ao ressurgimento de fantasias regressivas e à rememoração nostálgica de experiências infantis. Esse estado emocional, denominado "transparência psíquica", permite ao psicoterapeuta identificar conflitos subjacentes por meio de palavras, comportamentos, sonhos e sintomas. A intensificação da sensibilidade materna durante a gravidez e os primeiros anos da criança desencadeia uma regressão psíquica complexa, levando a uma série de identificações entre mãe e bebê, bebê e experiências passadas, mãe e própria mãe, bebê e avós, entre outras. Por isso, a falta de diagnóstico e tratamento psicológico das mães durante esse período tem impacto negativo na relação entre mães e bebês que podem evoluir até a idade adulta.

Essas consequências negativas no vínculo entre mães e bebês, que ocorrem devido à falta de cuidado para com a mãe, estão entrelaçadas e categorizam esse bebê, influenciando sua vida futura. Ou seja, na idade adulta, essas articulações, sem as devidas atenções emocionais, podem resultar em indivíduos com dificuldades que remetem à dimensão primária da primeira infância. As histórias desses pacientes revelam diferentes formas de opressão, que se interseccionam.

O atendimento psicológico da grávida pode também ser considerado como trabalho de prevenção primária. A postura de empatia por parte do profissional de saúde tende a possibilitar maior chance de acesso psíquico às gestantes e, com isso, promover a saúde da própria gestante, da relação mãe-bebê e da própria conjugalidade.

De acordo com Bortoletti, em aula ministrada, na década de 90, a atenção psicológica às gestantes então recebia o nome de Psicoprofilaxia no Ciclo Gravídico Puerperal (CGP). A professora Fátima Ferreira Bortoletti sentiu a necessidade de deixar o nome da intervenção realizada com os grupos de gestantes menos complexa. Uma de suas pacientes, que frequentava um de seus grupos, sugeriu ao acaso o termo Pré-Natal Psicológico (PNP) como alternativa e assim surgiu o nome de uma das principais técnicas utilizadas por psicólogos obstétricos/perinatais.

O PNP é definido por Bortoletti *et al.* (2011, p. 185) como uma assistência psicoprofilática e psicoterápica personalizada, indicada em toda e qualquer gestação. Ele utiliza um protocolo padrão do curso natural do CGP, adapta-se às particularidades de cada realidade obstétrica/fetal e prioriza a abordagem do conteúdo psíquico sem detrimento da orientação psicopedagógica e conscientização corporal terapêutica.

Entretanto, não existe apenas essa definição do que é o PNP. Esse é um conceito que está ainda em construção. Arrais & Araújo (2016, p. 103) definem o PNP como: uma prática complementar ao pré-natal biomédico, voltada para o atendimento psicológico das gestantes, a qual também estimula a integração de seus familiares nos cuidados desenvolvidos ao longo do ciclo gravídico-puerperal. De acordo com Arrais *et al.* (2018), o PNP tem o potencial efeito de proteção para evitar os sintomas de depressão no período pré e pós-natal, bem como ansiedade. Ansiedade, estresse e depressão são as principais alterações emocionais que ocorrem no período perinatal (Schiavo *et al.*, 2018) e precisam ser prevenidas ou identificadas.

A partir do pensamento de Alvarenga & Souza (2017), Oliveira (2019) e Silva (2018) nota-se que, por conta do racismo, essa dinâmica na vida de mulheres negras se torna ainda mais complexa, uma vez que seus arranjos afetivos e parentais não estão, muitas vezes, conforme as configurações tradicionais, que obedecem à lógica e à ordem normativa hegemônica.

Partindo destas perspectivas, é importante compreender as necessidades da mulher negra que está em fase inicial de contato e vínculo emocional com a criança recém-nascida, em meio a um cenário racista aviltante. É possível que esta mulher precise ter auxílio psicológico profissional para ajudá-la a construir meios, através da psicoterapia ou acompanhamento psicológico, para a interação que ocorre entre mãe e filho.

Hoberman (2012) assevera que quando se pensa na realidade de mulheres negras, essas violências são ainda mais recorrentes, portanto seus impactos psíquicos também. Elas geram e potencializam ainda sentimentos compartilhados pela população negra brasileira, gerados pelo racismo: menosprezo, vulnerabilidade, dor, solidão, desumanização, e no caso de mães negras, a Depressão Pós-Parto (DPP). Estes efeitos psíquicos apresentam riscos ainda mais prejudiciais à saúde e ao seu bem-estar.

Segundo Werneck (2016), além da violência de gênero, as mulheres negras são vitimadas por violências ainda mais cruéis, uma vez que, a violência de gênero é interseccionada com a violência do racismo estrutural. Portanto, é preciso chamar atenção para esta interseção, que produz especificidades que determinam os modos de vida, bem como de morte.

Ainda sobre o olhar interseccional, Leal *et al.* (2017) demonstram que, ainda que as condições socioeconômicas sejam favorecidas para algumas mulheres negras, o tratamento adequado não acontece. Isto revela o quanto o racismo ainda media as relações no Brasil e determina a maneira pela qual estas mulheres são tratadas nos serviços de saúde.

Segundo Kimberlé Crenshaw (2013), o olhar interseccional identifica as determinações sociais de diversos níveis de opressão para compreender o racismo com mulheres negras e suas diversas formas de atuação. Para a autora, marcadores sociais inter cruzam entre as mulheres negras: saúde, raça, gênero, gestação, classe e geração.

Guimarães (1999) denuncia uma ideia sobre o racismo de importante reflexão para se pensar sobre a alta complexidade das experiências negativas vivenciadas pelas gestantes negras. É o chamado “racismo de atitudes”. O autor explica o termo como sendo uma manifestação comumente silenciosa, mas presente e ativa nas práticas médicas com mulheres negras. Um exemplo pode ser colocado por afirmações sem base científica, amplamente divulgadas, calcadas na

ideia de raça. Elas atuam e influenciam as equipes de saúde inclusive nos locais e nos momentos do parto: “mulheres negras são fortes”, “são boas parideiras”, “elas sentem menos dor”.

Ao longo dos anos de experiência clínica profissional, é possível testemunhar inúmeros casos de racismo obstétrico durante o atendimento de mulheres grávidas e puérperas. As queixas principais giram em torno da negligência generalizada quando buscam obter informações sobre seus corpos, técnicas de parto, procedimentos cirúrgicos e cuidados pós-operatórios. Em um desses casos, uma paciente negra puérpera não conseguia sequer vestir roupas íntimas devido à dilaceração de sua genitália, resultado de uma manobra frustrada da equipe que visava “apertar” sua vagina na tentativa de fazê-la “voltar a ser virgem” e reduzir sua largura vaginal.

Em outra ocasião preocupante, uma paciente atendida no ambulatório da maternidade foi submetida a um exame de toque médico acompanhado pela reclamação sobre o odor vaginal, numa clara tentativa de envolver a assistente como aliada nesse insulto. Nesse momento, a assistente redobrou a atenção para a mãe negra; os olhares se cruzaram em um gesto de conexão, afeto e aliança que transcendeu a esfera da psicologia. Ali estavam duas mulheres negras diante de um médico branco desrespeitoso, que não apenas falhava com sua ética, mas perpetuava a violência e falta de solidariedade.

As dores físicas e psicológicas das mulheres negras estão inseridas no contexto das “violências institucionais”, em nome da ciência e seus princípios democráticos. Da mesma maneira, é surpreendente o modo como as vulnerabilidades distintas entre mulheres brancas e negras não são consideradas como justificativa para priorizar os direitos das mulheres negras nas instituições maternas.

Pelas razões elencadas acima, o termo racismo obstétrico sugere também que os corpos que são estigmatizados socialmente passam por hierarquias reprodutivas e sofrem os efeitos da escravidão colonizadora.

Pode-se lembrar, aqui, que o Estado e a Igreja Cristã ratificaram ideias de superioridade entre raças (Nascimento, 2017) que ainda estão presentes nos imaginários. Com isso, as violências sofridas, baseadas no pensamento de que as negras são mais resistentes à dor, são naturalizadas.

