



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Priscila Marcia Costa Assumpção da Silva

O eu que me vê em você: reflexões sobre o ensino em saúde e aborto a partir da raça

Rio de Janeiro

2021

Priscila Marcia Costa Assumpção da Silva

O eu que me vê em você: reflexões sobre o ensino em saúde e aborto a partir da raça

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde- Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Danielle Ribeiro de Moraes

Rio de Janeiro

2021

The self that sees me in you: reflections on health education and abortion based on race

O presente trabalho foi realizado com apoio Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S586v Silva, Priscila Marcia Costa Assumpção da.
O eu que me vê em você: reflexões sobre o ensino em saúde e aborto a partir da raça / Priscila Marcia Costa Assumpção da Silva. -- 2021.
121 f. : il.

Orientadora: Danielle Ribeiro de Moraes.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Aborto. 2. Ensino em Saúde. 3. Fatores Raciais. 4. Equidade de Gênero. 5. Mulher Negra. 6. Racismo. 7. Saúde Reprodutiva. 8. Pesquisa Qualitativa. I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.46

Priscila Marcia Costa Assumpção da Silva

O eu que me vê em você: reflexões sobre o ensino em saúde e aborto a partir da raça

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde- Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 15 de outubro de 2021

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Pereira da Gama Alves Ribeiro
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Roberta Gondim de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Danielle Ribeiro de Moraes (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Rio de Janeiro

2021

Dedico esse trabalho aos meus pais, minhas raízes sem as
quais nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente:

A minha primeira orixá, Oxum, por me apontar o caminho, me conduzir por suas águas e ser fonte de amor.

Aos meus pais, Sheila e Luiz, por todo o seu amor, carinho e ensinamentos. Eu amo com toda a força que habita em meu espírito. Sinto a falta de vocês o tempo todo, mas com a certeza de que agora acompanham ainda mais de perto o meu caminhar.

A minha irmã, Bianca, minha melhor amiga, por todo o incentivo, serenidade, sinceridade e apoio incondicional. Por embarcar em todas as minhas aventuras e encará-las junto comigo. Agradeço aos amigos e amigas por compreenderem minhas ausências e por me acolherem nos momentos de desespero e desesperança. Agradeço a minha segunda família, a “Shade”, Jhonny e Thainá, por ser meu porto seguro, os melhores que esse Rio de Janeiro me trouxe.

Agradeço ao CNPq pela bolsa de estudos que me permitiu realizar esta dissertação, recurso que viabilizou as muitas horas de trabalho e leitura aqui empregados. A Escola Nacional de Saúde Pública e a Fiocruz, pela sua força enquanto instituição que me possibilitou um outro olhar enquanto pesquisadora.

A minha orientadora, Danielle Moraes, e a minha assistente de orientação Vanessa Lima, pelo apoio em cada ideia que tive para esse projeto. Agradeço ainda mais por serem essas mulheres incríveis que reacenderam em mim a esperança de uma academiaverdadeiramente inclusiva. Obrigada pelo acolhimento, paciência e sobretudo parceria.

Agradeço a minha turma de mestrado que fizeram dessa etapa, um momento mais ameno levando em consideração toda a conjuntura. Obrigada principalmente as minhas amigas Paula Barbosa, por estar comigo em todos os momentos desde a entrevista; Jéssica Camelo, por mostrar na prática o sentido de sororidade e a Camila de Santis por sua leveza e alegria. Vocês são um dos maiores presentes que o mestrado me proporcionou. Vocês são luz.

Agradeço também as meninas do Coletivo Agbara por me mostrarem a força que a união tem, por serem tão gigantes e se desdobrem mil para desenvolver e fazer acontecimentos que impactam a vida das pessoas as quais podemos alcançar.

Por fim, e não menos importante, agradeço a todos que vieram antes de mim e

pavimentaram o caminho para que eu chegasse até aqui. Obrigada aos meus mais velhos. Eu sou porque vocês foram.

Figura 1 - QR Code – Príncipeia



Ainda assim eu me levanto

*Você pode me riscar da História
Com mentiras lançadas ao ar.
Pode me jogar contra o chão de terra,
Mas ainda assim, como a poeira, eu vou me levantar.
Minha presença o incomoda?
Por que meu brilho o intimida?
Porque eu caminho como quem possui
Riquezas dignas do grego Midas.
Como a lua e como o sol no céu,
Com a certeza da onda no mar,
Como a esperança emergindo na desgraça,
Assim eu vou me levantar.
Você não queria me ver quebrada?
Cabeça curvada e olhos para o chão?
Ombros caídos como as lágrimas,
Minh'alma enfraquecida pela solidão?
Meu orgulho o ofende?
Tenho certeza que sim
Porque eu rio como quem possui
Ouros escondidos em mim.
Pode me atirar palavras afiadas,
Dilacerar-me com seu olhar,
Você pode me matar em nome do ódio,
Mas ainda assim, como o ar, eu vou me levantar.
Minha sensualidade incomoda?
Será que você se pergunta
Por que eu danço como se tivesse
Um diamante onde as coxas se juntam?
Da favela, da humilhação imposta pela cor
Eu me levanto
De um passado enraizado na dor
Eu me levanto
Sou um oceano negro, profundo na fé,
Crescendo e expandindo-se como a maré.
Deixando para trás noites de terror e atrocidade
Eu me levanto
Em direção a um novo dia de intensa claridade
Eu me levanto
Trazendo comigo o dom de meus antepassados,
Eu carrego o sonho e a esperança do homem escravizado.
E assim, eu me levanto
Eu me levanto
Eu me levanto.*

ANGELOU, 1978, s.p.

RESUMO

A criminalização do aborto no Brasil não faz com que se tenha uma redução nos números de abortamento. Ao contrário, aumenta o risco de utilização de procedimentos inseguros que ameaçam a saúde e a vida reprodutiva de quem não deseja levar uma gestação a termo. Tais procedimentos têm como maiores vítimas mulheres negras, sendo capazes de levar a uma necessidade de atendimento médico-hospitalar, onde a materialização do racismo institucional pode ser tanto vista como sentida. Para além da legalização do aborto é preciso discutir as estruturas que permeiam, tal temática como raça, gênero, classe e religião. Assim, o presente estudo tem como objetivo refletir a partir da experiência o ensino em saúde e aborto, levando em consideração o racismo como um determinante social, a falta de profissionais da saúde negros e como a ausência do debate racial na formação acadêmica impacta a vida de mulheres negras em situação de abortamento. No que se refere aos aspectos metodológicos, tratou-se de uma pesquisa qualitativa ancorada em uma perspectiva afrocentrada.

Palavras-chave: Ensino em saúde. Aborto. Raça. Gênero. Mulher negra.

ABSTRACT

The criminalization of abortion in Brazil does not reduce the number of abortions. On the contrary, it increases the risk of using unsafe procedures that threatens the health and reproductive life of those who do not wish to carry a pregnancy to term. Such procedures have black women as their greatest victims and may lead to a need for medical or hospital care, where the materialization of institutional racism can be seen and felt. In addition to legalizing abortion, it is necessary to discuss the structures, issues such as race, gender, class and religion. Thus, this study aims to reflect, from the experience of teaching in health and abortion, taking into account racism as a social determinant, the lack of black health professionals, as well as the absence of racial debate in academic training impacts on black women undergoing abortion. With regard to methodological aspects, it is qualitative research anchored in an Afro-centered perspective.

Keywords: Health education. Abortion. Race. Gender. Black Woman.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - QR Code – Príncipeia.....	05
Figura 2 - QR Code – Ya ya massemba.....	35
Figura 3 - QR Code – Mulher do fim do mundo.....	45
Figura 4 - QR Code – Cota não é esmola.....	49
Figura 5 - QR Code – De dentro de cada um.....	58
Figura 6 - QR Code – Os pretinhos bem.....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEDAW	Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
TDAH	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	RACISMO E SAÚDE	22
2.1	COMEÇANDO PELO “INÍCIO”: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE RACISMO E RAÇA.....	22
2.2	RACISMO, CIÊNCIA E SAÚDE: AS TEORIAS RACIAIS NO BRASIL..	23
2.3	DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E A MULHER NEGRA.....	31
3	CAMINHOS	36
3.1	QUEM PRODUZ CIÊNCIA?.....	36
3.2	É PRECISO DESCOLONIZAR O SABER.....	37
3.3	DA CONSTRUÇÃO DO PROJETO.....	40
3.4	UM MÉTODO CHAMADO ESCRIVIVÊNCIA.....	43
3.5	ESCRIVIVENDO.....	45
3.6	OS PERSONAGENS E A NARRATIVA ESCRIVIVENTE.....	47
4	PROFISSÃO SAÚDE	49
4.1	A (SOBRE) VIVÊNCIA NO ESPAÇO ACADÊMICO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	49
4.2	MAIS UM PASSO FRENTE À LUTA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA (PNAISPN).....	55
5	O DESEJO OU NÃO DE GESTAR E O ABORTO PRÁTICA DE MORTE DE MULHERES NEGRAS	58
5.1	O FEMININO, O MATERNO E O RELIGIOSO	58
5.2	A MATERNIDADE NEGRA E O ABORTO: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	63
5.3	O ATIVISMO DE MULHERES NEGRAS E A SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL.....	70
5.3.1	Voltemos algumas casas: precisamos falar sobre o(s) feminismo(s) e o aborto	71
5.3.2	O ativismo das mulheres negras e a questão da saúde reprodutiva no Brasil	74

5.4	DIREITOS REPRODUTIVOS OU JUSTIÇA REPRODUTIVA, COMO ESTAMOS HOJE?.....	77
5.5	DA CRIMINALIZAÇÃO AO ABORTO INSEGURO: A MORTE TEM COR.....	82
5.6	RECAPITULANDO... PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ABORTO.....	86
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
	REFERÊNCIAS.....	93
	ANEXO A – PRINCIPIA.....	107
	ANEXO B – YÁ YÁ MASSEMBA.....	111
	ANEXO C – COTA NÃO É ESMOLA.....	113
	ANEXO D – MULHER DO FIM DO MUNDO.....	116
	ANEXO E – DENTRO DE CADA UM.....	118
	ANEXO F – OS PRETINHOS BEM.....	120

APRESENTAÇÃO/PRÓLOGO

À primeira vista e sob uma lente hegemônica sobre o meio acadêmico, talvez essa apresentação seja longa demais, talvez enrole demais, talvez não precisasse de tanta informação. Mas creio que seja essencial sabermos com quem estamos falando, ou no caso, quem estamos lendo. Por isso, iniciarei este trabalho me apresentando, desnudando minha origem ou parte dela. Assim, o desnudar aqui é localizar quem escreve, a autora, sendo isso uma parte importante da produção de conhecimento para autores que tem como visão a indissociabilidade entre sujeito e objeto, entre razão e emoção...

O ponto de partida desse projeto se dá na minha própria trajetória enquanto mulher negra, profissional de saúde e acadêmica. Desde criança, tive em mim o anseio de ter uma profissão onde em que pudesse cuidar do próximo, e por conta disso acabei escolhendo a Nutrição, no intuito de trabalhar principalmente questões sociais relacionadas ao curso.

Toda minha vida fui estudante de escola pública. No ensino médio, a escola estadual na qual estudava passou a oferecer um curso técnico de comunicação social junto à formação regular. De certa forma, foi o que me deu ânimo de tentar entrar para a faculdade. Em 2011, aos 18 anos, ganhei uma bolsa integral como aluna cotista (racial e social) pelo PROUNI para fazer nutrição em uma faculdade privada, especializada em cursos da área de saúde, na cidade de Petrópolis (Rio de Janeiro), onde sempre morei.

Passadas todas as burocracias, ao assinar os papéis da bolsa, ouvi da coordenadora que deveria ser a melhor aluna da classe. Em um primeiro momento, apenas assenti que seria, mas anos depois percebi o peso dessa frase. Iniciado o curso, me deparei com uma turma relativamente pequena, com menos de 20 alunos, onde três eram negros. Apenas um concluiu. Eu.

Nunca contei a ninguém da turma as muitas dificuldades por mim enfrentadas durante os quatro anos de graduação. A falta de dinheiro era um fato recorrente, porém o mais difícil de lidar foram os constantes questionamentos a respeito das minhas capacidades enquanto aluna por parte de alguns professores. Cabe aqui ressaltar que durante os oito períodos, tive apenas um professor negro, sendo este no segundo período. Passei uma graduação inteira de saúde sem saber, por exemplo, que existia algum um programa nacional de saúde da população negra. Sem nem saber que tal política existia ou mesmo de sua importância.

Senti que precisava mais do que o olhar técnico da minha formação. “Aprendemos” que saúde é muito mais que a ausência de doença, mas nunca colocamos isso de fato em prática. Mesmo antes de me formar em Nutrição, me inscrevi no Enem e passei para o curso de Ciências Sociais. Eu sentia que minha formação enquanto profissional de saúde não estava contemplando o que eu almejava. As questões sociais relacionadas à saúde eram muitas e complexas demais para serem discutidas da forma como foram na minha primeira graduação.

Comecei a graduação em Ciências Sociais, três meses depois de formada, no final de 2015 em uma universidade pública na cidade do Rio de Janeiro, já querendo me aprofundar nas questões raciais. Tinha a esperança e a sensação de que “agora vai!”. A sensação de que finalmente eu trabalharia o que sentia que precisava para me tornar uma “profissional completa”...levo engano.

Em 2017, passei a ser estudante de iniciação científica em um dos departamentos da ENSP/FIOCRUZ, e em 2018, enquanto estudava sobre o sistema carcerário brasileiro, me deparei com um dado do INFOPEN¹, que me chamou muita atenção. Havia sete mulheres presas por aborto. Logo me veio o questionamento: quem eram essas mulheres? Fiquei curiosa em entender como se deram esses casos.

Paralelamente, me deparei com algo inesperado: o câncer da minha mãe. Precisei parar 80% da minha vida. Fui cuidar dela, que estava em seus últimos dias. No hospital público em Petrópolis pude me deparar com muitos bons profissionais, alguns até já conhecidos por conta da graduação, e alguns igualmente bons acadêmicos de Medicina da mesma faculdade da qual havia me formado. Omitimos a doença da minha mãe até onde pudemos, principalmente por se tratar de um câncer em estágio terminal.

Não conseguimos esconder o fato por muito tempo. Em uma visita de rotina, um jovem acadêmico de medicina “contou” a ela da forma mais insensível possível. Em todo momento perguntava a ela de maneira ríspida, pois parecia também estar atrasado, coisas como: “Há quanto tempo você está com câncer?”; “Quem da sua família já teve câncer?”; “Como descobriu?” e outras tantas perguntas as quais eu nem conseguia mais ouvir. Eu fiquei desnorreada e desesperada. Vi tudo rodar. Naquele momento, minha mãe que estava com muitas dores e não havia tomado ainda sua dose de morfina, me segurou. Quando finalmente consegui olhar para ela vi seus olhos marejados, minha vontade era de chorar

¹ INFOPEN é a sigla para Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, sistema de informações operado pelo Departamento Penitenciário Nacional, ligado ao atual Ministério da Justiça. Disponível em: <http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>. Acesso em: 13 out. 2020.

junto, mas não o fiz. Precisava ser forte por nós duas. Aquele momento durou uma eternidade para mim.

Ah! O acadêmico apenas viu tudo isso acontecer, mas ainda assim prosseguiu, verificou pressão e os batimentos da minha mãe do jeito mais rápido que pode. Anotou tudo em seu fichero e saiu da mesma forma que entrou. Havia outras pessoas na enfermaria onde minha mãe estava, pois ainda não tinha conseguido uma vaga no quarto. Mas depois daquele momento, eu não vi mais ninguém ali que não fosse minha mãe. Sentada ao lado dela na cama, nos olhamos por um tempo em silêncio. Meu mundo caiu mais uma vez.

Minha mãe era uma mulher preta retinta, de origem pobre e que sempre foi um exemplo de luta. Antes de se aposentar, acordava às cinco da manhã e chegava em casa às oito da noite. Por muito tempo sustentou sozinha a família inteira (ela, meu pai e seus vícios, minha irmã, eu o nosso cachorro). Estava sempre ativa, mais que eu, diga-se de passagem. Fazia zumba, dança de salão, rebocava parede...e de repente se deparou com uma fraqueza que não lhe cabia. Ela não merecia descobrir daquela forma.

O ato desse acadêmico me fez repensar todo meu histórico enquanto aluna de uma área da saúde, refletir meu papel enquanto profissional e enquanto pessoa. Como estamos formando nossos profissionais? Pensei “É dessa forma? É assim que ele irá tratar seus futuros pacientes?”. Eu senti o modelo biomédico me dando um soco na boca do estômago.

Passado o sofrimento da minha mãe, eu ainda precisava passar o meu. Tenteiseguir. Iria me inscrever no mestrado. O que pensei em fazer no pré-projeto? Juntar os dois casos que me inquietaram naquele ano. A formação dos profissionais de saúde e o aborto. Parti da premissa de que ainda que o aborto seja ilegal, é inegável que ele ocorra. No entanto o atendimento humanizado é um direito que deve ser respeitado, independentemente de ser o caso de um aborto provocado.

Fazendo a pesquisa inicial, alguns resultados começaram a surgir: “Mulheres negras são as que mais morrem em decorrência do aborto inseguro”, “Mulheres negras são as mais criminalizadas pelo aborto”; “Mulheres são denunciadas por prática de aborto durante atendimento médico”; e assim por diante. Surpresa? Nenhuma. No bairro onde eu morava todo mundo conhecia alguém que tinha provocado um aborto, e por vezes o mesmo não era bem-sucedido.

Montei todo o projeto e cheguei a qualificá-lo, mas não conseguia avançar. Apesar de ser um tema do qual eu queria muito desenvolver, o trabalho se mostrava extremamente engessado, prolixo e superficial.

A academia tem dessas coisas. Ela pode nos engessar, nos moldar, e se não tivermos cuidado, nos rouba a essência. Passei toda a minha vida acadêmica dividida. Parte de mim era regrada quadrada, completamente acadêmica presa a regras. A outra queria logo botar a mão na massa, ir para a prática e mudar o mundo. Nesses nove anos de vida acadêmica me vi reprimida, sobretudo nos últimos três anos. Minha parte acadêmica estava se tornando imperiosa. A academia da forma que estava sendo apresentada me empurrou para um mar de métodos e racionalidade. Minha paixão estava sendo tolhida, pois eu precisava me adequar àquele lugar.

Me vi presa a metodologias, organizações, fichamentos, números, publicações, entrega de resultados e...só. Comecei meu mestrado com a esperança de fazer algo relevante.

“Escreve o pré-projeto! Faz referencial! Corrige isso, muda aquilo!”

Ufa! Qualificada. Qualificada para quê? Qualificada por um projeto que não me refletia, que eu não tinha mais vontade de escrever. Aos moldes acadêmicos ele estava ali, bem escrito, porém pouco desenvolvido. O desânimo me levou à procrastinação. Eu não queria mais o projeto do jeito que estava. Posso dizer que fui “resgatada” ao revisitar meu projeto através do olhar de outras mulheres que me mostraram que eu poderia, sim, fazer essa dissertação de outra maneira.

Fico por aqui com minha apresentação deixando propositalmente algumas lacunas as quais pretendo preencher ao longo dessa dissertação.

Há nessa dissertação alguns códigos QR nomeados dispostos ao longo dos capítulos, sendo necessário um leitor que pode ser baixado em qualquer dispositivo móvel nas respectivas plataformas de download dos sistemas operacionais (Android e IOS). A informação contida no interior desses códigos não é obrigatória para o entendimento do estudo a seguir, mas é indispensável para a transmissão de sentidos outros, sentidos que não podem ser apenas lidos...Para além do leitor de código QR, também é necessário ter o acesso a uma rede de internet.

Ademais, caso tenha seguido as orientações anteriores, há apenas mais algumas:

1. É importante ter o aplicativo antes de seguir com a dissertação (caso opte por seguir na ideia dos sentidos);
2. É recomendado o uso de fones de ouvido;

3. É muito importante que os conteúdos dispostos nos códigos sejam contemplados em sua íntegra, *até mesmo de olhos fechados*, pois cada detalhe conta;
4. Se puder, após visitar cada um dos conteúdos tire uns minutinhos para apreciá-los;
5. É recomendado que o terceiro código, localizado no tópico 3.4, esteja em conjunto com a leitura específica do tópico 3.5, sendo necessário um volume mais baixo. Se for preciso repita o conteúdo do código até completar a leitura;
6. Se esse processo causar alguma dispersão, tudo bem, ele pode ser feito em outro momento após e independente dessa dissertação, os sentidos ainda estarão lá.

Observação: Caso não seja possível a obtenção do leitor, os arquivos estão descritos nos anexos.

*Espero sinceramente que seja uma experiência proveitosa

1 INTRODUÇÃO

A partir da Declaração Universal (ONU, 1948), o Direito Internacional dos Direitos Humanos passa a se desenvolver cada vez com maior intensidade, implicando na adoção de inúmeros tratados internacionais voltados à tutela de direitos fundamentais. Consolidou-se, assim, um sistema normativo global de proteção internacional dos direitos humanos no âmbito das Nações Unidas, aos poucos ampliado com o advento de diversos outros documentos pertinentes a determinadas e específicas violações de direitos, como o genocídio, a tortura, a discriminação racial, contra as mulheres, a violação dos direitos das crianças, dos idosos, etc.

O Brasil, conquanto signatário de praticamente todos os tratados internacionais cujo tema central são os direitos humanos, tem, durante os últimos anos, implementado precariamente, no ordenamento jurídico, as resoluções constantes nos documentos internacionais de defesa dos direitos humanos, notadamente no que concerne aos direitos das minorias. As condições para o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como autênticos direitos humanos no Brasil, existem e devem ser potencializadas, de modo a garantir que tais direitos sejam efetivamente observados pelo Estado e pela sociedade organizada (ARDAILLON, 1998).

O Ministério da Saúde define o aborto como a interrupção da gravidez da 20^a até 22^a semana de idade gestacional, no qual o peso fetal é menor que 500g, sendo o produto da concepção eliminado no abortamento. Apesar de ser proibido por lei no Brasil, segundo os artigos 124, 125, 126 e 127 do código penal, é permitida apenas em casos em que há risco de morte para a pessoa gestante; ou violência sexual, conforme o artigo 128 e nos casos de anencefalia. Estima-se que entre 416 mil e 865 mil mulheres das mais diversas idades, grupos sociais e credos submetem-se a tal procedimento de forma insegura (BATALHA, 2018). Por esse fato, o aborto ilegal é considerado um problema de saúde pública no país.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as leis e políticas referidas ao abortamento devem proteger a saúde e os direitos humanos das mulheres, havendo a necessidade de excluir os obstáculos regulatórios e políticas dificultadoras do acesso à realização oportuna de abortamento, bem como de atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento (OMS, 2013). A Relatoria Especial da Organização das Nações Unidas sobre a Tortura também demandou que os “Estados assegurem às mulheres acesso a serviço médico emergencial, inclusive cuidado pós-aborto, sem que nelas inflijam medo

de sofrerem penalidades criminais ou repreensões” (A/HRC/22/53, 2013 apud SANTOS, L., et al., 2016, p. 38).

Com efeito, o Estado brasileiro precisa reconhecer o direito da mulher à liberdade de decisão acerca de seus direitos reprodutivos, considerando como direitos humanos o direito à saúde, os direitos sexuais e o direito à liberdade de reprodução, adequando-se, assim, às normas internacionais elaboradas em diversos momentos históricos pelos organismos, cujo tema central é a defesa dos direitos humanos (DUARTE; MORAES; ANDRADE, 2018).

O aborto induzido é uma das principais causas de morbimortalidade materna em países onde há limitações legais ao aborto (LOREIRO; VIEIRA, 2004). No Brasil, ocupa uma das principais causas de mortalidade materna, representando 11% do total das mortes de mulheres ocorridas durante a gravidez, parto ou pós-parto (CEDAW, 2012). Na realidade brasileira, a criminalização atinge significativamente a vida reprodutiva das mulheres negras. Isso porque tanto o racismo quanto as relações patriarcais se associam, constituindo um cenário singular de desigualdades, omissões e vulnerabilidade para mulheres negras e pobres, que precisam se submeter às inseguranças de um aborto clandestino.

Centrar o debate sobre o aborto a partir da perspectiva de raça requer superar o que vem sendo colocado, de forma geral, por teorias fundamentadas na hegemonia ocidental. Ou seja, é necessário um olhar mais abrangente que as referências dominantes. Há diversos impasses que dificultam as resoluções dos problemas referentes à temática do aborto dentro do debate de gênero, ainda mais no que tange as questões de raça, sendo uma discussão que está longe de ser esgotada.

Em 2013, segundo dados da Audiência Pública da Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal, houve aproximadamente 206.270 internações hospitalares devido a abortos incompletos (espontâneo e provocado). Contudo, cabe frisar que devido os impasses sobre a legalização e descriminalização do aborto, podem ter ocasionado alterações nos dados estatísticos sobre o tema. Trata-se de um debate complexo e delicado, onde raça, gênero, classe e também religião se entrelaçam e requerem atenção dos estudos acadêmicos (BRASIL, 2015).

Na discussão em torno do aborto, as percepções e a formação dos profissionais de saúde se fazem extremamente necessárias, uma vez que serão os responsáveis por assistir essas mulheres, uma vez que são eles apontados como autoridades em questões de saúde e que suas atitudes afetam diretamente a disponibilidade e a qualidade da assistência (YAM;

DRIES-DAFFNER; GARCÍA, 2006). Os mesmos exercem uma função fundamental no contexto do aborto, seja induzindo-o nos casos enquadrados na lei, seja negando-se a realizá-lo com base no recurso legal da objeção de consciência, ou no atendimento de urgência em uma situação de abortamento. Deve-se levar em conta aqui que o racismo incide sobre a produção de cuidado em saúde. Sabe-se que o percentual de mortalidade de mulheres negras pós-aborto é maior que o de mulheres brancas². E também são as mulheres negras as mais encarceradas pela prática do aborto, sendo essas denunciadas na maioria dos casos durante emergência médica (RIO DE JANEIRO, 2018).

Trabalhar e acompanhar a visão dos profissionais de saúde nesse sentido se faz importante, pois apesar dos códigos de ética e leis, não estão imunes a influências de cunho pessoal e moral, podendo entrar em conflito com valores fundamentais. É importante ressaltar que é essa a categoria incumbida e a mais envolvida em um eventual afrouxamento das restrições legais contra a interrupção voluntária da gestação. É essa classe que geralmente faz o primeiro contato com a mulher em situação de abortamento, bem como é a responsável de garantir as condições mínimas para um atendimento humanizado. Uma análise desse meio torna possível trazer à luz questões referentes à seguridade, à dignidade e dos direitos fundamentais da mulher, sobretudo as das mulheres criminalizadas, submetidas a procedimentos inseguros e que utilizam o sistema de saúde público. Mulheres que já se encontram em situação vulnerabilidade.

Independente do seguimento social no qual estão inseridas, mulheres negras precisam ultrapassar inúmeros desafios. Marcadas pelo racismo, machismo e desigualdade de classe, elas encaram cruéis manifestações de violência, onde essas alcançam todas as esferas da vida: em casa, na rua, no trabalho, na educação, na saúde, etc. A questão do aborto revela as desigualdades que acarretam mais violências à vida dessas mulheres. A realização de procedimentos clandestinos e inseguros coloca suas vidas em risco. Dessa forma, discutir sobre o tema vai além do posicionamento individual de ser contra ou a favor, é admitir que se trata de um complexo problema.

Para produzir uma reflexão acerca do tema, é fundamental uma análise tanto da história das mulheres negras em diáspora, quanto da formação em saúde. No presente estudo, essa reflexão se dará através da memória, da Sankofa³, que segundo o professor Maurício Barros “Quer dizer que quando você se esquece de algo, é preciso retornar ao

² Ver <https://www.geledes.org.br/criminalizacao-do-aborto-mata-mais-mulheres-negras/>.

³ Segundo Abdias do Nascimento, o conceito representado pela sankofa traduz-se por “retornar ao passado para ressignificar o presente e construir o futuro”.

lugar onde o acontecimento foi esquecido para recuperá-lo. Isso vale não apenas para retornos geográficos, mas para quaisquer perdas do passado” (BARBOSA, I., 2021, online).

2 RACISMO E SAÚDE

2.1 COMEÇANDO PELO “INÍCIO”: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE RACISMO E RAÇA

A colonização europeia foi um capítulo na história que mudou o curso da humanidade e estabeleceu novos modos de viver e existir. Se para os europeus esse período foi de “grandes descobertas”, para quase todo o restante do globo foi de invasão, expropriação de territórios e morte. Na prática, o sistema colonial pode ser entendido como uma ocupação militar fortificada por uma administração civil e policial, onde suas formas de se expressar são maniqueístas e violentas (FANON, 1967).

O europeu deu a si mesmo o “direito” de expropriar, baseando-se na ideia de raça. Como grande parte dos conceitos, o de raça tem uma dimensão temporal, sendo historicamente construído. Está diretamente relacionada ao poder e a dominação, sendo determinado pela estrutura global da sociedade e pelas relações de poder que a governam, consolidando hierarquias sociais (MUNANGA, 2003). Raça atende ao jogo decisório que separa o “eu” composto de subjetividade do “outro” construído como “não-ser” (CARNEIRO, S., 2005),

Nesse sentido, raça é um derivado do racismo e não o oposto. Foi o racismo a espinha dorsal da investida colonial europeia sobre países das Américas, Caribe, África, Ásia e Oceania na modernidade, que viabilizou o capitalismo mundial, a expropriação do trabalho dos indivíduos colonizados, dos recursos das colônias e a acumulação de riquezas na Europa (QUIJANO, 2009). Sendo o mundo colonial maniqueísta, Fanon (1979) discorre que o colonizado não é apenas limitado fisicamente, mas é tipificado como uma espécie de mal. Não é somente sem valores, mas incapaz de ter qualquer ética. Não é a ausência de valores, mas negação destes, um inimigo dos valores. É um mal absoluto destituído de humanidade. Animalizado (FANON, 1979).

A partir da ideia de raça, as relações sociais produzidas no continente americano criaram diversas identidades, sobressaindo-se o índio, o negro e o branco, que configuraram relações de dominação e poder do branco sobre os “outros”. Tudo aquilo que se fazia importante para se constituir enquanto sujeito era negado nos espaços coloniais, resultando na impossibilidade de acessar sua própria história e memória.

Colocando os discursos racistas em prática, essa desumanização justificou a objetificação de corpos negros africanos e a escravização em nome da expansão capitalista.