O racismo obstétrico consiste em ações causadoras de dor para mães negras e seus filhos. O desrespeito e a segregação, além de intervir na relação inicial entre mãe e filho, gera riscos para o início das relações parentais. Desta maneira, as mulheres negras possuem altos índices de vulnerabilidade. Elas vivenciam dificuldades práticas como para agendar exames, participar dos encontros pré-natais e sofrer com a ausência de informações sobre o parto (Leal *et al.*, 2017).

A compreensão dos processos históricos na sociedade brasileira e suas representações são evidenciados pelos marcadores de classe, gênero e raça, além da classe que as mulheres ocupam na sociedade. Visto que, em sua maioria, as mulheres são avaliadas pela equipe técnica sobre seus marcadores como endereço, por exemplo, antes mesmo de ser atendida e relatar o motivo pelo qual precisa de ajuda médica. Além do ambiente para o atendimento ser o espaço destinado à maternidade, uma ideia totalmente contrária ao abortamento (Goes, 2023).

Outro fator preocupante é a ausência da assistência para as mulheres negras que praticam o aborto em domicílio, na expectativa de não terem que ser repreendidas pela equipe de saúde. Muitas das que procuram o SUS para raspagem do material não expulso pelo corpo podem exemplificar a relação entre a ciência, violência obstétrica, racismo e mortalidade materna.

A decisão de recorrer a cuidados caseiros muitas vezes está fundamentada e enraizada na falta de acessibilidade, na discriminação que as mulheres pretas enfrentam em ambientes clínicos e na ausência de opções de cuidados que respeitem a autonomia e os direitos reprodutivos das mulheres. Além do mais, soa como um reflexo da desconfiança e insatisfação com o sistema de saúde tradicional e público, especialmente no que diz respeito ao racismo que é oferecido a mulheres pretas. Essa escolha também pode ser influenciada pela busca de um ambiente mais acolhedor, íntimo e humano, que permita às mulheres exercerem maior controle sobre suas próprias experiências de saúde. No entanto, é importante reconhecer que os cuidados caseiros também apresentam desafios e riscos, especialmente quando realizados sem o suporte adequado de profissionais de saúde qualificados.

Esse entendimento, sobre o racismo obstétrico, significa também que as discussões sobre como a mulher negra irá construir a sua relação psíquica com a criança nascida e desenvolver o processo de maternar é fundamental.

Diante deste cenário, é urgente que haja o rompimento com a ideia de que os arranjos e configurações de parentalidade brasileiras, sobretudo de mulheres negras, são disfuncionais ou desestruturados. É preciso entender que tais ideias insistem em tratar a parentalidade segundo os padrões europeus, brancocêntricos e patriarcais.

Para além da prevenção primária, o atendimento psicológico à mãe negra abre a possibilidade de elaboração e enfrentamento do racismo sofrido por essas mulheres, a partir do contato com as múltiplas facetas do racismo na sociedade e suas instituições.

Davis (2016) argumenta que a violência obstétrica, apesar de ser uma ferramenta analítica importante para dimensionar os abusos sofridos ao longo do processo de saúde materna, não dá conta de pensar na experiência de mulheres negras, visto que não leva em conta as repercussões do racismo nesse processo. Por esta razão, os estudos sobre racismo obstétrico são fundamentais para pensar a experiência do racismo na trajetória de gestantes negras, visto que “ela não leva em conta de maneira adequada os contornos do racismo que se materializam nos encontros médicos” (Davis, 2016, p. 10).

Por esta razão, é necessário que se pense a raça nas discussões sobre racismo obstétrico, caso contrário o racismo, como vetor da violência que incide sobre os corpos de mulheres negras, nunca será visualizado e tratado de maneira adequada.

Faz-se necessário realizar outro tipo de leitura da mulher e de suas condições emocionais após o parto. Uma leitura que transcenda as definições estáticas da clínica médica e o imaginário coletivo. Assim, é preciso ultrapassar essas barreiras construídas pela ciência biológica e que constroem sujeitos e estabelecem preceitos.

Segundo Grada Kilomba (2019), mulheres negras, por não serem brancas nem homens, passam a ocupar uma posição muito difícil, porque subalternizada, dentro de uma sociedade patriarcal de supremacia branca. Tomando em conta a autora, é possível supor que o contexto, o círculo social branco composto pela equipe médica, no centro de saúde frequentado pela mulher negra, pode acabar por provocar nela um isolamento e incerteza da razão de seus direitos humanos, sentimentos, decisões e desqualificação, distante da perfeição de potencial em suas falas e racionalização. Neste contexto, ela poderia ser vista como uma

oponente, competidora (em potencial) de palavras, conforme mencionado por Kilomba.

As experiências das mulheres negras têm a ver com a capacidade de sobreviver ao racismo, às condições adversas que a imagem e o estereótipo da mulher negra passam a ter desde o seu nascimento, quando se é a criança negra nascida da mãe de mesma cor e origem, tratada pela equipe médica e de saúde como a criança forte que nasce e pode ficar distante do afeto da mãe, que é negra, por já nascer sendo lida como uma criança mais forte e resistente que as demais.

A família negra é vista como uma instituição de fortaleza. Não há ou não deveria ser uma história bonita a da mulher que pare sozinha, sem condições adequadas ou em lugar que lhe falte a higiene, porque não recebeu nenhum tipo de ajuda de terceiros ou de auxílio do governo, por exemplo, para conseguir alguma forma de locomoção até a casa de parto ou porque a parteira não conseguiu chegar à casa da parturiente por motivos sociais.

Não deveria importar em qual região do país ou grau da cor da pele a mulher nascesse. Prejulgar o atendimento de acordo com a cor da mulher é racismo escancarado, porque o atendimento reage a todo um contexto racista e impede que a mulher negra possa permitir-se ter mais liberdade para ser sujeito, humana e frágil.

A necessidade de assistência psicológica e terapia para mulheres negras que enfrentam o racismo descarado nos atendimentos médicos e consultas pré-natais é um reflexo da complexidade e da gravidade do impacto emocional causado por tais experiências. O racismo sistêmico, estrutural e institucional presentes no ambiente de saúde contribui para reforçar a condição periférica das mulheres negras, submetendo-as a um tratamento discriminatório que afeta profundamente sua saúde mental e emocional.

A busca por assistência psicológica e terapia não deve ser vista como uma solução individualizada para lidar com o racismo, mas sim como uma forma de oferecer suporte emocional e empoderamento para enfrentar as adversidades decorrentes do preconceito racial. A terapia pode fornecer um espaço seguro para processar as experiências traumáticas, fortalecer a autoestima e desenvolver estratégias de enfrentamento diante do racismo institucionalizado.

Além disso, é fundamental reconhecer que a necessidade de assistência psicológica não deve recair exclusivamente sobre as mulheres negras, mas sim ser

parte de um esforço coletivo para dismantelar as estruturas racistas que perpetuam o sofrimento psicológico e emocional. Profissionais de saúde, incluindo psicólogos e terapeutas, devem ser sensibilizados para compreender as interseccionalidades do racismo e oferecer um atendimento culturalmente competente que respeite a identidade e a experiência das mulheres negras.

Em última análise, a necessidade de assistência psicológica e terapia para mulheres negras expõe a urgência de se promover mudanças mais amplas no sistema de saúde, visando garantir que todas as mulheres recebam um tratamento digno, respeitoso e livre de preconceitos, independentemente da sua origem étnico-racial.

Guimarães (1999) alerta que a ordem hierárquica sobre a qual se fundou a sociedade escravocrata no Brasil não foi inteiramente rompida, nem com a abolição, nem com a República, nem com a restauração democrática do pós- guerra, tampouco com a Nova República. Esta ordem tem se mantido na vida cotidiana, por normas e leis baseadas numa suposta igualdade entre os indivíduos, igualdade que, de fato, nunca permitiu que existisse. A saúde é uma das áreas que muito comprova o racismo.

4.1

Solidão como sintoma da mãe preta

*Uma gota de leite
me escorre entre os seios.
Uma mancha de sangue
me enfeita entre as pernas.
Meia palavra mordida
me 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 semente
 moto-contínuo
 do mundo.
 (Conceição Evaristo)⁴*

Segundo Maldonado (1998), a solidão é uma crise inerente ao ciclo vital de desenvolvimento da mulher, logo, pode-se pensar que a solidão materna é um sentimento inevitável. É uma condição humana. Poucas pessoas pensam sobre o tema, aliás ninguém foi ensinado a ser uma pessoa. O ser humano nasce dependente do calor humano da mãe, do aconchego ainda no ventre, do aleitamento materno, uma relação muito próxima com o outro desde o início da vida. Esta dependência física e emocional segue pela vida toda e, quando é percebida, as pessoas pensam que não conseguem viver sozinhas, trabalhar sozinhas, entram num lugar de dependência tamanha que sugere sintoma de necessidade do outro, extrema.