Homens e mulheres originários de África foram transformados em “homens-objeto, homens-mercadoria e homens-moeda” (MBEMBE, 2018). Para essa transformação, foi preciso a invenção do negro, porque “o negro não existe enquanto tal. Ele é constantemente produzido. Produzi-lo é gerar um vínculo social de sujeição e um corpo de extração, isto é, um corpo inteiramente exposto à vontade do seu senhor” (MBEMBE, 2018, p. 42).

O racismo no Brasil caracteriza-se por ser mutável e polivalente, que o torna único (NASCIMENTO, 2016). Referindo-se ao conceito de racismo moderno, Munanga (2003) diz que o racismo é uma convicção na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela íntima relação entre o físico e o moral, o físico e o intelecto e o físico e o cultural. Nesse sentido, essas três dimensões denotam o racismo como um fenômeno complexo, tirando-lhe a especificidade dado pelo conceito de cor. O racismo é “uma construção ideológica cujas práticas se caracterizam nos diferentes processos de discriminação racial. Um discurso de exclusão, interpretado e reinterpretado de acordo com os interesses de quem dele se beneficia” (GONZALEZ, 1982, p. 94-95). Nesse sentido, o racismo estrutural compreende o conjunto de ações discriminatórias que incidem sistematicamente sobre grupos racialmente identificados e só podem ser combatidas por práticas antirracistas (ALMEIDA, 2018). Por ser estrutural e estruturante das relações sociais, o racismo é a forma “normal” de funcionamento da sociedade.

Os efeitos desta racialização são sentidos em vários campos até os dias atuais, sendo sustentados por mecanismos que sofreram modificações ao longo do tempo, adaptando-se às mudanças histórico-sociais, mas ainda possuindo o mesmo objetivo de poder global a partir da concepção eurocêntrica de mundo e a manutenção do capitalismo. Portanto, não há como pensar a saúde no Brasil sem se debruçar e refletir sobre os impactos do racismo, bem como seus desdobramentos nesse campo e como ele interfere no processo saúde-doença da população negra.

2.2 RACISMO, CIÊNCIA E SAÚDE: AS TEORIAS RACIAIS NO BRASIL

O século XIX foi crucial para a história nacional, uma vez em que ocorreram intensas mudanças no âmbito social, político, econômico, cultural e ideológico. O discurso sobre a “identidade nacional brasileira”⁴, concebida em grande parte pela elite política e

⁴ Usa-se “identidade nacional” entre aspas, para enfatizar que essa identidade não significa um dado em si da realidade, mas sim se refere a uma construção social. Se a nação é uma comunidade simbólica, imaginada,

intelectual do país, de forma mais acentuada na primeira metade do século XX, teve forte influência nas teorias raciais europeias e norte americanas, consolidando-se no período em que o Brasil deixa de ser colônia para se constituir enquanto nação (PANTA; PALISSER, 2017). O projeto de nação brasileira estava diretamente ligado a um fator essencial, a modernidade (AMORIM, 2013).

As teorias raciais foram criadas ao longo do século XIX na Europa a partir da corrente poligenista⁵, responsável por estabelecer um rígido paralelo entre a herança genética dos indivíduos, suas competências intelectuais e suas inclinações morais. Tal teoria originou-se na crença da existência de vários centros de criação, que comprovariam as diferenças raciais observadas (SCHWARCZ, 1993). Dentre as inquietações dos poligenistas, estava o problema da mistura racial. O mestiço era exemplo da degeneração vinda do cruzamento de espécies diversas. Nesse sentido, as raças humanas deveriam ver na hibridação um fenômeno a ser evitado.

A publicação da obra do naturalista britânico Charles Darwin (1809-1882) ‘A origem das espécies’ (DARWIN, 1981) gerou um novo e importante paradigma para as discussões sociais: o evolucionismo. É daí então que o conceito de raça ultrapassa as questões exclusivamente biológicas, adentrando questões de cunho político e cultural. Esses conceitos e conclusões elaboradas pelos intelectuais europeus obtinham grandes repercussões, conferindo justificativas “hierarquizantes” tendo como base o critério científico (BARBOSA, M., 2016). Com isso, o europeu não sentia o conflito ideológico com seus ideais democráticos liberais, uma vez que entendiam as diferenças sociais das nações ditas inferiores, uma vez que não fora ele quem estabeleceu propositalmente as diferenças essas diferenças, pelo contrário, elas eram determinadas pela natureza.

Ainda que as teorias raciais tivessem chegado com relativa demora aos idealizadores da nova nação brasileira, elas foram muito bem acolhidas por estes. Alguns momentos históricos como a Guerra do Paraguai, a fundação do Partido Republicano e a promulgação da lei do Ventre Livre, foram determinantes para entrada de novos modelos científico-deterministas e para o amadurecimento de alguns centros de ensino e pesquisa

forjada em nível representacional, como analisa Hall (2006, p. 48-49), pode-se entender que, no caso específico do Brasil, a construção dessa “identidade nacional” foi elaborada por uma elite política e intelectual brasileira, inserida num contexto específico que, fortemente influenciada pelas teorias raciais europeias e norte-americanas, buscava forjar uma aparente hegemonia da raça branca sobre todas as outras. (HALL, 2006).

⁵ Antes do surgimento das teorias poligenistas, na conjuntura intelectual do século XVIII, a corrente monogenista se destacava. Em conformidade com os preceitos bíblicos acreditava que a humanidade era uma.

nacionais, tais como os institutos históricos, os museus etnográficos e as faculdades de Direito e Medicina (SCHWARCZ, 1993).

Os intelectuais brasileiros que viveram e fizeram parte da vida acadêmica e política entre o final do século XIX e início do século XX passaram por um importante embate no que diz respeito às doutrinas racistas importadas da Europa e dos Estados Unidos, considerando a realidade brasileira. Para que tais doutrinas fossem aplicadas a realidade nacional, esses intelectuais precisaram ajustá-las.

Dentre as principais linhas filosóficas que orientaram os pensadores brasileiros, a partir de meados dos séculos XIX, podemos destacar o positivismo, o darwinismo e o evolucionismo. Essas teorias mobilizavam o pensamento político nacional, apoiados pela divulgação do conhecimento científico. A raça tornou-se então um conceito a ser discutido em diversas obras que não viam um bom futuro para o país.

Um grande percentual dessas teorias está profundamente ligado à estadia no Brasil por cerca de quinze meses do conde francês Joseph-Arthur de Gobineau (1816-1882), conhecido como pai das teorias racistas. Em 1853 surgiu a obra mais conhecida do francês ‘Ensaio sobre a desigualdade da raça humana’, considerada pelo autor como um trabalho de ciências exatas e destinada a ser revolucionária (TAMANO, 2011). Desde sua chegada em 1868, o conde tinha relações rigorosamente profissionais com seus colegas de trabalho na embaixada francesa, tendo relações apenas com o imperador, e seu amigo, D. Pedro II. Isso se dava por conta de seus próprios pensamentos relativos às relações raciais, onde enfatizava a superioridade da raça ariana. Sob seu discriminatório ponto de vista, descreveu os brasileiros da seguinte forma: “Trata-se de uma população totalmente mulata, viciada no sangue e no espírito e assustadoramente feia” (RAEDERS, 1988, p. 96). Esses eram desprovidos de civilização e impossibilitados de alcançá-la.

Nesse contexto, após a abolição da escravatura em 1888, o negro foi tido como o principal símbolo de atraso e degradação do Brasil, ou seja, uma ameaça à concepção da nova sociedade que surgia após o período escravocrata. Em suma, a culpa pela situação nacional devia-se particularmente ao cruzamento sexual de várias raças. Nos projetos de construção nacional, estabelecia-se um agrupamento de fatores essenciais para dar sentido à nação almejada, isto é, uma nação “branca” com hábitos e moldes tradicionalmente europeus. Assim, tornava-se necessário uma determinada homogeneização da nação. Na tentativa de adequar os modelos evolucionistas, os intelectuais utilizavam elementos que combinavam a hierarquia natural com a inferioridade de largos setores da população e

desconsideravam o que parecia estranho, principalmente o tema sobre das nocividades da miscigenação (BARBOSA, M., 2016).

Sendo uma mistura de cientistas e políticos, pesquisadores e literatos, tais intelectuais moveram-se nos limites permitidos pelos modelos evolucionistas (SCHWARCZ, 1993). A constatação de que o Brasil era um país mestiço gerou novos dilemas para os homens da ciência brasileira. Se a miscigenação era o mal responsável pela inviabilidade da civilização e do progresso, estaria o Brasil fadado à ruína enquanto sociedade? Como conviver com a contradição de aceitar uma teoria que tornaria impossível o projeto de nação?

Ainda que tivessem concepções e perspectivas opostas, a procura de uma identidade étnica-racial para o Brasil era uma preocupação comum aos intelectuais desde a Primeira República, destacando-se: Silvio Romero, Euclides da Cunha, Alberto Torres, Manuel Bonfim, Nina Rodrigues, João Batista de Lacerda, Edgar Roquete Pinto, Oliveira Viana, Gilberto Freyre, entre outros. Todos estavam interessados na questão da definição do brasileiro como povo e do Brasil como nação (MUNANGA, 2008, p. 48).

Muitos deles, excluindo-se alguns poucos, estavam completamente embebidos pelo determinismo biológico do final do século XIX e início do século XX, convictos da inferioridade das raças não brancas, sobretudo da negra, e na degeneração do mestiço. “O negro era o componente da raça inferior. Na tríade da mestiçagem, o português, apesar de demonstrar que já era mestiço, não deixa de ser a raça superior, aristocrática” (MUNANGA, 2008, p. 56).

Entre os intelectuais que difundiam previsões negativas para a futura nação estavam Nina Rodrigues, que julgava negros e indígenas como incapazes, e Euclides da Cunha, que julgava o mestiço quase sempre como um desequilibrado, decaído, sem a energia física dos ancestrais selvagens (negros) e também sem a atividade intelectual da raça superior (branca) (PANTA; PALISSER, 2017).

Outros intelectuais viam a mestiçagem com certo "otimismo", viam nela a possibilidade de diluir as três raças (indígena, branca e negra) e suas diferentes culturas, culminando na homogeneização do povo brasileiro. Silvio Romero (1975), acreditava no domínio biológico e cultural branco e na extinção dos não brancos. Em sua opinião, a mestiçagem seria um processo de transição que conduziria a nação brasileira ao branqueamento. Oliveira Viana (1922, p. 281), ainda que em diversas oportunidades

referia-se negativamente ao mestiço, ressalta que este simbolizaria uma etapa rumo a “arianização”⁶.

Neste sentido, a orientação predominantemente racista da política imigratória de contingentes de populações vindas da Europa como forma de mudar o cenário demográfico e estabelecer uma cultura unificada através da hegemonia cultural conforme os padrões europeus de civilidade, foi um instrumento básico nesse processo de embranquecer o país. Esse processo baseou-se no estupro da mulher negra pelo homem branco, dando início ao sangue misto, assim instituiu-se o primeiro degrau para realização do almejado projeto (NASCIMENTO, 2016).

A política imigratória como forma de branqueamento entrava assim em harmonia com os preceitos de Gobineau, já que este também havia declarado que o Brasil carecia “fortalecer-se com a ajuda dos valores mais altos das raças europeias”, sua expectativa era que dentro de dois séculos a raça negra não mais existisse (NASCIMENTO, 2016).

João Batista de Lacerda (1846-1915), médico, cientista e então diretor do Museu Nacional, delegado latino-americano no Primeiro Congresso Universal das Raças, em Londres, 1911, declarou em tom otimista, que com a miscigenação, até o ano de 2012 a raça negra, bem como os mestiços, desapareceria por completo do Brasil, tornando-se um país branco (NASCIMENTO, 2017).

Assim, para assegurar o sucesso do processo de branqueamento, os intelectuais brasileiros apropriaram-se do conhecimento científico que estava em alta no campo das ideias, o eugenismo. Impondo-se como uma ciência de aprimoramento racial, as teorias eugênicas eram apoiadas pelo campo da saúde com a saúde pública e a medicina legal.

Foi nas faculdades de Medicina que a figura do médico e do cientista social se confundiram, dando lugar à imagem do higienista e do perito criminal, ambos intelectuais de intervenção política e social. Esse contexto é marcado pela ascensão de uma nova personagem, o “médico político”. Trata-se do surgimento de um saber médico no país, pautado por novas ambições e projetos (SCHWARCZ, 1993). Dessa maneira, além do evolucionismo, a tese lombrosiana⁷, que atuava a partir da craniologia para determinar o perfil criminoso tendo como base as características físicas, sustentou o projeto médico-

⁶ O conceito de arianização adotado por Oliveira Viana, faz referência ao aumento da população branca “pura” no Brasil, oriundo da migração europeia e do melhoramento da população brasileira através da mestiçagem, diminuindo assim os sangues negro e indígena.

⁷ Em 1876, o criminólogo e médico Cesare Lombroso publicou sua obra mais notória, denominada “O Homem Delinquente”. Nesta, o autor evidencia seu estudo realizado para identificar delinquentes e criminosos por meio de aspectos genéticos e físicos, incluindo-os em padrões pré-estabelecidos (LOMBROSO, 1997).

eugênico no campo da saúde. Tal projeto se consolidou em dois lugares distintos: na Bahia, com a medicina legal liderada por Nina Rodrigues, e no Rio de Janeiro, com a atividade dos médicos higienistas.

A temática racial era extremamente importante para esse período, uma vez que engloba o conjunto teórico na saúde. Na Bahia, a raça, mais especificamente o cruzamento racial, era usada na tentativa de explicar a violência, a criminalidade, a degeneração e a loucura. E no Rio de Janeiro, a simples convivência das diferentes raças, com diferenças nas características físicas, é que seria o principal responsável pelas doenças, a razão de seu surgimento e o entrave para barreira biológica (SCHWARCZ, 1993).

Na saúde pública, médicos sanitaristas, subordinados à lógica das classes dominantes, priorizavam o controle de determinadas epidemias, ao passo que realizavam a dicotomia racializada no enfrentamento das mesmas, como no combate à febre amarela, doença que indicia entre os imigrantes, mão de obra estratégica na expansão econômica na virada do século XIX para o século XX, em diminuição ao enfrentamento da tuberculose, doença mais encontrada nas populações pobres das grandes cidades, dado que o combate à febre amarela possuía aspecto racial. Maio, Monteiro e Sansone (2004) discorre sobre tal questão pontuando o discurso de Rui Barbosa em 1917:

É um mal, que só a raça negra logra a imunidade, raro desmentida apenas no curso das mais violentas epidemias, e em cujo obituário, nos centros onde avultava a imigração europeia, a contribuição das colônias estrangeiras subia a 92 por cento sobre o total de mortos. Conservadora do elemento africano, exterminadora do elemento europeu, a praga amarela, negreira e xenófoba, atacava a existência da nação na sua medula, na seiva regeneratriz do bom sangue africano, com que a corrente imigratória nos vem depurar as veias da mestiçagem primitiva, e nos dava, aos olhos do mundo civilizado, os ares de um matadouro da raça branca. (BARBOSA, 1917 apud MAIO; MONTEIRO; SANSONE, 2004, p. 15-16).

Para Chalhoub (1996), a determinação de políticas de saúde pública racializadas, como o combate à febre amarela, salientava a engenhosidade dos higienistas brasileiros. Estes preservariam o discurso sustentado no conceito de meio ambiente, porém, na prática revelariam um infame racismo semelhante às matrizes de pensamentos norteamericanos e europeias. Médicos e higienistas, nesse período, desfrutavam do fato de serem, ao lado dos bacharéis em direito, considerados os mais hábeis a lidar com pontos-chaves no pensamento social brasileiro (AMORIM, 2013).