Somando-se a isso, a mulher que se torna mãe, naturalmente antes da maternidade, vive a necessidade de pertencimento, de se sentir amada, validada, considerada e amparada em muitos outros corpos. Para além da mãe, entram nesta história o pai, pessoas amadas, irmãos, amigos e outros. Agora é preciso refletir como a mãe puérpera vai se sentir madura e preparada para pensar a sua própria gestação, decisão pelo nascimento, alimentação, educação, da criança que nasceu e a responsabilidade grita muito mais alto neste momento.

A mulher gestante começa a experimentar o sentimento de solidão materna a partir do momento em que fica sabendo da gestação. Decidir ter um filho é uma possibilidade de não poder renunciá-lo e esta decisão solitária aparece. Após a descoberta, uma série de detalhes precisam ser cuidadosamente definidos por esta mãe, entre eles, moradia, consumo, sustento, relação sexual, afetiva, vida profissional. Outras situações aparecem ao longo dos trimestres de gestação e estes fundamentam uma série de escolhas muito difíceis de serem tomadas, muito

⁴ EVARISTO, C. **Poemas da Recordação e Outros Movimentos**. Rio de Janeiro: Malê Editora, 2017.

por conta da falta de opção, de escolhas pela vida que esta mãe leva, pela vida econômica e até mesmo pela saúde mental.

Mães atípicas, mães naturais, adotivas, mães de primeira, segunda e muitas viagens sentem o mesmo desconforto, porém, é claro, é preciso levar em consideração as diferentes personalidade e histórias de vida delas. Contudo, todas, em algum momento da gestação, serão solitárias. O corpo é único, o filho é da mãe até quando tem pai presente, em muitos casos, cabe a ela decisões que influenciarão a vida dos filhos, talvez para sempre.

Se até aqui se falou sobre o sentimento de solidão nas mulheres que engravidam, como se pode pensar a saúde emocional da mulher mãe preta?

Levando em consideração que o ambiente profissional técnico passa a ser uma ambiente rotineiro nas vidas destas mulheres, o acompanhamento pré-natal, a equipe hospitalar, o parto, o tratamento que lhes é dado inevitavelmente contribui para que o sentimento de solidão seja pesado, seja opressivo ou não.

O racismo sofrido pela mãe preta desde a sua infância não vai embora porque aquela menina cresceu. Na verdade, o racismo causa traumas nas vidas de pessoas pretas e ele se instala uma vez e para sempre. Ou seja, quando a mulher entra no ambiente hospitalar e é atendida por uma equipe médica, estas relações, que são íntimas, precisam encorajar esta mulher a seguir, a se sentir amparada, apoiada, visibilizada. Já se sabe, por numerosos relatos, que a equipe médica, em sua maioria branca, presta atendimento para as mulheres pretas e de baixa renda de forma diferenciada; pode-se dizer que de forma mais distante e fria.

O racismo da equipe médica pode gerar um tipo de distanciamento da relação entre a mulher, a sua gestação e o feto. A consequência, para além de psicológica – tal como se verá no próximo capítulo – afeta negativamente a relação entre mãe e filho. Isso é extremamente injusto por causar prejuízos a quem acabou de vir ao mundo. Mas o racismo é injusto. E faz com que o sentimento de solidão aumente. Por exemplo, se uma mulher gestante e preta não puder frequentar os espaços físicos da maternidade acompanhada, esta irá sentir a dureza de passar por certos tipos de situações constrangedoras, sem ter quem a defenda e lhe ajude na consulta, por exemplo. Sem contar a solidão de ser avaliada, passar pela necessidade de fazer algum exame específico, ou tomar uma medicação controlada, sem ter o cuidado da explicação sobre e talvez sem conseguir levar para a casa as palavras médicas em geral “embranquecidas”.

Partindo desse ponto, a ausência de políticas públicas de integração tem impactado significativamente a população brasileira, especialmente no que diz respeito à compreensão do próprio corpo durante consultas médicas, quando a validação desse corpo muitas vezes não é efetivamente considerada. Nesse contexto, é importante compartilhar um caso bastante comum na vida de mulheres de baixa classe social e pele negra.

Trata-se de uma paciente soropositiva, início dos anos 2000, uma mulher madura e mãe de outros filhos, que chegava à maternidade para realizar o teste de gravidez. Apesar de já estar em tratamento para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), mantendo isso em segredo da família, ela expressava sentimentos de tristeza, vergonha e dificuldade em dialogar com a equipe médica sobre o assunto. Isso evidencia a distância entre médico e paciente em um momento crucial para uma gestação saudável. A paciente chorava em todas as consultas, enquanto nos encontros em espaços públicos demonstrava um comportamento brincalhão e comunicativo.

O encontro com o conhecimento médico, representado por uma figura distante e majoritariamente branca, aliado ao diagnóstico, tornou-se um gatilho para paralisar suas emoções e silenciar sua voz. Consequentemente, a consulta não proporcionava o aproveitamento necessário para ela e seu futuro bebê. A paciente não tinha noção do quanto o conhecimento médico poderia contribuir, fornecendo informações sobre os impactos de sua gestação. Diante desse cenário de falta de tratamento, diálogo, relacionamento e cuidado, é possível observar como o racismo obstétrico se manifesta intensamente por parte dos profissionais de saúde em relação à população negra e a possibilidade de identificação e vínculo a partir do atendimento com profissional preto. Além disso, a presença de uma profissional da saúde negra ali pode ter ajudado a reduzir o impacto do racismo institucional, proporcionando um ambiente mais acolhedor e facilitando o encorajamento de uma comunicação mais aberta e honesta e menos solitária.

A paciente, ao longo das sessões de terapia, foi compreendendo suas necessidades individuais, sua identidade cultural e social na construção desses novos laços e na gestação. Nas consultas com profissionais pretos, as mulheres negras frequentemente relatam uma sensação de maior liberdade e empoderamento. Essa experiência pode ser fundamentada na reflexão de Kilomba, que aborda as dinâmicas de poder e identidade racial.

Grada Kilomba (2019) relata uma experiência durante seu estudo para o doutorado, na qual, durante consulta, em um determinado momento após atender um paciente negro, não compreendeu quando sua orientadora, uma mulher branca, disse-lhe que o paciente havia gostado dela, apesar de não terem tido qualquer interação. Para Kilomba, essa situação foi um exemplo de racismo genderizado, que é um termo que se refere à interseção entre racismo e sexismo, em que as pessoas enfrentam discriminação com base tanto em sua raça quanto em seu gênero. Essas experiências destacam a importância de discutir e compreender as complexas dinâmicas sociais e as relações de poder presentes na sociedade. E essa reflexão oferece uma contribuição valiosa para a discussão sobre como a representatividade e a consciência racial são fundamentais para promover práticas de saúde mais inclusivas, sensíveis e equitativas:

No final da manhã de minha primeira incursão no consultório de Dra. Helena, eu acompanhava o atendimento de seu último paciente do dia. A médica, que era branca, tinha por volta de quarenta anos, luzes alouradas nos cabelos e sempre usava salto alto, atendeu seu Emerson, negro, alto, magro, com aproximadamente sessenta anos e cabelos crespos começando a ficar grisalhos. A consulta não parecia ter muitas diferenças com relação às duas que acompanhei naquele dia, exceto pela avaliação de Dra. Helena com relação à reação de Seu Emerson à minha presença. Disse-me ela em tom descontraído, ao fechar o expediente e sair do consultório: “Ele gostou de você”. Naquele momento, não entendi exatamente do que se tratava sua sugestão com relação ao gosto de Seu Emerson. Não me lembrava de qualquer interação entre mim e ele que pudesse permitir essa inferência. O caso se repetiu algumas vezes durante a pesquisa de campo, situações estas que, durante a revisão dos diários de campo para escrita da tese de doutorado, permitiram-me uma avaliação dessas situações em conjunto como episódios de racismo genderizado (Castro, 2022, p. 11).

Através desse relato, Grada Kilomba destaca as dinâmicas de poder e as assimetrias presentes nas interações entre profissionais de saúde brancos e pacientes negros, questionando a objetividade e imparcialidade muitas vezes presumidas nesses contextos. Sua narrativa lança luz sobre a importância da consciência racial e da necessidade de repensar as estruturas e práticas que perpetuam o racismo no sistema de saúde.

Nesta presente dissertação, as experiências compartilhadas no consultório servirão como diretrizes para entender os efeitos psicológicos. Exemplifica-se isso através de relatos e sintomas que vão além da nomenclatura diagnóstica.

Compreender e perceber esses efeitos psicológicos pode ser uma estratégia de apoio para os leitores.

Ao longo da prática clínica, ocorre a oportunidade de acompanhar pacientes que seguem religiões de matriz africana, e isso permite compreender como esse aspecto é fundamental e impacta diretamente na saúde emocional e mental das mulheres negras. A vivência religiosa dessas pacientes muitas vezes enfrenta estigmas e preconceitos, o que contribui para a perpetuação de desafios adicionais em seu cuidado integral solitário.

A religião de matriz africana, frequentemente estigmatizada pela sociedade, gera sentimentos de medo e receio em muitas pessoas que desconhecem suas práticas e crenças. A adoração a entidades espirituais, como os orixás e exus, assim como o uso de balangandãs característicos da religião, como correntes, colares e lenços em cabeças cobertas, em geral são mal compreendidos e alvo de discriminação. As mães puérperas frequentemente buscam na religião um suporte espiritual para garantir a saúde e proteção de seus bebês recém-nascidos. No entanto, algumas experiências negativas no ambiente de atendimento médico podem criar obstáculos para essas práticas, impactando significativamente a saúde emocional e mental dessas mulheres e uma sensação ou constatação de luta solitária.

Recentemente, uma paciente compartilhou um episódio no qual se sentiu profundamente magoada durante uma consulta médica para sua filha. Ao ser questionada por uma médica sobre o motivo de sua filha carregar uma figa presa à roupa, a paciente explicou que a figa era um amuleto de proteção, destinado a afastar energias negativas e garantir a segurança da criança. No entanto, a postura da médica, marcada por desaprovação e reprovação, deixou a paciente tão desconfortável que ela decidiu buscar outro profissional para dar continuidade aos cuidados de saúde de sua filha.

É importante ressaltar que essa paciente possui plano de saúde particular, o que evidencia que mesmo em ambientes onde se paga por um tratamento mais respeitoso e inclusivo, ainda existem desafios relacionados ao preconceito e à falta de compreensão em relação às práticas espirituais das mulheres negras.

Após esse episódio, a paciente se mostrou mais vulnerável emocionalmente, buscando apoio para elaborar seus sentimentos e fortalecer suas convicções espirituais. Sua crença na proteção espiritual do amuleto foi abalada, levando-a a

se sentir confusa e insegura em relação à segurança de seu bebê. Essa insegurança resultou numa preocupação neurótica em uma ligação ainda mais intensa entre mãe e filho, refletindo um nível elevado de preocupação e proteção, tanto por parte da mãe pelo filho quanto nas anotações profissionais de seu prontuário.

Religião sincretizada por excelência, a Umbanda incorpora conhecimentos milenares das culturas Ameríndias e Africanas, realizando, ao mesmo tempo, a essência do evangelho do Cristo Consolador, Misericordioso e de Compaixão. Então, a Umbanda alça tais conhecimentos ao patamar de teoria e de filosofia sobre as coisas e seres do/no mundo. As atividades da Umbanda, de fato, coadunam física, biologia, magia, história e psicologia, articulando conceitos espíritas, católicos e afro-indígenas a princípios filosóficos do hermetismo, da alquimia, além das práticas energéticas de cunho espiritualista, como a magnetização como técnica de cura (Silva, 2021).

A Umbanda, assim como outras manifestações do Sagrado de origem afrobrasileira, foi cruelmente perseguida na época da ditadura do Estado Novo, o que levou dirigentes e praticantes a serem presos por crime de charlatanismo e curandeirismo (Pinto, 2020).

A falta de compreensão e aceitação social das práticas religiosas das mulheres negras pode impactar negativamente sua saúde emocional e mental, gerando um imaginário de marginalização. O enfrentamento do preconceito religioso é crucial para garantir que essas pacientes se sintam acolhidas e respeitadas em seu contexto espiritual, promovendo assim um cuidado integral e empático (Silva, 2021). A experiência, aqui resumidamente narrada, pode impactar negativamente também o vínculo com seus filhos. É essencial promover ambientes de cuidado que respeitem e acolham as crenças espirituais das pacientes, contribuindo para um atendimento mais empático e inclusivo.

O acolhimento à diversidade religiosa nos espaços médicos está longe de ser respeitado em relação às mulheres gestantes que precisam frequentar o ambiente de saúde mensalmente por conta do pré-natal, o período em que a mulher é acompanhada ao longo da gestação, a fim de acompanhamento e investigação sobre possibilidades de novas ou mudanças de condutas e protocolos de assistência à gestante e familiares. Este é um tema antigo nestes espaços e fora deles: o preconceito à religião de matriz africana é estrutural. Segundo Reginaldo Prandi (2022, p. 48):

No Brasil, a primeira coisa que o escravismo fez foi destruir os laços de parentesco africanos. Os escravos eram caçados e separados de suas famílias, eram vendidos individualmente, não havia destinação nem venda de agregados familiares. O escravo era vendido como uma mercadoria e era imediatamente batizado, recebia a religião católica e o sobrenome do seu dono, do seu senhor (Prandi, 2022).

Há quem se surpreenda em ver pessoas vestidas de roupas e adornos da religião candomblé, por exemplo, nas ruas do Brasil e obviamente a surpresa é constatar que a vestimenta não deveria ser adequada para utilizar naquele território. Mulheres, de uma forma geral, são violentadas pela sociedade quando fazem a opção de iniciarem um ritual religioso pautado na africanidade. A hostilidade aparece através de olhares, de burburinhos e até de ataques, ameaças, ofensas verbais e físicas.

Crianças não estão livres dessa violência e casos como estes são noticiados através dos telejornais, mas o comportamento de muitas pessoas é engessado e arbitrário, entendendo, muitas vezes, que somente as religiões pautadas no cristianismo, a religião católica e a religião evangélica, são aceitáveis.

Contudo, as práticas religiosas e espirituais estão presentes em todas as culturas, sendo marcadores sociais que influenciam os modos de vida e as relações estabelecidas entre as pessoas. As práticas religiosas já foram e ainda são movimentos poderosos pessoais dentro e fora de instituições. Em algumas etnias, o poder financeiro da família ou a decisão do casamento e cônjuge é decidido sob tal influência. Devotos, missionários e autoridades ganham respeito pela religião que praticam em determinadas localidades.

Mas, e dentro da instituição hospitalar? Como ficam os corpos das mulheres pretas que cultuam a religião de matriz africanas e os seus rituais, neste ambiente embranquecido, altamente influenciado pelas escolhas eurocêtricas? Será que o saber médico e as relações respeitadas são acometidas pelo desvio de valor pessoal do profissional de saúde que atende a mulher preta gestante? Como fica a necessidade de utilizar um contra-Egun⁵, uma guia de orixá, fazer uma oferenda, dietas, cultuar os orixás, bater paó, que é o ato de saudar entidades espirituais batendo palmas, tomar um banho de ervas dentro do ambiente hospitalar?

⁵ Contra-egum é um traçado de palha da Costa que tem como objetivo principal proteger, dar segurança, livrar o médium, principalmente iniciante, das energias negativas.

Muitos pacientes são religiosos e necessitam da religião para ajudar em muitas necessidades. Do mesmo modo que as crenças religiosas podem ajudar no tratamento, também podem afetar negativamente ou inviabilizá-lo. O escrito pode ficar como um alerta sobre o limite a respeito de algumas práticas e éticas relacionadas em melhorar a saúde das pacientes.