Para esses pensadores, havia uma responsabilidade quase divina de curar a nacionalidade brasileira. Segundo Weyler (2006), ao saber médico atribuiu-se, de forma progressiva, o papel de sanear a nacionalidade e para cumprir esta “missão”, os médicos

adotavam uma postura na maioria das vezes autoritária e violenta em suas intervenções. Era urgente não só a cura de epidemias, mas também evitar o aparecimento de novos surtos. Assim, os males precisavam ser erradicados antes mesmo de se manifestar. Sob essa óptica, os projetos de saneamento e higienização tomaram força, extrapolando os limites pontuais da medicina, através de medidas diretas de intervenção na realidade social.

No Rio de Janeiro, teremos com Oswaldo Cruz e sua escola higienista diversas políticas que visavam o combate de epidemias e doenças tropicais, bem como políticas de vacinação obrigatórias. Em uma série de crônicas, o escritor negro Lima Barreto (1881-1922)⁸ escrevia sobre suas impressões as práticas higienistas. Em textos como os ‘Os tais higienistas’, ‘A túnica de Néssus das leis’ e ‘Em Os médicos e o espírita’, Zanaga (2020) aponta as críticas do autor a forma de como a medicina atuava sobre as populações mais pobres: uma prática médica baseada em regulamentos e opressões, em violência. Lima Barreto conecta os higienistas à violência cometida contra os negros durante o regime escravista. O escritor destacava a ferocidade com que os alvos preferidos dos higienistas eram tratados: “com prisão, chanfalho e xadrez” (ZANAGA, 2020, p. 97). Especificamente em ‘Os médicos e o espírita’, o autor enfatiza a figura do médico, que se apresentava como detentor de uma verdade maior e suas ações de interferência sobre a vida dos outros. Lima Barreto considera ainda que o excessivo poder nas mãos dos médicos estaria criando uma “mediocracia” no Brasil. Em decorrência das posturas autoritárias higienistas, a revolta da população de origem das classes populares nos centros urbanos aumentava, sendo a revolta da vacina um exemplo dos movimentos que possuíam ligações com as políticas higienistas (CARVALHO, 2002).

A medicina legal tinha como objetivo o estudo da criminologia, onde o foco não se dava na doença ou no crime, mas sim no criminoso. Com a ampliação da produção científica na medicina sobre a temática da medicina legal, no período de 1880 a 1915, o objeto de estudo e análise mais importante era o perfil do criminoso referente à criminalidade e a degeneração. Estudos de craniologia e frenologia foram usados como modelo para identificação das raças, resultando no atraso da população com a fragilidade dos cruzamentos (SCHWARCZ, 1993; STEPAN, 2005). Schwarcz discorre que:

⁸ Lima Barreto destaca-se nas letras brasileiras por ter sido o primeiro escritor a se reconhecer negro. Sua identidade negra lhe permitiu desenvolver um olhar diferente dos escritores contemporâneos (em sua maioria brancos). Lima Barreto construiu “uma literatura que se pretende negra, suburbana e pobre.” (SCHWARCZ, 2010, p. 27).

Era por meio da medicina legal que se comprovava a especificidade da situação ou as possibilidades de “uma ciência brasileira” que se detivesse nos casos de degeneração racial. Os exemplos de embriaguez, alienação, epilepsia, violência ou amoralidade passavam a comprovar os modelos darwinistas sociais em sua condenação do cruzamento, em seu alerta à “imperfeição da hereditariedade mista”. (SCHWARCZ, 1993, p. 221).

Nina Rodrigues, médico ligado à Faculdade de Medicina da Bahia, foi fundador da antropologia criminal brasileira e pioneiro sobre os estudos da cultura negra no Brasil. Segundo Thomas Skidmore (2012), o médico representava uma corrente racista radical e tornou-se o mais prestigiado doutrinador racista de sua época, era também contrário à ideia da mestiçagem progressiva para o branqueamento da população, pois segundo ele, a mistura racial ajudaria na eliminação da raça branca no sangue da população brasileira.

Rodrigues produziu diversos ensaios nos quais defendia que diferentes raças mereciam códigos penais diferentes, pois acreditava na inclinação do mestiço e do negro ao crime, isso porque, segundo o médico, as características raciais inatas tinham influência no comportamento social e deveriam ser levadas em consideração por legisladores policiais (SKIDMORE, 2012, p. 105). Os ensaios de Rodrigues foram importantes para criação do mito do “homem negro bandido” e também para o começo das medidas de perseguição pós-abolição imediato, que seriam fundamentais para a estruturação das práticas de extermínio da população negra, sobretudo jovem, que até o presente são normalizadas no país.

Na primeira metade do século XX, Gilberto Freyre foi o maior teórico do novo mito nacional, o mito da democracia racial. Precursor do lusotropicalismo, via a miscigenação com muita euforia e tinha a crença de que os seres humanos oriundos dos trópicos não teriam a capacidade de erguer uma civilização “avançada” sem o auxílio do branco. Ele utilizava o termo “morenidade” como “eufemismo racial”, pondo como um simples jogo de palavras que “representava uma mística racista perigosa cujo objetivo era o desaparecimento inapelável do descendente africano” (NASCIMENTO, 2016, p. 49) por meio do branqueamento intencional de sua pele e cultura. Além disso, Freyre emprega o termo *metarraça* (FREYRE, 2005), compreendido como a além raça brasileira, arquitetada sobre uma morenidade tropical, que teoricamente negaria o arianismo bem como a negritude em prol da brasilidade. No entanto, não promovia a igualdade e “servia principalmente para reforçar o ideal de branqueamento”. Ideal do qual também podemos nomear de genocídio (NASCIMENTO, 2016, p. 52). Assim:

Freyre fala em uma “democracia étnica” para dizer que, no Brasil, apesar de uma estrutura política muito aristocrática, desenvolve-se, no plano das relações raciais, relações democráticas. São essas ideias que foram traduzidas como “democracia racial” e ganharam, por um bom tempo, pelo menos dos anos 1940 até os 1960, a conotação de um ideal político de convivência igualitária entre brancos e negros. (GUIMARÃES, 2003, p. 102).

A partir da década de 1950, visando entender como as relações raciais no Brasil se davam de forma “perseverante e harmoniosa” e aprofundar as discussões sobre o mito da democracia racial, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) patrocinou investigações acadêmicas onde intelectuais brasileiros passaram a escrever sobre a situação do negro no país.

Desses pesquisadores, Thales Azevedo (1951), Guerreiro Ramos (2000) e Florestan Fernandes (2008) atestaram as extensas iniquidades raciais presentes no país e quebraram o paradigma de Freyre, instituindo uma discussão que já vinha sendo posta desde a década de 1930 pelo movimento negro: No Brasil, há sim o preconceito racial. A negação do racismo oculta a intenção de negar que existem diferenças, dificultando a possibilidade de afirmação da identidade e a insurgência das desigualdades:

Quando o Florestan Fernandes (1965) fala em mito da democracia racial, ele estava querendo dizer o seguinte: essa democracia racial seria apenas um discurso de dominação política, não expressava mais nem um ideal, nem algo que existisse efetivamente, seria usado apenas para desmobilizar a comunidade negra; como um discurso de dominação, seria puramente simbólico, sua outra face seria justamente o preconceito racial e a discriminação sistemática dos negros. (GUIMARÃES, 2003, p. 102).

2.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E A MULHER NEGRA

As formas de adoecimento e morte das populações estão diretamente relacionadas às condições materiais e subjetivas de vida. Por conta disso, a partir da Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 1970, a discussão sobre os determinantes sociais ganhou destaque. De acordo com Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), de forma geral os determinantes sociais da saúde (DSS) estão relacionados às condições de vida e trabalho dos indivíduos. Ou seja, seriam “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Tendo como referência a corrente médico-social e a epistemologia crítica, a teoria da determinação social estabelece o caráter histórico e social do processo-doença, contrapondo em partes as definições acerca dos DSS. Entendendo a saúde como inerente a organização social, a determinação social denota seu vínculo com a dinâmica de produção e distribuição de riqueza, evidenciando a articulação entre a amplitude da assistência médica e as imposições do modo de produção capitalista, para a manutenção e reprodução da força de trabalho, bem como para moderar as tensões e conflitos sociais (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Foucault (2010), pensando sobre o exercício do poder do Estado sobre as vidas, pensa o nascimento da biopolítica a partir de uma perspectiva genealógica, localizando-o em três momentos. O primeiro localizado em um momento pré-Estado moderno europeu, onde o poder se encontra com o soberano, este ditando quem vive e quem morre. A segunda já se encontra no momento capitalista e conta com o apoio da medicina, da saúde pública e de outras ciências, estando empregada pelos estados nacionais modernos do fazerviver. Isto é, torna-se necessário impedir a morte de sujeitos uma vez que são importantes para a reprodução do capital. E a terceira fase do biopoder segundo Foucault, está no período colonial europeu respaldada no racismo e na volta da função do soberano de deixar fazer morrer. A biopolítica aqui funcionava como experimento nos corpos colonizados, uma vez que eram vistos como destituídos de humanidade. Essas experimentações do estado moderno aplicada em uma função de exceção e não do estado de direito (FOUCAULT, 2010).

No entanto, a visão de Foucault não analisa o desenrolar do modelo do deixar e fazer morrer se mantém na matriz da necropolítica. A necropolítica é entendida como uma política de Estado que age no intuito da inviabilização da vida operada sobre determinados corpos e territórios, seletivamente orientada no racismo estrutural e dá-se na associação entre Estado e capital. É na ordem da necropolítica, no exercício do poder do Estado na função do necropoder que produz espaços de exceção. Tal produção seletiva de potência demorte está sempre se refazendo nesses territórios e sobre vidas precarizadas. A produção desses espaços de morte gera tanto morte material quanto simbólica, ou seja, é a morte política, econômica, subjetiva e também corpórea (MBEMBE, 2016).

A biomedicina nasce da diferenciação entre metrópole e colônia, sendo importante para a saúde coletiva pensá-la como um exercício de manejo dos corpos em consonância com o racismo a partir de uma visão racializada do mundo.

As desigualdades relacionadas ao processo de cuidado e ao seu acesso dispõem de diferentes origens. Primeiro estão relacionadas aos serviços de saúde, como acessibilidade geográfica e sua oferta, disponibilidade e aceitabilidade de recursos humanos e equipamentos. A segunda origem se dá, sobretudo, pelas condutas promovidas pelos profissionais que atuam na área da saúde. Tal fato apresenta relação direta com equidade e qualidade da atenção ofertada, tendo estas delimitações a potencialidade de ajudar no processo de uma melhor identificação de áreas críticas para a diminuição das desigualdades (LEAL et al.,2017).

A internalização e a naturalização de ideais e práticas racistas no decorrer da história do Brasil, submeteu o corpo negro a dor e ao sofrimento, transformando-o em objeto de indiferença e de descaso em relação a cuidados. Tal conduta não se relaciona apenas ao tratamento direto entre as pessoas, mas também no funcionamento das instituições. A partir do momento que escolhas são feitas, prioridades tomadas, ou alguma outra atitude que diferencie o atendimento a determinado grupo racial é o que se conceitua como racismo institucional: “a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”(CARMICHAEL; HAMILTON, 1967, p. 4 apud WERNECK, 2016, p. 542).

Cabe apontar que o racismo não atua sozinho. Nesse sentido, Lélia Gonzalez em suas pesquisas já abordava as dimensões da dominação sexual, de raça e de classe ligadas nas formas de opressão e hierarquização racial, assim como na formação de identidade de afirmação coletiva. Essa perspectiva vai de encontro à associação de sistemas múltiplos, onde Kimberley Crenshaw (2002) conceitua a interseccionalidade como a coexistência e interação de diferentes fatores ou eixos de subordinação, capazes de gerar vantagens ou desvantagens e agravar ou reduzir vulnerabilidades para um indivíduo ou grupo - e particularmente para cada mulher negra. Assim, a perspectiva interseccional busca reconhecer as determinações sociais de vários níveis de opressão para entender certo fenômeno (CRENSHAW, 2002). Angela Davis resume o conceito de interseccionalidade e a dinâmica entre as relações de gênero, raça e classe da seguinte maneira:

É preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras. (DAVIS, 2011, online).

Desse modo, mulheres negras estão inscritas em uma tripla -ou mais- situações de vulnerabilidade, marcadas pela exclusão histórica de preconceitos produzidos no cerne da sociedade e pela escassez de ações para a superação desses desafios. Pode-se observar no Brasil que são as mulheres negras as mais expostas ao risco de adoecimento e morte. Mulheres negras puérperas, em relação às mulheres brancas, possuem uma maior probabilidade de ter o pré-natal realizado de maneira inadequada, além de um menor número de consultas e exames, há também falta de orientações adequadas falta de vínculos com a maternidade, ausência de acompanhantes, peregrinação para o parto e menos anestesia local para a realização de episiotomia (BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, 2016; LEAL et al., 2017).

Mulheres negras são mais vitimadas por crimes contra a vida e sofrem duas vezes mais violências sexuais quando comparadas a mulheres brancas (OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA, 2020; MENDES et al., 2020). Ao passo que são também mulheres negras e contra normativas as mais culpabilizadas por violência sexual, como aponta Farias(2019) em um estudo realizado com estudantes de cursos como Enfermagem, Farmácia, Direito e Serviço Social. Vale aqui ressaltar a importância desses profissionais quando se pensa saúde e o direito a mesma.

Evidências mostram diferenças entre as taxas de mortalidade materna de mulheres pretas, pardas e brancas. Entende-se que essas distinções em relação ao número de óbitos se dão em decorrência da falta de acesso à saúde e da redução da qualidade de assistência prestada às mulheres negras (BELFORT. KALCKMANN; BATISTA, 2016).

Nesse sentido, para se obter uma reversão desse cenário, torna-se mais que necessário e urgente pensar e aplicar medidas educativas voltadas aos profissionais da saúde. É importante a desnaturalização dos discursos que normalizam o racismo sob o ponto de vista jurídico epistêmico e biológico. Podemos observar que o racismo científico, a eugenia e o higienismo que se mantém não são necessariamente da mesma maneira, mas parte do que embasa a narrativa racializada que ainda se conserva tanto na sociedade em geral como na prática de saúde.

*Quem cuida de nós?
Quem fala de nós?*

Figura 2 - QR Code – Ya ya massemba



3 CAMINHOS

*Vou aprender a ler
Para **ajudar*** meus camaradas
Vou aprender a ler
Para **ajudar*** meus camaradas...*

3.1 QUEM PRODUZ CIÊNCIA?

O colonialismo não impôs somente sua autoridade sobre as outras terras, mas também sua língua, sua religião, sistema político e sua cultura. Há diversas formas de se interpretar a realidade, sendo a ciência uma delas. O conhecimento científico é construído socialmente e produz modelos para a compreensão de fenômenos complexos que passaram por diversas transformações. No entanto, a imposição de uma cultura universal baseada na experiência eurocêntrica de mundo estabelece as condições que possibilitam a validação do que é ou não uma “ciência verdadeira”. A ideia sobre o que é ciência e conhecimento permanece quase que intacta e praticamente de domínio exclusivo da branquitude. (KILOMBA, 2019).

É fato que todos os povos organizados em sociedade produziram ciência, uma vez que usaram seus conhecimentos para adaptar o meio em que viviam. A ciência baseada na modernidade procura ocultar ou apagar produções de sociedades anteriores, estabelecendo uma estrutura fundamentada na centralidade da produção de conhecimento hierarquizante e expressa o racismo na criação de sua própria narrativa.

Matar a história do outro e tudo o que isso significa foi uma estratégia da modernidade para relegá-lo a uma condição de subalternidade e inferioridade perpétua. Essa morte no campo do saber é proposta por Boaventura Santos (1999) como o epistemicídio, onde:

O genocídio que pontuou tantas vezes a expansão europeia foi também um epistemicídio: eliminaram-se formas de conhecimento estranho porque eram sustentadas por práticas sociais e povos estranhos. Mas o epistemicídio foi muito mais vasto que o genocídio porque ocorreu sempre que se pretendeu subalternizar, subordinar, marginalizar, ou ilegalizar práticas e grupos sociais que podiam constituir uma ameaça à expansão capitalista ou, durante boa parte do nosso século, à expansão comunista (neste domínio tão moderna quanto a capitalista); e também porque ocorreu tanto no espaço periférico, extra-norte-americano, contra os trabalhadores, os índios, os negros, as mulheres e as minorias em geral (étnicas, religiosas, sexuais). (SANTOS, B., 1999, p. 283).

Para Sueli Carneiro (2005), epistemicídio refere-se à tradução do racismo na produção intelectual dos saberes negando a capacidade de povos não brancos de produzir saberes legítimos. A formação acadêmica eurocentrada formulou o corpo negro como exótico e impossibilitou a ele o acesso a referenciais pertinentes a sua capacidade enquanto ser racional.

Sendo, pois um processo persistente de produção da inferioridade intelectual ou da negação da possibilidade de realizar as capacidades intelectuais, o epistemicídio nas suas vinculações com a racialidades realiza, sobre seres humanos instituídos como diferentes e inferiores constitui, uma tecnologia que integra o dispositivo de racialidade/ biopoder, e que tem por característica específica compartilhar características tanto do dispositivo quando do biopoder, a saber, disciplinar/ normatizar e matar ou anular. (CARNEIRO, S., 2005, p. 97).

Assim, a ciência moderna se constitui como um espaço de poder moderno/colonial e racista, onde a dominação epistêmica ainda prevalece nos povos colonizados. Currículos escolares são usados como uma importante ferramenta de propagação desta ciência nas instituições de ensino. Consequentemente, o que temos na academia “não é uma verdade objetiva científica, ela é apenas o fruto de relações desiguais de poder de raça” (KILOMBA, 2019 p. 52). A academia reproduz as estruturas de poder e opressão historicamente herdadas, submetendo grupos subalternos à exclusão e ao silenciamento.

3.2 É PRECISO DESCOLONIZAR O SABER

Fomos socializadas a respeitar mais o medo do que nossas necessidades de linguagem e significação, e enquanto esperarmos em silêncio pelo luxo supremo do destemor, o peso desse silêncio nos sufocará. (LORDE, 2019, p. 55).

A colonialidade do poder age como um conjunto de limites entre colonizadores e colonizados, o qual produz epistemologias e formas de produção do conhecimento comprometidas no projeto de assimilação do conhecimento subalterno, buscando equivalências de pensamento entre colonizadores e colonizados. Ou seja, a hegemonia do pensamento das posições de dominação. Dessa forma, o olhar decolonial torna-se uma estratégia de resistência e de produção da diferença.

A invocação do passado integra uma das estratégias mais comuns nas interpretações do hoje. “A maneira como formulamos ou representamos o passado molda nossa compreensão e nossas concepções do presente” (SAID, 2011, p. 25). Nesse sentido,

o que inspira esses apelos não é somente a diferença quanto aos fatos do passado ou o que esse teria sido, mas também a incerteza se este é mesmo passado, morto, ou se perdura, ainda que por outras formas. A relação entre o invasor ocidental contra o nativo não ocidental nunca se deu de forma inerte ou mesmo passiva. **Sempre houve algum tipo de reação ativa, e essa reação acabou prevalecendo.** Como o objetivo do imperialismo era a terra, as questões de quem a possuía e teria direitos sobre ela eram pensadas, discutidas por vezes decididas na narrativa. O poder de narrar, ou inviabilizar que se formem ou apareçam novas narrativas, é de extrema importância para a cultura e para o imperialismo, constituindo assim uma das principais conexões entre os dois. A argumentação baseada na narrativa foi usada pelos exploradores e romancistas para falarem sobre as “regiões estranhas do mundo”, mas também foi usada como método pelos povos colonizados para reiterar sua identidade e a existência de suas próprias histórias (SAID, 2011).

Ao produzir conhecimentos que universalizam, onde a discussão acerca das especificidades e diferenças é assumida em formulações genéricas, baseando-se em argumentos de neutralidade, reforçam-se preconceitos e violências ligados aos silenciamentos de grupos subalternizados. Não necessariamente isso significa que os posicionamentos advindos dos grupos em questão, grupos esses politicamente minoritários não sejam suscetíveis à crítica, mas são esses que detêm uma possibilidade maior de acesso ao centro crítico da questão (HARAWAY, 1995). Segundo Haraway, pessoas que constituem os grupos subalternizados possuem grande experiência com os modos de negação através da repressão, do esquecimento e de atos de desaparecimento, com formas de não estar em lugar nenhum ao mesmo tempo em que se alega ver tudo.

Dessa forma, a construção de saberes parciais, “localizáveis, críticos, apoiados na possibilidade de redes de conexão, chamadas de solidariedade em política e de conversas compartilhadas em epistemologia” (HARAWAY, 1995, p. 22-23) permitem um caminho para além dos fundamentados nos relativismos ou nos princípios universalizantes.

Epistemologias universalizantes de bases euro-americanas são capazes de ser violentas, ao reduzirem e simplificarem universos simbólicos a objetos que, através do imperialismo epistemológico, legitimaram-se como único meio de acesso à ciência. Contudo, Landson-Billings (2006) evidencia que diferentes discursos e epidemiologias funcionam tanto como contra conhecimento como instrumentos libertadores para os sujeitos que sofreram e sofrem com o “regime da verdade” (LANDSON-BILLINGS, 2006, p. 259).

Alcoff (2016) coloca que há a possibilidade de “mudar a geografia da razão”, através de um empenho para a reconstrução da epistemologia, fazendo-a mais próxima da complexidade da realidade política experimentada e, dessa maneira, superando o “obstáculo epistemológico”. A autora aponta que esse processo encontra resistências, pois “reclama de nós o desvelamento e a reavaliação dos conhecimentos rejeitados e o esclarecimento dos fundamentos de nossas próprias demandas de adequação ou de progresso epistêmico” (ALCOFF, 2016, p. 133).

Conforme Avtar Brah, “a experiência não reflete uma “realidade” já dada, mas sim o efeito discursivo dos processos que constroem o que chamamos de realidade” (BRAH, 1996, p. 34). Brah discorre que:

A experiência é um processo de significação que é a condição mesma para a constituição daquilo a que chamamos “realidade”. Donde a necessidade de reenfatizar uma noção de experiência não como diretriz imediata para a “verdade”, mas como uma prática de atribuir sentido, tanto simbólica como narrativamente: como uma luta sobre condições materiais e significado. (BRAH, 2006, p. 360).

Alcoff ainda expõe que as “identidades não são vividas como um conjunto discreto e estável de interesses com determinadas implicações políticas, mas como uma localização na qual a pessoa possui vínculos com eventos e comunidades históricas e a partir dos quais se engaja em um processo de construção de sentidos e, portanto, de onde obtém uma janela para o mundo” (ALCOFF, 2016, p. 140). Dessa forma, a posicionalidade faz parte das identidades que possuem variadas margens de ação e que terão acesso a diferentes perspectivas tanto de realidade quanto de verdade. Desse ponto de vista epistemológico, a autora coloca que a verdade pode tomar um espaço político onde o sujeito enunciado também se constitui como um sujeito da verdade.

Essa é a abordagem que orienta esse estudo, a da experiência, para qual busca-se discutir, levando em consideração racismo como um determinante social, a falta de profissionais da saúde negros, bem como a ausência do debate racial na formação acadêmica impactam a vida de mulheres negras em situação de abortamento.

Isso posto, este estudo seguirá pelo caminho da escrita em primeira pessoa, no intuito de trazer possibilidades outras a esse saber legitimado. Logo, me localizo como pesquisadora afrodescendente, comprometida com a luta anticolonial, buscando descolonizar memórias e corpos (LUGONES, 2014), entendendo que se trata de um processo contínuo. Parto do princípio de da não neutralidade científica e seguindo o conceito de transparência, abordada por Spivak (2010), reitero que eu, enquanto

pesquisadora, enquanto sujeita colonizada, torna-se impossível me posicionar de um lugar alheio à violência imposta pela modernidade, no entanto resisto a partir desse local estando nele.

Minha escrita tomou uma forma meio atrapalhada, devo observar. No ano em que finalizo este trabalho, completam-se também 10 anos *integrada* a vida acadêmica. São praticamente 10 anos de uma escrita e de uma ciência “neutra, objetiva, racional e imparcial”. Então, peço que releve algumas confusões aqui presentes as quais eu não fiz e não faço questão de corrigir. São confusões de uma escrita em construção, ou melhor, de uma cientista/pesquisadora em desconstrução. Por vezes terei a escrita mais “tradicional”, meio distante na terceira pessoa, outras teremos o nós. A partir desse ponto, terá um pouco mais de mim, e talvez tenha um pouco de você também.

Precisei me quebrar para me reconstruir, mas me reconstruir com peças que verdadeiramente se encaixam naquilo que pretendo edificar. Há outras possibilidades na construção do saber do qual o campo hegemônico não quer que conheçamos ou mesmo as leve adiante, sob a justificativa não serem válidas como ciência. Falar sobre nós é consequentemente mostrar a branquitude seu próprio retrato, tal como o de Dorian Gray⁹. É também um processo doloroso para aquele que escreve, no entanto necessário e se caracteriza como uma via de fortalecimento da luta para a diminuição da violência.

3.3 DA CONSTRUÇÃO DO PROJETO

O modo de construção desse estudo se deu de uma forma inesperada. Em primeiro lugar porque, em um projeto inicial, me deparei com um projeto do qual não fazia mais sentido diante das minhas observações e pesquisa. Eu não me identificava nela. Depois passei por um processo curto, porém angustiante, de troca de orientação. Vi meu primeiro projeto quase ser usurpado, sofri acusações e principalmente senti medo. Medo de estar sendo ingrata, medo de ser injusta, medo do desprezo, medo do julgamento, medo de não terminar a pós-graduação, medo de ser perseguida e medo de jogar fora todo o caminho que havia percorrido. Pensei que renunciar àquele projeto seria o “meu fim”.

Continuar com o projeto do jeito que estava até poderia me conceder o título de mestre, no entanto, seria um título quase que vazio, uma etapa percorrida apenas para

⁹ O Retrato de Dorian Gray, do britânico Oscar Wilde conta a história do belíssimo rapaz que “esconde” a própria alma no quadro com sua imagem. Dorian persegue uma vida libertina de experiências variadas e amorais; enquanto isso seu retrato envelhece e registra todas as coisas ruins que o corrompem na alma. (WILDE, 2013).

alcançar a seguinte. Um tempo depois da troca de orientação, recebi um telefonema de uma antiga e querida professora da pós-graduação, me aconselhando a escrever algo rápido e básico para conseguir uma vaga no doutorado. Eu entendi sua boa intenção naquele momento, porém eu não estava mais disposta a reduzir meu mestrado a isso. Eu PRECISAVA me manifestar e a dissertação seria esse manifesto. “Meus silêncios não me protegeram. Seu silêncio não vai proteger você”, disse Audre Lorde (2019, p. 52), mulher negra, ativista e pensadora em um evento acadêmico frente a centenas de mulheres, onde na ocasião lutava contra um possível diagnóstico de câncer. Lorde nos diz que está com medo, entretanto o silêncio não é uma proteção.

E (falar) nunca é sem medo - da visibilidade, da crua luz do escrutínio e talvez do julgamento, da dor, da morte. Mas já passamos por tudo isso, em silêncio, exceto pela morte. E o tempo todo eu me lembro disto: se eu tivesse nascido muda, ou feito um voto de silêncio durante a vida toda em nome da minha segurança, eu ainda sofreria, ainda morreria. (LORDE, 2019, p. 55).

As falas da autora me fizeram recordar o período em que estive com a minha mãe no hospital, durante sua internação em decorrência de um câncer já em estágio avançado. Lá eu percebi o quão rápido era não só a doença, mas também a vida. Repensando sobre essa fase, assim como Lorde percebi que: “Eu ia morrer, mais cedo ou mais tarde, tendo ou não me manifestado” (LORDE, 2019, p. 52). Então, por que não me manifestar agora na dissertação? Para que adiar o que tenho a dizer, se o que tenho para dizer é urgente? Por que permanecer no silêncio?

Por mais medo que eu estivesse sentindo por todo processo da troca de orientação e todo assédio moral em torno disso, e por começar um novo projeto praticamente do zero a poucos meses da defesa, tive comigo mulheres que me deram muito mais que suporte. Eram mulheres negras, brancas, umas mais velhas outras mais jovens, mas todas dispostas a enfrentar, juntas, um sistema patriarcal de abusos e silenciamentos. Foi a primeira vez que me senti de fato acolhida dentro da academia. Foi a ajuda e o empenho dessas mulheres que me deram força e coragem para abandonar o antigo projeto. Me mostraram que há outros caminhos possíveis e que aquele não era o fim da história, mas sim o começo. Afinal, se eu não me sentia bem escrevendo da forma como estava escrevendo e como o projeto estava avançando, por que continuar com ele? Desistir não é a palavra certa para definir o que foi deixar aquele projeto, a palavra aqui é liberdade. Liberdade de transformar o silêncio em ação a partir da vivência.

Na transformação do silêncio em linguagem e ação, diz Lorde (2019), é fundamental que cada pessoa determine ou analise seu papel nessa transformação e reconheça que seu papel é primordial nesse processo. Nesse sentido, ao analisar o meu, deparei com os vários aspectos da interseccionalidade dos quais irei destacar: mulher negra, de família pobre e profissional de saúde. Por isso o esforço aqui é apontar os atravessamentos que afligem a nós, mulheres negras, seja qual o caminho que percorremos. Sejam elas estudantes, profissionais de saúde ou usuárias do serviço público de saúde. Meu compromisso e meu manifesto se dão através do ato de ressignificar não somente a escrita, mas o modelo de formação acadêmica que perpetua apagamentos e sofrimento para além dos seus muros.

Assim como Audrey Lorde: “Passei a acreditar, com uma convicção cada vez maior, que o que me é mais importante deve ser dito, verbalizado e compartilhado, mesmo que eu corra o risco de ser magoada ou incompreendida. A fala me recompensa, para de além de quaisquer consequências” (LORDE, 2019, p. 51).