A prática da religiosidade e espiritualidade nas maternidade atravessa corpos não negros também, já que estas religiões são cultuadas por pessoas de diversas culturas e religiões, ou seja, as gestantes não negras também são influenciadas e sentem a solidão por não conseguirem, muitas vezes, cultuar os orixás ou outras religiões de matrizes não cristãs. E as gestantes negras sentem a solidão pela religião e pela cor de pele, mais uma vez sendo atravessadas pela interseccionalidade. O racismo e a solidão são duas violências sentidas por elas, uma vez que o racismo chega primeiro e, em seguida, a escolha pela religião.

O sentimento de solidão é invadido uma vez que a gestante preta tenta praticar a sua religião e é violentada pela equipe médica e administração hospitalar, que geralmente proíbe a entrada de mãos de santo, ervas e adornos que fazem parte do ritual de cura para aquela mulher. O processo de adoecimento físico e psíquico pode também ser tratado pela saúde espiritual e a equipe de saúde precisa estar atualizada nisso. Pode-se pensar em classificar a solidão materna como início do processo de adoecimento emocional.

A literatura científica aponta para evidências consistentes de que a religião espírita exerce um papel significativo em vários aspectos da vida, inclusive na saúde das pessoas e principalmente em sua saúde mental (Moreira-Almeida *et al.*, 2014). E assim com todas as outras religiões, em suas respectivas comunidades e espiritualidades.

Estudos identificaram que a religião espírita pode atuar como um fator de enfrentamento e adaptação a situações difíceis, contribuindo para a promoção da resiliência, além de que pessoas que vivenciam a religião espírita têm menos depressão e ansiedade, menos tentativas de autoextermínio, fazem menos uso de substâncias e apresentam melhor qualidade de vida (Brito & Seidl, 2019; Moreira-Almeida *et al.*, 2014; Moreira-Almeida *et al.*, 2006; Pargament *et al.*, 1998).

4.2

Efeitos psíquicos na mãe e no filho

A saúde mental da mulher que se torna mãe é altamente influenciada pelo momento de grandes transformações físicas, emocionais, fisiológicas, corpo, corporais, hormonais, sociais e tudo mais que circula a vivência desta mulher da fase gestacional. O encontro com a vida madura e a responsabilidade pelo novo ser que vem chegando é muitas vezes duramente discutido nas famílias e redes sociais, e perigosamente pouco debatido nos ambientes estudantis e profissionais.

Espera-se que a mulher, ao saber de sua gestação, ignore qualquer nova informação que antes era costumeira e sinta um tipo de medo ou receio pela novidade que lhe aproxima, pois a vida dessa mulher muda e é comprometida com novos estilos comportamentais e até de manejo, traquejo social.

Parece que seria necessário aprender um tipo de sociabilidade nas relações, até com desconhecidos, pois quando se sabe da gestação, todos se apresentam para a nova mãe como íntimos da “barriga”; ou seja, tocam, quebram limites, são invasivos, ainda que tenham uma boa intenção com a nova mãe.

A mãe negra, por sua vez, encontra em poucos espaços a possibilidade de reclamar, pontuar, colocar-se avessa a este padrão tão violento, preconceituoso e racista. Trata-se muitas vezes de racismo pelo motivo de as mulheres pretas serem assediadas, inclusive em espaços de saúde. Elas podem, por exemplo, serem vistas como as mães que não têm possibilidades suficientes para compreender os mecanismos de uma gestação. São ignoradas, violentadas, esquecidas e sofrem o que já se pode nomear de violência obstétrica racial – racismo obstétrico.

Tamanha crueldade é um comportamento estranho para os padrões destas mulheres que desde muito novas e desde a época do Brasil-Colônia eram afastadas de seus próprios filhos? Isso para cuidarem de outros, os filhos das mães brancas, que ocupavam as suas mentes com atividades terapêuticas (mesmo que disso não tivessem consciência), através de aulas de arte, culinária, passeios e compras volumosas.

A mente é atravessada por inquietações desmedidas e invisíveis e, de tão escondidas de si mesmas, as próprias mulheres não percebem tamanha violência sofrida e a isso não conseguem reagir.

Isso lembra fatos de mães que são abordadas por senhoras brancas, que pedem a guarda de crianças negras alegando, em defesa para sua insistência, de que a criança se parece com uma boneca ou outros adjetivos. E a mãe preta, não teria sentimentos ou condições de criar aquele bebê melhor que a senhora branca, que não era a mãe?

Este acontecimento é o bastante para que mães pretas tenham medo de andar e de passear pelos espaços públicos da cidade. É preciso pausar, conversar com a família, assumir-se mãe à altura dos fatos tão inquietantes, sentir medo e reorganizar minha mente naquela viagem, que deveria ser de paz mental.

Muitas mulheres são abordadas ainda durante a gestação por essas pessoas e são influenciadas a acreditar que não são capazes de ser mães, o que as leva a se sentir desvalorizadas, sem merecimento e sem conexão ou vínculo com o próprio bebê que está se desenvolvendo dentro delas. Isso também é uma forma de violência.

Embora existam numerosos exemplos de violência obstétrica que afetam as mulheres negras, iremos abordar dois casos clínicos que podem contribuir positivamente para a prevenção do descaso resultante do racismo obstétrico. Nosso objetivo é não apenas oferecer insights que possam evitar experiências semelhantes, mas também mitigar os impactos psicológicos descritos nestes relatos.

O primeiro caso é de uma mulher negra de baixa condição social, moradora de um bairro suburbano no Rio de Janeiro, que buscou apoio psicológico para expressar suas emoções, destacando dúvidas sobre o amor por seu recém-nascido como sua principal preocupação. Durante as sessões, ela compartilhou as dificuldades enfrentadas durante a gestação, incluindo preocupações com a alimentação adequada, o afeto recebido, a preparação para a nova vida do bebê, dívidas acumuladas para montar o quarto e adquirir itens essenciais, além das despesas com moradia e questões profissionais, tudo isso sem o suporte de uma rede de apoio.

Em outras palavras, ela era mãe solteira, assumindo sozinha a responsabilidade de criar e sustentar seus filhos, sem a presença de um parceiro na criação e educação do novo filho. Seus recursos financeiros eram escassos e o apoio social era limitado. Esses desafios a levaram a questionar seu amor pelo filho, apesar de buscar ajuda psicológica para suas preocupações com a prole.

Como pode uma mãe negra, que enfrentou o racismo ao longo da vida e está ciente das estatísticas que mostram as maiores taxas de mortalidade entre pessoas negras no país, enfrentar o racismo obstétrico durante a gestação? Ela pode encontrar apoio na esperança de um futuro promissor e na plenitude, mas, ao mesmo tempo, a relação com o filho negro que está a caminho pode ser afetada por pensamentos inquietantes sobre os desafios que a criança enfrentará e sua sobrevivência como pessoa negra. Como essa mãe poderá olhar para o seu filho com alegria, mesmo sentindo medo do que ele poderá enfrentar no futuro? É possível que a construção do vínculo parental seja profundamente influenciada por essas experiências iniciais e pelas cruéis negligências.

O segundo caso envolveu uma mulher afetada pela ruptura do vínculo social entre uma maternidade pública e suas parturientes, uma situação comum em muitos casos. Após um parto prolongado e doloroso, ela foi deixada por horas na mesa de parto sem receber explicações sobre o motivo pelo qual seu parto não ocorreu conforme planejado, sonhado, escolhido e até idealizado. Essa experiência de falta de controle sobre seu corpo e escolhas, a violência exercida e o abandono culminaram com um diagnóstico de psicose puerperal. Apresentando sintomas psicóticos, como delírios, alucinações e desorganização do pensamento, essa condição demanda atenção e cuidado especializado. Fatores hormonais, genéticos, imunológicos e psicossociais podem ter contribuído para a condição de saúde mental estabelecida.

Ela não pôde amamentar devido à medicação psiquiátrica prescrita e não pôde estar presente emocionalmente nos primeiros dias de vida e desenvolvimento do bebê. O tratamento da psicose ocorreu em conjunto com sessões de terapia, permitindo que ela se tornasse mãe novamente e finalmente desenhasse e vivesse sua história possível com sua segunda maternidade, agora apoiada emocionalmente.