Libertar-se das amarras das estruturas acadêmicas internalizadas não é uma tarefa simples, muito menos fácil. As sistemáticas “regras” desse tipo de produção textual, muitas vezes causam uma excessiva preocupação em fazer o “certo” a partir de uma fórmula há muito estabelecida. Como consequência, a angústia e o bloqueio criativo me são constantes. Dessa forma, compartilho do sentimento da escritora de origem mexicana Gloria Anzaldúa:

Quem nos deu permissão para praticar o ato de escrever? Por que escrever parece tão artificial para mim? Eu faço qualquer coisa para adiar este ato — esvazio o lixo, atendo o telefone. Uma voz é recorrente em mim: Quem sou eu, uma pobre chicanita do fim do mundo, para pensar que poderia escrever? (ANZALDÚA, 2000, p. 230).

Ao decorrer de seu texto, Anzaldúa mostra a importância da insurgência na escrita e no final nos brinda com uma carta:

Joguem fora a abstração e o aprendizado acadêmico, as regras, o mapa e o compasso. Sintam seu caminho sem anteparos. Para alcançar mais pessoas, deve-se evocar as realidades pessoais e sociais — não através da retórica, mas com sangue, pus e suor. Escrevam com seus olhos como pintoras, com seus ouvidos como músicas, com seus pés como dançarinas. Vocês são as profetisas com penas e tochas. Escrevam com suas línguas de fogo. Não deixem que a caneta lhes afugente de vocês mesmas. Não deixem a tinta coagular em suas canetas. Não deixem o censor apagar as centelhas, nem mordanças abafar suas vozes. Ponham suas tripas no papel. Não estamos reconciliadas com o opressor que afia seu grito em nosso pesar. Não estamos reconciliadas. Encontrem a musa dentro de vocês. Desenterrem a voz que está soterrada em vocês. Não a falsifiquem, não tentem vendê-la por alguns aplausos ou para terem seus nomes impressos. (ANZALDÚA, 2000, p. 235).

É no exercício de um reencontro com as realidades das quais faço parte, no intuito de reconfigurar vertentes epistemológicas eurocentradas, ressignificando-as, considero poder falar da própria história aliando-a a teoria constroem um somatório de valorizações, empreendendo na construção e na produção de uma ciência inclusiva. Nesse sentido, utilizarei também a escrevivência. Também estão dispostas ao longo desse escrito músicas. Músicas essas que vêm no intuito de complementar não somente um pensamento, mas para deixar transparecer um sentimento, afinal, há coisas que somente palavras não são suficientes para expressar. Sigo pela máxima do “se faz sentir, faz sentido”.

3.4 UM MÉTODO CHAMADO ESCREVIVÊNCIA

A ficção fia mundos onde a confiança ultrapassa a fidedignidade sem perder realidade. (COSTA, 2014, p. 553).

Escrevivência é um termo cunhado pela escritora Conceição Evaristo apresentado pela primeira vez em sua dissertação de mestrado, utilizando a ideia como uma maneira do corpo negro se expressar. Trata-se, assim, da possibilidade de contar histórias a partir da sua própria.

Olhando para a realidade brasileira, sobretudo das mulheres negras, muitas vezes é esse corpo que de certa maneira organiza todo o espaço em que ele se situa, o espaço familiar, o espaço social, então esse corpo fala, mas essa voz não é ouvida. Logo, a escrevivência é uma estratégia de escrita que possibilita experiências e vivências se expressarem, sendo ela um falar de si e falar também de um corpo social corpo coletivo. Isso se dá em um processo em que aquela que escreve se põe no espaço aberto entre o fato e invenção. Nessa perspectiva, conforme Evaristo (2017, p. 13), “as histórias são inventadas, mesmo as reais, quando são contadas”. É uma escrita baseada na memória e no questionamento de sua própria história aproveitando sua experiência, bem como desejos iguais para trazer esse corpo que fala para a literatura produz.

Pensando a escrevivência como um fenômeno diaspórico e universal, a imagem fundante do termo segundo Evaristo (2020) é a figura da Mãe Preta, aquela que foi escravizada dentro da casa grande. Era a mulher que, através do trabalho escravo, era submetida aos cuidados dos filhos da família colonizadora.

Escrevivência, em sua concepção inicial, se realiza como um ato de escrita das mulheres negras, como uma ação que pretende borrar, desfazer uma imagem do passado, em que o corpo-voz de mulheres negras escravizadas tinha sua potência de emissão também sob o controle dos escravocratas, homens, mulheres e até

crianças. E se ontem nem a voz pertencia às mulheres escravizadas, hoje a letra, a escrita, nos pertencem também. Pertencem, pois nos apropriamos desses signos gráficos, do valor da escrita, sem esquecer a pujança da oralidade de nossas e de nossos ancestrais. Potência de voz, de criação, de engenhosidade que a casa-grande soube escravizar para o deleite de seus filhos. E se a voz de nossas ancestrais tinha rumos e funções demarcadas pela casa-grande, a nossa escrita não. Por isso, afirmo: **“a nossa escrevivência não é para adormecer os da casa-grande, e sim acordá-los de seus sonos injustos”**. (EVARISTO, 2020a, p.30, grifo nosso).

Ainda que se possa ter a percepção de uma escrita advinda de uma experiência específica, a de uma afrobrasilidade, é possível constituir um discurso literário que abrange um sentido de universalidade humana. Sobre isso, Conceição Evaristo elucidou:

A escrevivência extrapola os campos de uma escrita que gira em torno de um sujeito individualizado. Afirmo que a Escrevivência não é uma escrita narcísica, pois não é uma escrita de si, que se limita a uma história de um eu sozinho, que se perde na solidão de Narciso. A Escrevivência é uma escrita que não se contempla nas águas de Narciso, pois o espelho de Narciso não reflete o nosso rosto. E nem ouvimos o eco de nossa fala, pois Narciso é surdo às nossas vozes. O nosso espelho é o de Oxum e de Iemanjá. Nos apropriamos dos abebés das narrativas míticas africanas para construirmos os nossos aparatos teóricos para uma compreensão mais profunda de nossos textos. (EVARISTO, 2020a, p. 38-39).

Para Luiz Henrique Oliveira, as narrativas de Conceição Evaristo surgem de um lugar de enunciação solidário e identificado com o contexto da periferia. O autor também identifica três elementos que compõem as escrevivências: corpo, condição e experiência. Oliveira diz que:

O primeiro, reporta à dimensão subjetiva do existir negro, arquivado na pele e na luta constante por afirmação e reversão de estereótipos. Lê-se o passado e a tradição contrabandeando-os, saqueando-os. A representação do corpo funciona com o ato sintomático de resistência e arquivo de impressões que a vida confere. O segundo aponta para um processo enunciativo fraterno e compreensivo com as várias personagens que povoam a obra. [...] O terceiro, por sua vez, funciona tanto como recurso estético quanto de construção retórica, a fim de atribuir credibilidade e persuasão à narrativa. (OLIVEIRA, L., 2009, p. 88).

Assim, o conceito de escrevivência é um gênero acadêmico decolonial teoricamente operado com a marca da interseccionalidade, possibilitando aquela que escreve o empoderamento no sentido da valorização da sua história pessoal atravessada por sua presença no território acadêmico. Não é sobre como se escreve, e sim sobre o que, onde e pra quem se escreve.

Portanto, entendo que ficcionalizar as histórias de mulheres em situação de abortamento – tendo o cuidado de como essas personagens dizem e sentem o mundo – transpassa também pela minha história como mulher/da área da saúde/pesquisadora negra, que objetiva acolher histórias de vidas e exprimi-las por meio de uma escrita que cruza a minha própria experiência. Além disso, optei por utilizar minhas memórias acerca de eventos específicos e organizá-los em pontos narrativos. Esses pontos não possuem uma ordem cronológica definida. Assim, fatos passados podem ser contados antes ou depois. Dito isso, a escrevivência que se apresentará a seguir – bem como todo esse projeto – é fruto de um longo processo histórico calcado não apenas por mim, mas por aqueles que me antecederam, aos meus mais velhos.

Figura 3 - QR Code – Mulher do fim do mundo



3.5 ESCREVIVENDO...

Naquele dia Geisa acordou, acendeu sua vela amarela e fez sua prece. Agradeceu por mais um dia de vida, respirou fundo pegou suas coisas e desceu o morro. Aquele dia tinha tudo para ser um dia comum. Ela tinha 23 anos, pele escura, cabelo crespo igualmente escuro encoberto por longas tranças vermelhas. Geisa tinha três filhos: Enzo, de 5 anos, Tiago de 3 anos e Vitor de pouco mais de um ano. Todos eram filhos de seu companheiro Douglas, com quem tem uma relação complicada de idas e vindas. Douglas é um homem negro, agora com seus 25 anos, negro, alto e na maior parte do tempo de bem com a vida. Trabalhava como eletricista em uma empresa que prestava serviços terceirizados, mas com a pandemia de covid-19, acabou perdendo o emprego passando a ser entregador de *delivery*. Não tendo uma moto ou uma mesmo uma bicicleta, alugava essa última por um aplicativo de banco. Para conseguir fazer uma boa quantia no final do mês, ele passava longas horas pedalando, mal tendo tempo para parar paracomer, aliás, ele não tinha muita a opção de comer. Geisa trabalhava como vendedora em uma loja do mercadão municipal, e também perdeu o emprego por conta da pandemia. Por ter trabalhado no centro, sabia exatamente onde encontrar o que precisava e assim o fez. Deixou as crianças com sua mãe dona Célia, que morava no mesmo quintal e partiu para comprar o que precisava.

Aline, prima de Geisa, era negra de pele clara e possuía cabelos castanhos, lisos pelas químicas que passava desde a infância. Aos 19 anos engravidou. Não tinha um namorado, engravidou de um colega da lanchonete que trabalhava. Toda vez que pensava nesse colega ou na gravidez, Aline tinha vontade de chorar em um misto de raiva, nojo e culpa. Ela não queria aquilo, não queria estar grávida muito menos de um homem que usou de força para que isso acontecesse.

Ela queria contar para alguém do trabalho sobre o que havia acontecido, mas temia ser julgada, afinal, já haviam ficado. No dia em que foi violentada, Aline e os demais amigos haviam ido a um baile na comunidade onde moravam, Dona Celina, sua mãe, uma mulher preta retinta baixinha, mas com uma postura altiva que a fazia parecer mais alta, havia dito para ela não ir, não estava com um bom pressentimento, porém ela foi assim mesmo, já que era final de semana e tinha trabalhado muito. Precisava se divertir. Aquele dia tinha tudo para ser um dia comum... Algumas horas depois de chegar no baile, Aline e seu então colega acabaram ficando, todos viram. Na hora de ir embora ele se ofereceu para levá-la para a casa. Ela morava a apenas algumas ruas da rua de onde o baile acontecia e assim seguiram. Ao passarem por uma viela mais escura e deserta no intuito de “cortar caminho” ele a colocou contra a parede e a beijou, mas ela só queria ir para a casa, mas ele era mais forte. Ela gritou, mas o som do baile ainda era muito alto.

Ela não queria.

Ele a forçou.

Ele forçou.

Ele forçou.

Ele foi embora.

Lá ela ficou.

Lá ela ficou...

Na tentativa de cessar a gestação tomou diversos chás, mas nenhum funcionou. Daí então procurou por clínicas que realizassem aborto, mas o custo era alto demais, ela não podia arcar. Nessa mesma clínica acabou encontrando uma mulher que disse que a poria ajudar, e assim Aline pagou R\$ 300 para a ela que realizou o aborto com métodos caseiros, sendo a última tentativa com um talo de mamona. A família não sabia da gestação, Aline puxou o pai, era relativamente alta e magra, e passou a usar roupas largas, assim conseguiu esconder. Só ficaram sabendo depois que sua melhor amiga Larissa, avisou que estava com ela em emergência do hospital mais próximo. Mas Aline não resistiu. Morreu de infecção generalizada, após um abortamento inseguro.

Geisa tinha 16 anos quando soube da morte da prima. Falar sobre o ocorrido virou tabu na família. Ela sabia que não podia contar para sua mãe e irmã sobre sua nova gestação e sua intenção de não leva-la à frente pois elas eram contrárias a isso. Eram da igreja e reprovavam veementemente o aborto. Geisa tomava anticoncepcionais orais, mas precisou tomar antibióticos por conta de uma infecção na garganta. Mesmo que a mãe a olhasse as crianças de vez em quando, o dinheiro não estava sendo o suficiente já que estava desempregada, seu ex-companheiro não conseguia ganhar muito, fora que já estava sobrecarregada de cuidar das três crianças pequenas e às vezes olhava as das vizinhas. Ela já tinha tomado a decisão mesmo não estando muito certa disso. Como não queria ter o mesmo destino da prima, Geisa, pesquisou e optou por usar o misoprostol. E foi isso o que foi comprar no centro da cidade. Não que tenha sido mais barato, mas para ela era a melhor opção. Tomou os comprimidos pela noite. Pela madrugada sentiu fortes dores e viu que estava com sangramento. Resistiu as dores até onde deu. Quando não mais aguentou chamou pela mãe, precisava ir a um hospital, mas estava com medo. Dona Célia, ligou para seu outro filho, Anderson, que estava trabalhando como uber na hora para levá-la ao hospital. Enquanto olhava as crianças. Em momento algum Geisa falou para a família o que tinha acontecido.

Somente Anderson e Geisa foram ao hospital, passaram por dois até conseguirem atendimento em um terceiro. Anderson não sabia explicar para a recepcionista o que de fato estava acontecendo com Geisa, mas por todo o conjunto alguns dos profissionais já sabiam do que se tratava. Ainda assim precisou esperar por um tempo até o atendimento médico. Quando finalmente foi atendida, Anderson precisou voltar ao trabalho e assim o fez. Para a surpresa de Geisa, a profissional responsável pelo seu cuidado também era negra, talvez a primeira que a atendeu em toda sua vida, a médica Camila. Camila, realizou os cuidados necessários naquele momento e quando Geisa, já estava melhor para conversar sobre o que aconteceu, tratou de falar com ela.

Camila estava como plantonista naquele dia. Sabia que o caso de Geisa era o de um aborto induzido, já havia vistos muitos outros de mulheres com o mesmo perfil e via nelas o mesmo olhar de medo e incerteza de quem sabia que estava fazendo algo visto como errado, fora lei. Ao chegar em Geisa foi o mais gentil que pode, pois sabia que não era um momento fácil. Geisa ainda estava muito assustada, ainda tinha medo de morrer ou mesmo de ser presa. Camila tratou de acalmá-la e por fim ela contou com os detalhes que conseguiu, como havia realizado o procedimento. Geisa fez Camila prometer que nada de mal aconteceria a ela e a profissional assentiu que faria o máximo possível.

Algumas horas depois, no plantão seguinte Camila não estava mais lá, mas passou algumas orientações para o plantonista seguinte. Ela era conhecida como a “abortista” por alguns dos profissionais que trabalhavam com ela, por sempre ser aquela que lidava de *maneira diferente* dos demais nessas situações. O médico desse plantão não era tão acessível quanto a médica, na verdade, ao saberdo caso de Geisa, a fez confessar sob ameaça de chamar a polícia. Seu medo havia se concretizado, sentia que não mais morreria, mas que seria presa. “Felizmente”, se assim podemos dizer, não foi o que aconteceu. O que ocorreu com Geisa foi que os remédios necessários para sanar suas dores, por vezes foram negados e seu cuidado negligenciado. Geisa naquele hospital não teve o mesmo destino de sua prima, mas também foi vítima de outra violência dentro devárias. Aquele dia tinha tudo para ser um dia comum...

3.6 OS PERSONAGENS E A NARRATIVA ESCRIVIVENTE

Escrever esses personagens têm como objetivo evidenciar alguns aspectos que tangenciam a temática aqui proposta. Não se trata de desenvolver estereótipos, mas sim de utilizar o artifício do personagem, bem como na narrativa ficcionalizada, para evidenciar certas constâncias no que se refere à vida dessas mulheres. A escrevivência aqui também é experimentada através de poesias. Assim, a escrita literária mostra-se também como uma estratégia política.

Vale ressaltar que o uso da escrevivência como ferramenta metodológica proporciona uma subversão da produção de conhecimento, visto que estabelece a escrita artística como

uma escrita científica, através das vozes de mulheres subalternas, na qual se soma minha própria voz, que não se encontra na mesma posição em que as mulheres em situação de abortamento, mas que também é de uma mulher negra em meio a um ambiente acadêmico hierarquizado e elitizado. Trata-se, portanto, de produzir uma virada epistêmica. Além disso, a escrevivência aqui é empregada como um fio condutor de alguns temas que perpassam a temática abordada, dando um breve vislumbre das discussões a seguir.

4 PROFISSÃO SAÚDE

Em um misto de inocência e vontade
Ela partiu para o combate
Tinha a força de uma tempestade
Mas sabia que não seria fácil
Cuidar dos outros não deveria ser uma coisa boa?
Então por que com o passar do tempo tudo dentro dela era garoa?

Figura 4 - QR Code – Cota não é esmola



4.1 A (SOBRE) VIVÊNCIA NO ESPAÇO ACADÊMICO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Eu não esperava entrar na faculdade logo na primeira tentativa. Como a maioria dos meus colegas do ensino médio, minha pretensão era de trabalhar por pelo menos um ano até juntar uma determinada quantia de dinheiro para, aí sim, arriscar uma bolsa em uma faculdade privada. De início, eu sequer considerava universidade pública como uma alternativa.

A surpresa veio quando me vi aprovada para uma universidade federal e para uma faculdade privada, pela qual optei. As expectativas eram altas: 18 anos, aprovada logo de primeira. O orgulho da família. Aquela que sempre tirou notas altas na escola mais uma vez não decepcionou. Entretanto, essa não é a realidade de muitos outros alunos pobres já que nem chegam ao ensino superior. Zago (2006) aponta que a frágil autoestima dos estudantes de escola pública faz com que esses alunos desistam de entrar na universidade antes mesmo de tentarem o vestibular.

O acesso – ou falta dele - a uma universidade no Brasil reforça uma herança pós-colonial de iniquidades socioeconômicas e raciais no ingresso à universidade. Postos de trabalho socialmente mais valorizados são conservadores de desigualdades e não

democratização. No intuito de subverter essa realidade no Brasil, a Lei das Cotas nº 12.711 teve sua aprovação em agosto de 2012 (BRASIL, 2012a), como política pública de ação afirmativa na educação superior, como resultado de uma década de luta, debates e conflitos. Assim, obrigatoriamente as universidades, institutos e centros federais devem reservar 50% das vagas para estudantes de escola pública, além disso, subreservas específicas para pretos, pardos, indígenas, pessoas com baixa renda e deficientes físicos (GUARNIERI; MELO-SILVA, 2017). Afinal, de acordo com Florestan Fernandes:

[...] as estruturas raciais da sociedade brasileira só poderão ser ameaçadas e destruídas quando ‘a massa de homens de cor’, ou seja, todo elemento negro, puder usar o conflito institucionalmente em condições de igualdade com o branco e sem nenhuma discriminação de qualquer espécie, o que implicaria em participação racial igualitária nas estruturas de poder da comunidade política nacional. (FERNANDES, 1979, p. 72).

Segundo dados do IBGE (2016), 54% da população é negra, e graças às políticas de ações afirmativas, o número de estudantes pretos e pardos na educação superior vem aumentando significativamente. De acordo com o instituto, são 50,3% dos 2,19 milhões de estudantes matriculados. No entanto, cursos de maior prestígio social como, por exemplo, a Medicina, são majoritariamente ocupados por brancos, ricos e de classe média alta (RISTOFF, 2014). Medicina é a graduação com menor inclusão de negros. Segundo o Instituto Quero Bolsa, em 2018 os negros correspondem a 24,6% dos matriculados no curso; no ensino superior como um todo, eles eram 35,7%. Souza e colaboradores (2020), ao analisarem o perfil socioeconômico e racial de estudantes de medicina, concluíram que políticas de inclusão racial subordinadas à econômica parecem ser uma barreira à entrada de não brancos na Faculdade de Medicina, o que contribui para a desigualdade racial.

Ao longo dos quatro anos de graduação, sendo a única estudante negra sem uma única referência na área e minhas capacidades sendo colocadas à prova por todo momento, aquela que era a aluna modelo do ensino médio e a “inteligente” da família estava agora a duvidar de suas competências. Apesar de tímida para determinadas situações, apresentar seminários nunca foi para mim um grande problema. Porém, na faculdade isso se tornou uma tarefa extremamente desgastante. Em todos os momentos, tinha medo de ser questionada e não saber a resposta correta. Foi durante a faculdade, mais especificamente aos 19 anos, que fui diagnosticada com TDAH do subtipo desatento¹¹.

¹¹ O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por início precoce que muitas vezes persiste, com prejuízos importantes, na adolescência e na idade adulta. O subtipo desatento do TDAH é também conhecido como sonhador (*daydreamer*). No CID-10

No início cheguei a acreditar que todas as minhas inquietações se davam em decorrência apenas do TDAH. Ter tido tal diagnóstico me aliviou até certo ponto, pois encontrei nisso um respaldo para atitudes de certos professores e alunos. No entanto, são nas entrelinhas que se escondem os detalhes. Ser portadora do transtorno não me tornava ou me torna menos apta a aprender.

Minhas notas nunca foram ruins em nenhum momento do meu histórico escolar. Já ouvi diversas vezes que “a faculdade nos deixava burros” e que se antes éramos gênios, agora não mais. Eu acreditei nessa fala e me sentia dessa maneira, mas algo ainda não fazia sentido, pois além de precisar atingir a alta média 7 para não reprovar e não perder a bolsa de estudos, minhas notas eram sempre superiores não apenas por medo da reprovação, mas também para provar que eu merecia estar naquele espaço. Espaço esse que, por sua vez, inegavelmente opera com vaidade, com arrogância e com a ideia de pertencimento a uma comunidade de eleitos. Se o ambiente acadêmico gera um efeito de inibição na maioria das pessoas, esse efeito é ainda maior em pessoas já marcadas pelo sentimento de estranhamento ou inadequação social (SANTOS, D., 2017).

Em uma pesquisa realizada por Dyane Santos (2017) sobre o acesso e a permanência de estudantes de origem popular nos cursos de saúde de uma universidade federal, foram encontrados vários casos de estudantes preteridos, humilhados ou rechaçados por seus professores em sala de aula. Em muitos casos, os conflitos não se tornavam públicos por fatores como: a dificuldade em tipificar o crime por conta do “racismo velado” muitas vezes deixando dúvidas na vítima se foi discriminado por ser preto, por ser pobre ou por ambos; a dificuldade em reunir evidências para convencer os julgadores (sendo a maioria professores) e por fim o medo de serem “perseguidos” pelo professor durante sua jornada acadêmica (SANTOS, D., 2017, p. 46). De acordo com o censo de educação de 2016, no Brasil apenas 14,05% dos docentes são pardos, 1,81% são pretos e somente 0,12% são indígenas (INEP, 2016).

Ao analisar como alunos não cotistas percebem a presença de alunos cotistas negros na universidade em cursos da área de saúde, Farias Júnior (2018) apontou que na percepção dos entrevistados, os alunos cotistas, em especial os negros, são privilegiados na forma de ingresso, em sintonia com princípios meritocráticos, ignorando o processo histórico que excluiu e marginalizou os negros no acesso à educação superior (FARIAS JÚNIOR, 2018).

(Código Internacional de Doenças), recebe o nome de Transtorno Hiperkinético F90.0 / F90.1. Para mais informações recomenda-se: Larroca e Domingos (2012).

O autor supracitado também observou que a maioria dos discentes não possuía entre seus melhores amigos cotistas negros, e o principal elemento encontrado referindo-se aos critérios fundamentais para escolha de amigos foram afinidade e empatia. Ele ressalta ainda que esses critérios eram nutridos, principalmente, por pessoas com condições pessoais com condições econômicas e étnicas semelhantes. Geralmente os cotistas negros não estavam entre aqueles cujos laços afetivos seriam mais presentes. Farias Júnior faz uma pergunta da qual estou tentando responder ao longo dessa minha escrita: “Se analisarmos a empatia como o sentimento importante para nos identificarmos com pessoas, como se desenvolverá esse sentimento entre indivíduos que, mesmo cursando o mesmo curso e na mesma universidade, possuem trajetórias sociais bastantes distintas?” (FARIAS JÚNIOR, 2018, p. 336).

Vou um pouco além. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 2008 a população negra representava 67% do público total atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e a branca 47,2%. Grande parte dos atendimentos concentra-se em usuários(as) com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo, distribuições que evidenciam que a população de mais baixa renda e a população negra são, de fato, dependente do SUS (IBGE, 2016). Sendo assim, se a empatia é importante para o estabelecimento de laços ou identificação, como se dará a relação posterior entre profissional de saúde e aqueles que atende, principalmente dentro do Sistema Único de Saúde? Como será o atendimento às mulheres em situação de abortamento?

O sentimento de não pertencimento, principalmente por estar em um ambiente predominantemente branco e de classe média alta, me fez questionar por diversas vezes se aquele era o meu lugar. A invisibilidade social e a falsa incapacidade, acompanhada dos processos de rejeição, foram “verdades” que o racismo instalou em mim e em toda a população negra. O racismo interfere na construção da subjetividade de pessoas negras através de sentimentos de inadequação, inferioridade, baixa autoestima e autocobrança. Adoecemos em decorrência da pressão por frequentemente termos que negociar o nosso lugar dentro das camadas sociais. A constante pressão me fez desenvolver problemas gastrointestinais como esofagite e gastrite, e doenças mentais como ansiedade e depressão.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o país com mais casos de depressão na América Latina, com pouco mais de 11 milhões de pessoas acometidas pela doença. Já a ansiedade afeta cerca de 18,6 milhões de brasileiros (WHO, 2017). Entre os jovens de 10 a 29 anos, o índice de transtornos mentais se torna ainda mais preocupante,

principalmente entre os jovens negros, onde há 45% mais chances de desenvolver depressão que um jovem branco (BRASIL, 2018).

Devo confessar que a decisão de uma segunda graduação não se deu apenas por sentir que a primeira não era suficiente dentro daquilo que esperava encontrar, foi também uma forma de fugir do medo de falhar na carreira a qual havia escolhido. Eu tinha a certeza que não seria bem-sucedida diante dos diversos obstáculos que encontraria: falas em público, concursos, processos seletivos e participação em eventos, mesmo que tivesse me preparado muito para isso. Ou seja, estava antecipando o meu fracasso desistindo *antes mesmo de tentar*.

O que fazia com que eu me subestimasse, considerando-me inferior e despreparada, por mais que sempre tenha sempre sido considerada uma aluna exemplar na adolescência? Evidentemente tudo isso foi o efeito de um extenso processo, que começou muito antes da academia. A história da população negra no Brasil é atravessada por processos socioeconômicos e culturais desfavoráveis culminando na discriminação das diferenças, interferindo nos modos de nascer, viver e adoecer dessa população (SANTOS; LANARI, 2020).

O racismo, sendo um pilar estrutural da nossa sociedade, opera a partir de uma lógica que exclui incluindo e inclui excluindo. Dessa forma, ao mesmo tempo em que supõe-se ter acesso ao ensino superior, essa estrutura não reconhece, integra ou toma de fato medidas acerca da diversidade racial e torna a reproduzir desigualdades que impulsionam o adoecimento psíquico da população negra presente nesses espaços. Para Leonardo Ribeiro¹²,

O racismo acarreta, então, na naturalização da desvalorização da vida do preto, afetando a autoestima e impedindo o desenvolvimento de sentimentos positivos sobre si. Construir uma autoestima estável se torna desafiador quando a cultura envolta de um sujeito atribui sentidos negativos a negritude. (MALIA, 2020, online).

Infelizmente, ainda hoje não me sinto segura o suficiente para exercer a profissão de nutricionista e, em algum grau, de cientista social. Descrita pela primeira vez em 1978, pelas psicólogas norte-americanas Pauline Clance e Suzanne Imes, a Síndrome do Impostor é um fenômeno psicológico no qual a pessoa é insegura em relação às suas próprias competências, uma vez que tendem a atribuir seu sucesso à sorte ou outros fatores que não suas habilidades. Pessoas com sentimentos impostores compensam sua percepção

¹² Em entrevista concedida ao Jornal A Tarde, Salvador/BA.

de falta de competência através do excesso de trabalho ou procrastinação, altos padrões de êxito e não delegação de tarefas (CLANCE; IMES, 1978).

Em uma breve visita ao passado recente, já na pós-graduação pude perceber que os padrões se repetiam. Já em uma das minhas primeiras aulas, ao contar sobre minha trajetória e minha negritude, fui silenciada por um colega. Ele possuía um tom de voz imponente e ao mesmo tempo falava com um ar de graça, me interrompendo para dizer que “não era assim que as coisas funcionavam”. ELE, o homem branco, dos olhos claros, CIS, hetero, morador de um bairro nobre da cidade, sabia como a vida do negro e do pobre funcionava porque ele, junto com sua instituição de caridade, subia o morro há anos...Essa não foi a única vez que me vi atravessada pelo colega e suas inconsistências durante as aulas, e fora delas.

Refletindo sobre esse episódio bem como os posteriores, me perguntei por diversas vezes o porquê desse colega se sentir tão confortável em se impor e expor suas ideias, ainda que não tivesse propriedade alguma sobre determinados assuntos, mas a resposta era bem simples: “AQUELE ERA O SEU ESPAÇO”. E era, pois aquela estrutura foi elaborada para ele por pessoas como ele. Abdias Nascimento (2016) coloca que desde os primeiros tempos da vida nacional até aos dias de hoje, o privilégio de decidir tem ficado unicamente nas mãos dos propagadores e beneficiários do mito da “democracia racial”. O autor argumenta que “os brancos controlam os meios de disseminar as informações; o aparelho educacional; eles formulam os conceitos, as armas e os valores do país” (NASCIMENTO, 2016, p. 40). Nesse sentido, é esse grupo gestor que possui os meios ideais para escrever a história do país e sustentar seu *status quo*.

Ora, o espaço acadêmico não está nem nunca esteve preparado para nós, pessoas negras. Na pós-graduação passei em primeiro lugar na minha área de concentração, mas nunca tive um terço da “coragem” de me colocar como meu colega, ou mesmo de me sentir totalmente confortável. Assim funciona a ideologia da branquitude da qual o colega se beneficia, ela valoriza atos mínimos de pessoas brancas, ao mesmo tempo em que nos oprime em nossas próprias conquistas.

Não é sobre meritocracia, é sobre o privilégio de ter a seu favor uma lógica supremacista que se confunde com as instituições capitalistas. Logo, podemos entender que a branquitude é o reflexo das estruturas de poder remanescentes da colonização e do imperialismo, uma rede na qual os sujeitos brancos estão consciente ou inconscientemente exercendo tal poder em seu cotidiano através de pequenos procedimentos, técnicas, fenômenos e mecanismos que constituem efeitos específicos e locais de desigualdades

raciais (SCHUCMAN, 2012). Tratando de sua relação com gênero e classe, pensar a branquitude nos dá ferramentas epistemológicas para a compreensão da naturalização dos padrões de beleza europeus, bem como na hipervalorização das culturas reconhecidas como mais eruditas e complexas (SOARES; MACHADO, 2017).