A psicose puerperal é uma condição clínica que merece atenção especial devido às suas complexas ramificações no contexto da maternidade. O receio de que outros casos similares possam não encontrar solução devido à falta de conhecimento técnico e científico por parte dos profissionais de saúde, colegas da psicologia, psicologia perinatal, estudantes da classe, incluindo os da área médica, desperta uma profunda preocupação.

A mãe que recebe o diagnóstico de psicose puerperal não apenas é rotulada por essa condição, mas frequentemente perde a oportunidade de desempenhar seu papel materno junto ao bebê, muitas vezes aguardado com grande expectativa. A ausência do contato pele a pele, aleitamento, proximidade e a dificuldade na construção dos laços maternos afetam não apenas a mãe, mas também o bebê, que sente a falta desse vínculo essencial para seu desenvolvimento.

Além disso, a paciente mãe em estado psicótico perde o protagonismo materno, o papel poderoso que lhe é inerente na maternidade: acalmar, amamentar e cuidar do bebê. A paciente viu-se desconsiderada como mãe, colocada em um lugar de incapacidade e desconfiança, sujeita a julgamentos severos em relação à sua saúde mental. Quem mais, além dela mesma, deveria ter o poder de declarar que o filho não lhe pertence mais? As famílias estão preparadas para auxiliar essa mãe a retomar seu papel decisório?

Quando ocorre essa transformação? Quando a sociedade reconhece novamente essa mulher como mãe? Ser negra e estar em estado psicótico torna-se um fardo cruel para essa mãe. Essas reflexões suscitam questionamentos profundos sobre as dinâmicas sociais e as percepções dominantes em relação à maternidade e à saúde mental das mulheres, especialmente daquelas que enfrentam interseccionalidades tão desafiadoras.

Estudos recentes têm trazido avanços significativos na compreensão e no tratamento da psicose puerperal. Estudiosos conduziram pesquisas abrangentes sobre esse transtorno, destacando a importância do diagnóstico precoce e do suporte multidisciplinar para as mulheres afetadas e enfatizando a necessidade de uma abordagem integrada, que envolva profissionais de saúde mental, obstetras e enfermeiras obstétricas para garantir o melhor resultado possível para as pacientes.

Uma autora de destaque no campo é Izoton (2022), cujo trabalho se concentra na prevenção deste mal. Izoton defende a implementação de programas de rastreamento e acompanhamento psicológico durante a gravidez, com o objetivo de identificar fatores de risco e oferecer intervenções precoces. Essa abordagem preventiva pode ajudar a reduzir os casos de psicose puerperal.

A prevenção da psicose puerperal é importante por várias razões, para proteger a saúde e o bem-estar da mãe, garantir a segurança do bebê, facilitar o tratamento precoce e reduzir o estigma associado à saúde mental materna. Vale

destacar que esta psicose pode esclarecer sobre um olhar atualizado sobre um desafio na saúde mental materna.

Além disso, o racismo obstétrico pode impactar a forma como as mulheres grávidas percebem a si mesmas, suas identidades e seu papel como mães, contribuindo para uma carga adicional de estresse psicológico. As expectativas sociais, as pressões culturais e as experiências de discriminação racial podem se somar às preocupações e ao processo de adaptação emocional que naturalmente acompanham a gestação.

Portanto, é evidente que o racismo obstétrico tem um impacto significativo na vulnerabilidade e nos efeitos psíquicos das mulheres durante a gestação, destacando a necessidade urgente de abordar essa questão de forma holística, sensível e empática. É fundamental promover um ambiente de cuidado integral que respeite a diversidade cultural, étnica e social das gestantes, garantindo que recebam apoio emocional, atenção médica equitativa e cuidados que reflitam suas necessidades individuais.

4.3

O Impacto do Racismo Obstétrico na Experiência Materna de Mulheres Negras

Como foi visto anteriormente, a maternidade é um período de intensa transformação emocional e psicológica para as mulheres, envolvendo uma complexa interação entre fatores individuais e contextuais. No entanto, para as mulheres negras, esse processo pode ser marcado por experiências de rejeição em relação ao próprio filho recém-nascido, influenciadas pelo racismo presente na sociedade brasileira.

O racismo obstétrico, como já elucidado, é uma forma de discriminação racial que se manifesta no contexto da assistência ao parto e nascimento, caracterizada por tratamento diferenciado, negligência, violência física e verbal, entre outras práticas discriminatórias, direcionadas às mulheres negras durante o período gestacional e no momento do parto. Essas experiências podem gerar traumas psicológicos profundos e afetar significativamente o vínculo mãe-filho.

A rejeição materna é um fenômeno complexo e multifacetado, influenciado por uma variedade de fatores, incluindo experiências passadas, apoio social, saúde mental, entre outros. No entanto, no contexto das mulheres negras, o racismo obstétrico pode desempenhar um papel crucial na intensificação desse sentimento. A falta de cuidado adequado, a desvalorização de suas queixas e o racismo obstétrico podem criar um ambiente de desconfiança e desconexão entre a mãe e o bebê.

Além disso, as mulheres negras frequentemente enfrentam estereótipos e preconceitos relacionados à maternidade, sendo vistas como mães inadequadas ou incapazes de cuidar de seus filhos devido a narrativas racistas enraizadas na sociedade. Essas representações sociais contribuem para a internalização do sentimento de inadequação e rejeição por parte das mães negras, afetando negativamente sua autoestima e confiança na sua capacidade de cuidar de seus filhos. Como lembrado por O'Reilly (2014, 2, tradução nossa):

Boas mães, conforme retratadas na mídia ou na cultura popular de maneira mais geral, são brancas, heterossexuais, casadas, de classe média a alta, saudáveis, suburbanas, de trinta e poucos anos, apolíticas, vivendo em uma família nuclear com um ou dois filhos pequenos a quem ela é biologicamente aparentada. Idealmente é uma mãe que fica em casa em tempo integral.

De acordo com Martins & Magalhães (2021), estudar a maternidade das mulheres negras possui relevância populacional e política. Ao analisar o cenário brasileiro, percebe-se uma diferenciação entre os grupos étnico-raciais, conforme classificação do IBGE, que desagrega a população entre brancos, negros, indígenas e amarelos. Dados recentes indicam que 55,1% das mulheres pretas ou pardas na faixa etária de 15 a 49 anos, que se situam em idade reprodutiva, apresentam indicadores de fertilidade superiores aos das brancas. Ou seja, esta faixa etária possui um maior número de mulheres em idade reprodutiva. No entanto, há uma carência de estudos que abordem a vivência do racismo por mães pretas e pardas.

Os estudos sobre racismo institucional, saúde mental e estratégias de enfrentamento do racismo destacam a insuficiência de dados que contemplam a dimensão racial na experiência das mulheres negras. A compreensão da especificidade da maternidade negra é crucial, considerando as desigualdades e o tratamento inferiorizado enfrentado por crianças, adolescentes e jovens negros.

Além disso, o racismo tem sido identificado como causador de sofrimentos, adoecimentos e traumas intergeracionais, evidenciando também o silenciamento dessas questões na sociedade.

Pesquisas mencionadas por Martins & Magalhães (2021) ressaltam a transmissão de práticas e valores conhecidos como repertórios de rituais raciais por famílias negras, que visam combater estereótipos raciais e promover o orgulho e a proteção da honra familiar. Diante disso, é fundamental ampliar os esforços teóricos e metodológicos para compreender os condicionantes culturais, sociais e políticos que envolvem a maternidade das mulheres negras.

Conviver com a maternidade após enfrentar ataques racistas obstétricos representa um grande desafio para essas mães. A mulher negra já sabe o que é racismo e, durante a gravidez, ela sente na pele que alguns profissionais de saúde não estão tão dispostos a atendê-la, como se a gestação dela fosse um problema. Ela perde tempo lidando com situações racistas, tempo que poderia ser usado para aproveitar a gravidez e pensar nas coisas boas que virão.

Uma paciente compartilhou que, depois de algumas sessões no consultório, começou a enxergar pequenas alegrias na maternidade. Ela finalmente conseguiu sentir um pouco de felicidade, mesmo com todos os problemas em casa e aqueles vividos nas consultas médicas pré-natais. O desconforto de não ser bem recebida durante tais consultas tinha quase se transformado em um trauma, impedindo-a de aproveitar as coisas boas da gravidez.

Ela tentou mudar o calendário na recepção do consultório, datas de consulta na expectativa de não mais encontrar a profissional que lhe causava tamanho desconforto e angústia, mas, por outro lado, não queria abrir mão da médica em quem confiava. Enfrentou dificuldades também com o auxiliar de enfermagem. Ela se perguntava se seria possível encontrar momentos de felicidade, mesmo que fossem meio idealizados. E isso se tornou um problema em cada consulta pré-natal. Relatava se sentir desmotivada para comparecer a esse importante acompanhamento. Ela se sentia feia, acima do peso, desarrumada, não merecedora de estar ali e ser atendida.

Essas histórias mostram como é difícil para mulheres negras passarem pela maternidade diante do racismo obstétrico. A paciente só queria encontrar a sensação boa de ser mãe, de gestar e, durante o histórico, sentiu-se desalinhada, inadequada sequer para comprar novidades para o bebê, garantir a sua autoestima.

Ela foi se tornando uma gestante desanimada, entristecida e essa sensação lhe causava mais agonia, pois, no fundo, ela dizia que sabia que deveria não pensar no racismo obstétrico e perguntava: “Doutora, como faz para não pensar nas coisas ruins?” E tem resposta para conseguir não sentir o que o racismo provoca nas pessoas que são vítimas dele?

Ela pode se sentir apoiada pela crença em um futuro otimista e pela plenitude, mas ao mesmo tempo, a relação com o filho negro que está chegando pode ser afetada por pensamentos perturbadores sobre os desafios que a criança enfrentará e sua sobrevivência como pessoa negra.

Como essa mãe poderá olhar para seu filho com alegria, mesmo sentindo medo do que ele poderá enfrentar no futuro? É possível que a construção do vínculo parental seja fortemente influenciada por essas experiências iniciais e por cruéis negligências.

Imprescindível, nesta busca por respostas, o pesquisador negro considerar o branco como objeto de pesquisa e a centralizá-lo nas discussões sobre as relações raciais (Telles, 2022). O autor defende que é importante pensar o “branco-tema” não para manipulá-lo, mas sim para convocá-lo para o debate e enunciar-lo como o cerne das questões raciais. Além disso, Telles destaca a importância de incluir pensadores negros e não negros antirracistas no debate, reconhecendo que é fundamental escancarar e interrogar a herança escravocrata e seus efeitos atuais. Ele enfatiza que só haverá mudanças efetivas na sociedade quando essa temática for abordada com responsabilidade ética e política.

5. Conclusão

Esta dissertação sobre o racismo obstétrico em mulheres pretas enfoca a questão do racismo e seus danos psicológicos como um fenômeno que afeta negativamente a saúde e o bem-estar dessas mulheres durante o pré-parto, o parto e a relação com os filhos. Racismo obstétrico é o nome proposto no presente trabalho por ser o que melhor descreve tais fenômenos.

É possível dizer que as vivências de racismo obstétrico podem contribuir para que a mulher puerperal sofra de depressão pós-parto, psicose puerperal, ansiedade, estresse pós-traumático e outros diagnósticos psicológicos. O racismo obstétrico no Brasil é um problema social e as mulheres pretas estão especialmente vulneráveis a experiências negativas devido à intersecção do racismo estrutural e institucional com o sistema de saúde.

Ao analisar essa questão, o estudo destaca a importância de compreender as dinâmicas psicológicas envolvidas e chamadas de violência obstétrica e no racismo obstétrico. O racismo obstétrico se manifesta através de estereótipos, discriminação, preconceitos, resultando em uma desvalorização da experiência e do sofrimento das mulheres pretas durante o parto.

A pesquisa também ressalta a necessidade de respeitar a autonomia e os direitos das mulheres pretas durante o processo de parto, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e suas escolhas respeitadas. Além disso, é crucial promover a conscientização sobre o racismo psicológico tanto entre os profissionais de saúde da rede pública quanto da particular. É também necessário reforçar essa formação nas esferas educacionais, preparatórias de profissionais de saúde, quanto na sociedade em geral, a fim de criar mudanças significativas e garantir uma assistência ao parto mais justa e equitativa.

Em suma, a dissertação destaca a importância de abordar o racismo obstétrico como parte integrante do problema da violência obstétrica em mulheres pretas. A conscientização, a educação e a implementação de políticas e práticas mais inclusivas são fundamentais para enfrentar esse problema e garantir uma experiência positiva de parto para todas as mulheres, independentemente da sua cor de pele.

É um tema que merece toda atenção, pois reflete a realidade enfrentada por muitas mulheres durante um momento tão significativo em suas vidas. É fundamental que essas questões sejam amplamente discutidas e que se busque ativamente por soluções que promovam um ambiente mais acolhedor e respeitoso para todas as mulheres, através da psicologia, que desempenha um papel fundamental na compreensão mais completa e contextualizada do fenômeno do racismo obstétrico.

Órgãos governamentais da saúde e educação, ONGs, sociedade civil, espaços familiares e médicos, conselhos de diversas naturezas contribuem através da elaboração de novas disciplinas especializadas em psicologia perinatal e racismo obstétrico nos cursos profissionalizantes das áreas médicas e sociais. Recomenda-se a tais profissionais explorar o tema, desenvolver manuais com informações coletadas através de fontes sérias, baseados em pesquisas científicas, encontradas em recursos, livros, artigos, publicações acadêmicas, *websites* e qualquer outra fonte que contribua positivamente.

É preciso assumir responsabilidades com a formação de médicos e psicólogos para que se comprometam com novos estudos científicos e a criação de novas disciplinas nas escolas e universidades, juntamente com a sociedade civil, para desenvolver protocolos de atendimento em saúde, para toda a classe e equipes que abordem o fenômeno do racismo obstétrico. Isso visa promover o bem-estar e a saúde mental, especialmente na relação parental e na construção de um vínculo saudável entre mãe e filho, especialmente levando em consideração as dificuldades enfrentadas por mães negras em um contexto de racismo. Essa é uma questão crucial que merece atenção e ação por parte dos profissionais de saúde e da sociedade em geral.



6. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ALVARENGA, A. T.; SOUZAS, R. Mulheres negras e brancas e a maternidade: questões de gênero e raça no campo da saúde. **Odeere: Revista do Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e contemporaneidade – UESB**, São Bernardo, v. 2, n. 3, p. 49-58, 2017.

AMINI, S. B. *et al.* An analysis of birth weight by gestational age using a computerized perinatal data base, 1975-1992. **Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 83, n. 3, p. 342-352, 1994.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F. A. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materno no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 103-116, 2016.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F.; SCHIAVO, R. A. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 38, p. 711-729, 2018.

ATLAS DA VIOLÊNCIA. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo. 2021.

BAIROS, L. “Lembrando Lélia Gonzalez”. In: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. **O livro da saúde das mulheres negras – nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Criola/Pallas, 2000.

BARCELLOS, M. R.; MACHADO, R. N; FÉRES-CARNEIRO, T. Elaboraões em retrospectiva: afeto deprimido na gestação e posterior separação. **Interação em Psicologia**, v. 25, n. 2, 2021.

BORTOLETTI, F.F. *et al.* **Psicologia na prática obstétrica**: abordagem interdisciplinar. Barueri: Manole, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: MS, 2007.



BRITO, H. L.; SEIDL, E. M. F. Resilience of people with HIV/AIDS: influence of religious coping. **Trends in Psychology**, [S. l.], v. 27, p. 647-660, 2019.

BRUNER, J. **Cultura da educação**. Coleção Ciências do homem. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1996.

_____, J. **Atos de significação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BUTLER, J. **A vida psíquica do poder: teorias da sujeição**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

BYDLOWSKI, M. La transparence psychique de la grosse. **Études Freudiennes**, [S. l.], v. 32, p. 2-9, 1991.

CABRAL JUNIOR, R. C. S. **Racismo e cultura confederada na contemporaneidade: Do sul estadunidense às terras brasileiras**. 2024. 81 fls. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2024.

CAMARGO, L. A. *et al.* Mioma parido na perimenopausa. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 14, n. 4, p. 159-162, 2012.

CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. 339 fls. Tese (Doutorado em Filosofia da Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

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

CASTRO, R. Pele negra, jalecos brancos: racismo, cor(po) e (est)ética no trabalho de campo antropológico. **Revista de Antropologia**, [S. l.], v. 65, n. 1, p. e192796, 2022.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Cartilha avaliação psicológica**. Brasília, DF: CFP, 2013.

CRENSHAW, K. W. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 2013.



DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS, B. A. S. **Recorrência da cesariana e da prematuridade na pesquisa Nascer no Brasil**. 2021. 159 fls. Tese (Doutorado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2021.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, [S. l.], p. 1681-1685, 2002.

EVARISTO, C. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Rio de Janeiro: Malê Editora, 2017.

FANON, F. **Alienação e liberdade** – Escritos psiquiátricos. São Paulo, SP: UBU Editora, 2020.

FERREIRA, V. M. **Mãe preta**: estudo sobre o índice de violência obstétrica entre as mulheres negras. Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as. ABPN, 2018.

FRANCISCO, M. C. **Olhos Negros Atravessaram o Mar**: O corpo negro em cena na análise corporal: Bioenergética e Biossíntese. Haka Books, 2020.

FRANK, A. **The Wounded Storyteller**: Body, Illness, and Ethics. University of Chicago Press, 1995.

GOES, E. F. Dilemas interseccionais: Racismo e Aborto no Brasil. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 31-46, 2023.

GONZALEZ, L. **Por um Feminismo Afro-Latino-Americano**: Ensaios, Intervenções e Diálogos. Rio Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, São Paulo, p. 223-244, 1984.

GUIMARÃES, A. S. **Racismo e Antirracismo no Brasil**. 3. ed. São Paulo: 34, 1999.

HOBERMAN, John. **Black and blue**: The origins and consequences of medical racism. Univ of California Press, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2020). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais.



Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica e MS/SVS/CGIAE.
Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE].
Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro: RJ, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA [IPEA]. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça.** IPEA: Brasília/DF, 2003.

IZOTON, R. G. *et al.* Depressão pós-parto e psicose puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 11, p. e11409-e11409, 2022.

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

LACERDA, L. O cenário da Violência Obstétrica no Brasil: uma análise crítica e suas implicações na saúde materna. **Anais do Congresso Nacional Universidade, EAD e Software Livre**, [S. l.], v. 1, n. 15, 2023.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, p. 2811-2824, 2019.

LEAL, M. D. C. (coord.). **Nascer no Brasil.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2019.

LEAL, M. D. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, 2017.

LEMOS, S. Brasil tem o segundo maior número de cesáreas no mundo, apesar dos riscos. **Jornal da USP**, 2023.

LERNER, G. **A criação do patriarcado:** história da opressão das mulheres pelos homens. Trad. Luiza Sellera. São Paulo: Cultrix, 2019.

MAIA, K. S.; ZAMORA, M. H. N. O Brasil e a lógica racial: do branqueamento à produção de subjetividade do racismo. **Psicologia Clínica**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 265-286, 2018.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** Petrópolis: Vozes, 1998.



- MARTINS, S.; MAGALHÃES, L. Vai arrumar este cabelo, neguinha! Mapeamento Corporal Narrado por Gabriela, mãe negra. **Interface**, Botucatu, v. 25, e200824, 2021.
- MEDEIROS, R. C. S.; NASCIMENTO, E. G. C. “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 30, n. 3, e71008, 2022.
- MILLS, C. W. **The Sociological Imagination**. Oxônia: Oxford University Press, 1959.
- MONTEIRO, F. S. **O papel do psicólogo no atendimento às vítimas e autores de violência doméstica**. 2012. 63 fls. Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, 2012.
- MOORE, C. **Racismo e sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo**. 2. ed. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 36, p. 176-182, 2014.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 28, p. 242-250, 2006.
- MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: BRANDÃO, A. A. P. (Org.). **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**. Niterói, RJ: EDUFF, 2004.
- NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.
- NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. São Paulo: Perspectiva S.A, 2016.
- NASCIMENTO, S. L. *et al.* Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería, n. 37, p. 66-79, 2019.
- OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde Debate**, [S. l.], v. 43, n. 122, p. 939-948, jul. 2019.



OLIVEIRA, T. L. Mulheres Negras e Maternidade: um olhar sobre o ciclo gravídico-puerperal. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 12-23, 2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde** Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2014.

O'REILLY, A. **Mothers, mothering and motherhood across cultural differences**: a reader. Canada: Demeter Press, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete. Vol. 1. Edusp, 1994.

PARGAMENT, K. I. *et al.* Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the scientific study of religion**, [S. l.], p. 710-724, 1998.

PICCININI, C. A. *et al.* Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, [S. l.], v. 13, p. 63-72, 2008.

PIMENTA, Déborah Giovana *et a.* O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 30, p. 494-505, 2013.

PINHO, F. **"Eu leio, eu escrevo a cidade"**: narrativas negro-femininas de descolonização da matriz colonial. 2021. 170 fLS. Tese (Doutorado em Literatura) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2021.

PINHO, O. E não sou uma mulher? Sojourner Truth. **Portal Geledés**, 2014.

PINTO, F. **Umbanda religião brasileira**: guia para leigos e iniciantes. Rio de Janeiro: Pallas Editora, 2020.

PRANDI, R. Axé, corpo e almas. **Estudos Afro-Brasileiros**, v. 3, n. 1, p. 47-78, 2022.

RIBEIRO, D. **Lugar de fala**. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

SCHIAVO, R. A.; RODRIGUES, O. M. P. R.; PEROSA, G. B. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. **Trends in Psychology**, [S. l.], v. 26, p. 2091-2104, 2018.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o 'encardido', o 'branco' e o 'branquíssimo'**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulista. 2012. 122 fls. Tese



(Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SCHWARCZ, L. M. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SEVALHO, G.; DIAS, J. V. S. Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 27, p. 4261-4274, 2022.

SILVA, F. C. D. Maternidade negra em Um defeito de cor: a representação literária como disrupção do nacionalismo. **Estudos de literatura brasileira contemporânea**, [S. l.], p. 245-275, 2018.

SILVA, P. M. C. A. **O eu que me vê em você: reflexões sobre o ensino em saúde e aborto a partir da raça**. 2021. 121 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

TAVARES, J. S. C.; KURATANI, S. M. de A.. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. **Psicologia: Ciência E Profissão**, v. 39, e184764, 2019.

TELLES, J. A. **Psicologia, decolonialidade e perspectivas afrodiáspóricas: Dimensões subjetivas e objetivas das relações raciais no Brasil**. 2022. 120 fls. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica - PUC-Rio, 2021.

TEMPESTA, G. A.; ENEILE, M. Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. **Amazônica-Revista de Antropologia**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 751-778, 2021.

TEMPESTA, G. A.; FRANÇA, R. L. **Nomeando o inominável: a problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica**. **Horizontes Antropológicos**, [S. l.], v. 27, n. 61, p. 257-290, 2021.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.F.A.; DINIZ, S.D. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 01-12, 2015.

TORRES, J.A. **Análise da contribuição de um programa perinatal multifacetado na redução da prevalência de cesarianas em um hospital privado: um subprojeto da pesquisa Nascer no Brasil**. 2014. 262 fls. Tese



(Doutorado em Ciências – Epidemiologia em Saúde Pública) – Fundação
Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS
(TJDFT). **Racismo e saúde emocional: como o trauma afeta as vítimas.**
Brasília, DF, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Violência obstétrica: caso**
do anestesista preso em flagrante por estupro de uma paciente que passava por
cesárea no RJ, 2022.

VIEIRA, D; FREIRE, F.; LEITÃO, L. Anestesista é preso em flagrante por
estupro de paciente no Hospital da Mulher no RJ. **G1**, 2022.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e**
sociedade, v. 25, p. 535-549, 2016.

ZAMORA, M. H. R. N. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. **Fractal:**
Revista de Psicologia, [S. l.], v. 24, n. 3, p.563-578, 2012.

ZANARDO, G. L. D. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão
narrativa. **Psicologia & sociedade**, [S. l.], v. 29, 2017.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas
gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, [S. l.], v. 27,
p. 238-246, 2015.

ZORNIG, S. M. A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da
parentalidade. **Tempo psicanalítico**, [S. l.], v. 42, n. 2, p. 453-470, 2010.