A estrutura social na qual estamos inseridos reproduz a todo momento a ideologia da branquitude, está impregnada em todos nós. Nesse sentido, ela não pode ser usada apenas como um “coletivo de brancos”, pois é maior que isso, ela é a ideologia dominante, impressa pela história criminosa da colonização. Se essa é a ideologia “norteadora” da nossa sociedade, como resolver? bell hooks (2019) nos dá uma sugestão: amar a negritude como resistência política, ainda que o amor à negritude seja “perigoso em uma cultura supremacista branca- tão ameaçador, uma brecha tão grave no tecido da ordem social, que a punição é a morte” (HOOKS, 2019, p. 34). E essa morte não sendo essa morte apenas literal, mas que amemos a negritude e o vejamos como um caminho.

4.2 MAIS UM PASSO FRENTE À LUTA: A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA (PNAISPN)

Resultado de uma série de demandas e muita luta do movimento negro em busca de melhores condições de saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNAISPN) visa a promoção da equidade em saúde, sendo orientada pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, sendo instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). De maneira geral, a PNAISPN emerge com o intuito de amenizar os efeitos da discriminação sofrida pela população negra ao longo da história brasileira, que se reflete ainda hoje na saúde, havendo assim o reconhecimento 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” (BRASIL, 2009, online).

A PNAISPN também tem como componente a produção do conhecimento científico, organizando saberes antigos e novos, para que possam responder dúvidas e substanciar a tomada de decisões no campo da saúde da população negra; a capacitação dos profissionais de saúde, promovendo a mudança de comportamento através da formação e treinamento adequados para lidar com a diversidade da sociedade brasileira; a informação da população por meio da disseminação de informação e conhecimento sobre potencialidades e suscetibilidades em termos de saúde; e a atenção à saúde, com a

inclusão de práticas de promoção e educação em saúde da população negra nas rotinas assistenciais e facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2017).

Em suma, trata-se de uma política pública de saúde que se empenha no luta contra o racismo, sendo extremamente necessária nesse quesito. Ainda que a PNAISPN tenha sido implementada pouco tempo depois da minha entrada na faculdade de Nutrição (cerca de dois anos), a política nunca foi abordada na graduação. Há doenças genéticas ou hereditárias mais comuns da população negra como a anemia falciforme, diabetes mellitus (tipo II), hipertensão arterial, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (BRASIL, 2017), todas abordadas durante a graduação, sem a menção de que são mais comuns nessa população.

De fato, só fui saber da PNAISPN durante uma visita ao site do UNA-SUS¹³, quando já formada procurava alguns cursos de atualização. Depois disso, tive contato com a política outras três vezes, durante a graduação em Ciências Sociais, em uma disciplina do curso de saúde coletiva, mesmo assim só sendo abordada por interesse dos alunos em uma avaliação final de disciplina; a segunda na pós-graduação, igualmente como parte de uma avaliação afinal e, por último, também em uma disciplina na pós-graduação com o diferencial da política ter sido abordada como parte da ementa da disciplina.

Ao investigar o conhecimento da população negra acerca da PNAISPN, Chehuen Neto e colaboradores (2014) concluíram que cerca de 90% dos entrevistados relataram desconhecer a existência de uma política de saúde para a população negra (CHEHUEN NETO, 2014). Podemos observar que o desconhecimento sobre a política atinge seus principais alvos: os profissionais e os usuários do sistema de saúde.

A política se faz necessária não somente quando o profissional de saúde já está apto a exercer sua profissão, mas também durante a sua formação. O que pude observar durante esse tempo na academia (tanto na saúde quanto nas ciências sociais) é que disciplinas que abordam a questão a questão de raça/classe/gênero são geralmente as optativas, e em sua maioria os estudantes que as procuram são os estudantes minoritários. Há a possibilidade de trazer esses assuntos à tona em disciplinas obrigatórias, no entanto

¹³ Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) lançou, em outubro de 2014, o curso Saúde da População Negra. A produção é da SE/UNA-SUS, com a colaboração dos Departamentos de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP/SGEP) e de Gestão da Educação em Saúde (DEGES/SGTES). O curso utiliza a modalidade de ensino a distância e é voltado para um público amplo: profissionais de saúde atuantes da Atenção Básica - especialmente os participantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Mais Médicos -, além de profissionais com graduação superior de quaisquer áreas do conhecimento que atuem no SUS (UNA-SUS, 2015).

isso só será feito a partir de um esforço coletivo e de um real interesse em quebrar com as barreiras opressivas.

Trabalhar a temática racial nas disciplinas optativas me empoderaram enquanto mulher negra -sobretudo na pós, a disciplina de expressões do racismo e saúde-, mas eram poucos -ou nenhum- os brancos presentes nesses espaços de debate e reflexão. Temos poucos alunos nos cursos de saúde e menos ainda professores que podem contribuir para a aproximação da temática dentro das disciplinas obrigatórias. Não se trata de impor estudos raciais, mas de estourar a bolha do privilégio. Afinal, estamos nos formando para lidar com vidas, vidas essas que são a maior parte da população brasileira. Trata-se de lembrar para não esquecer e é assim que se supera, discutindo e não fingindo que o racismo não existe ou que a área da saúde não contribuiu para tal. Cabe também ressaltar que:

No Brasil a contribuição da cultura africana permeia todos os setores da vida social. No campo da “arte de curar” há evidências de que tais aportes são inúmeros. Porém no campo das mezinhas (remédios) contribuições dos saberes africanos e indígenas formam um emaranha de grande complexidade que é preciso deslindar para podermos dizer com exatidão qual é o aporte de cada um. Mas o fato é que a desvalorização do saber popular médico de origem africana invisibiliza a enorme contribuição na área. (OLIVEIRA, F., 2003, p. 199).

A PNAISPN é uma expressão ao amor a negritude, pois ela nasce de uma luta coletiva e representa uma atitude audaciosa para romper com pressupostos de uma sociedade racista.

5 O DESEJO OU NÃO DE GESTAR E O ABORTO PRÁTICA DE MORTE DE MULHERES NEGRAS

Figura 5 - QR Code – De dentro de cada um



5.1 O FEMININO, O MATERNO E O RELIGIOSO

Desde os primórdios da civilização, há na sociedade a imagem do feminino (EMÍDIO, 2011). Estudos arqueológicos mostram que no período paleolítico e neolítico os seres humanos conviviam em grupo de parceria entre mulheres e homens, onde as mulheres eram veneradas em antigas sociedades agrícolas, por conta de sua potênciageradora de vidas (ANDRIOLI; ANGELIN, 2012). Em determinados períodos históricos, as mulheres eram definidas como agentes reprodutivas, já em outros, como educadoras das crianças, como executoras da moralidade, e novamente como subversoras da razão. Por vezes, as mesmas são equiparadas à natureza; em outros tempos, identificadas com a cultura (SCOTT, 2012).

Meyer (2005), inspirada em Marilyn Yalom (1997), aponta que há uma crescente “politização do feminino e da maternidade” (MEYER, 2005, p. 81), posicionando a mulher, enquanto mãe, na centralidade das “políticas de gestão da vida” dentro das sociedades modernas ocidentais. Elizabeth Badinter (1985) discorre que foi a partir do século XVIII que o amor materno passou a ser admitido como algo característico de toda mulher em relação a seus filhos, e que o instinto materno passa a ser considerado natural e santificado. Badinter coloca ainda que o século XX, vem a ser chamado de o século da criança pela literatura médica, fazendo com que maternidade sofra um investimento por parte do Estado e da sociedade, onde a associação do discurso religioso e científico irão produzir a premissa do amor materno incondicional, admitindo uma suposta predisposição

das mulheres à maternidade, tanto no campo biológico quanto no sentimental.

A associação da mulher completa à imagem da mãe protetora foi elaborada por múltiplos discursos, no entanto o mais antigo deles foi o religioso. Originário da civilização cristã, a Bíblia, em seu primeiro livro, Gênesis, discorre acerca da criação do mundo e formula a representação da mulher, bem como seu papel no quadro social. A explicação para a sua criação se dá no segundo capítulo, versículo 2: “[...] E disse o SENHOR Deus: Não é bom que o homem esteja só; far-lhe-ei uma adjutora que esteja como diante dele [...]” (BÍBLIA SAGRADA, 2009, p. 4).

Dessa forma a mulher, Eva, foi criada a partir da costela de Adão, a partir do pedaço do homem, estabelecendo assim seu primeiro papel na sociedade: a de companhia, sendo esta tanto submissa, quanto coadjuvante.

Maria, a mãe virgem e pura, é uma figura religiosa fundamental para entender como se deu a construção histórico-social da maternidade. Considerada a mãe por excelência, é através dela que se constroem os ideais de maternidade e feminilidade na cultura ocidental consolidada pelo cristianismo (VÁSQUEZ, 2014).

No Brasil, a Igreja Católica sempre exerceu forte influência, ditando regras sociais, morais e de comportamento religioso. Cresci em uma família católica e passei toda minha infância em uma escola igualmente católica. Além da tradicional oração “Ave Maria”, era comum durante a missa cantar a seguinte canção:

Uma entre todas foi a escolhida
Fostes tu Maria, a serva preferida
Mãe do meu senhor
Mãe do meu salvador
Maria, cheia de Graça e consolo
Venha caminhar com seu povo
Nossa mãe e sempre será
Roga pelos pecadores desta terra
Roga por teu povo que em deus espera
Mãe do meu senhor
Mãe do meu salvador¹⁴

Assim como na oração, a música enfatiza as maiores características de Maria: mãe do filho de Deus, serva e protetora. Ela é mantida como um ideal materno, artificial e inalcançável, pois mantém-se casta mesmo após o parto, sendo essa a condição que a livrou do “pecado original” que permeia sobre as mães e a maternidade, desde a “queda” de Eva. Apenas o parto de Maria foi sem dor, todos os demais têm que sofrer a maldição de

¹⁴ A música pode ser encontrada em: <https://www.letras.mus.br/catolicas/1109361/>

Deus (VÁSQUEZ, 2014). Maria é também mãe de toda a humanidade, em tempo integral, e a mulher-mãe, a seu exemplo, deve ter como prioridade seus filhos. Nesse sentido, Maria é também uma verdade teológica desenvolvida por homens celibatários de uma igreja (VASQUEZ, 2014, p. 169).

O adestramento dos corpos através da pressão da Igreja tinha como foco principal a sexualidade feminina que, ao ultrapassar o permitido, colocaria em risco o equilíbrio da família e do grupo social. Efeitos cumulativos da religião cristã criaram incontáveis tabus sobre o corpo e a sexualidade feminina. A imposição de um deus masculino, onipresente, onisciente e onipotente que, para realização de seus planos, escolhe uma mulher para gerar o “bendito fruto” e a convence de que a maior honra da sua vida é carregar o seu filho, é uma narrativa cheia de signos, incluindo a possibilidade de redenção ou diminuição da “culpa” da mulher, pela luxúria do ato sexual, através da maternidade (VÁSQUEZ, 2014; GONZAGA; MAYORGA, 2019).

Uma pesquisa do Datafolha, publicada pelo jornal “Folha de São Paulo” em 13 de janeiro de 2020, apontou que 80% da população brasileira é cristã. Desse total, 50% eram católicos e 31% eram evangélicos. A pesquisa também apontou que mulheres representavam 58% dos evangélicos e são 51% entre os católicos. Pretos e partos eram 59% e 55% dos fiéis, respectivamente. Umbanda, candomblé ou outras religiões afrobrasileiras eram cerca de 2% (BALLOUSSIER, 2020). Desses dados podemos perceber a força que a igreja cristã possui no Brasil, e destaco aqui o grande número de mulheres. Porém quando se trata de hierarquia, são as figuras masculinas que possuem mais poder também nesses espaços.

Nesse sentido, ao deslocarmos o olhar para esses 2% das religiões afrobrasileiras, temos um novo horizonte de tradições e significados. No Brasil, sendo o candomblé uma religião afrobrasileira, traz a oportunidade de que seus membros tornem-se parte de uma comunidade familiar e espiritual, de maneira que essa organização social possibilita a estes sujeitos segurança e estabilidade, reiteradamente negadas no sistema moderno colonial (VERGER, 1999 apud SOUZA; ARAÚJO, 2018).

Para Carneiro e Cury (2008), o candomblé concede figuras místicas femininas que nos permite refletir questões de extremo valor para as mulheres, como moralidade, sexualidade e maternidade, a partir de representações diferentes do modelo hegemônico da nossa cultura ocidental, cristã, eurocêntrica e patriarcal. Cada orixá simboliza uma força ou um elemento da natureza, possuindo uma função na divisão sexual do trabalho associadas às características emocionais de temperamento (CARNEIRO; CURY, 2008). “Numa cultura onde as pontes entre vida e símbolo, entre ato e significado fazem do encontro,

nascimento, vida e morte... ciclos, ritos e ritmos da vida, não há pecado original, castigo, condenação a dor.” (CARNEIRO, F., 2006, p. 32).

O papel central exercido pelas mulheres pretas nos candomblés no Brasil é uma das evidências mais importantes sobre a distinta matriz civilizatória e forma de organização social adotada pelas comunidades afrodescendentes no Brasil, frente ao patriarcado no Brasil. Segundo a tradição, tendo as mulheres o poder da fecundação, são portadoras de muito de axé - a força que é tátil e sonora movida pela palavra, pelo toque, pelo face a face. “Axé é a força de conhecimento, é encontro, é promoção da saúde” (CARNEIRO, F., 2006, p. 32).

Por conta do sincretismo religioso, as figuras dos orixás foram mescladas aos santos católicos. Assim, Oxum, divindade originária de uma região específica da Nigéria, África, onde impera um rio de mesmo nome, será a Virgem Maria dos católicos ou no Nossa Senhora da Conceição. Ainda que haja essa associação com a maior representante do sagrado feminino do cristianismo ocidental, Oxum guarda uma característica mais “degradada” e dessacralizada do feminino (ROSÁRIO, 2008).

Se existe uma diferença do sagrado feminino, porque Oxum é associada à Maria? Na voz de Serena Assumpção que temos o vislumbre de uma resposta:

A sua Luz é reluz os seus encantos
A sua luz reluz o seu axé
A sua luz que vem da cachoeira
Das santas águas doces
De mamãe Oxum¹⁵

A resposta vem das águas. Oxum é a orixá que habita as águas doces, condição essencial para a fertilidade da terra, bem como para a produção de seus frutos, e daí origina-se sua profunda ligação com a gestação. Quando se tem o desejo de engravidar, é a Oxum que se pede filhos, e é perante sua proteção que eles se desenvolvem no útero das mulheres (CARNEIRO; CURY, 2008).

Assim como as águas quando calmas, Oxum é se mostra meiga e dócil, sensual e misteriosa, esperta e traiçoeira. Em um jogo de búzios, um dia me disseram: “Todos pensam que Oxum é só boazinha, mas esquecem que ela também é feiticeira”. Se a cultura ocidental submete a mulher a um estereótipo feminino de docilidade e submissão, a figura

¹⁵ <https://www.lettras.mus.br/xenia-franca/>

de Oxum, a mais bela das iyabá,¹⁶ nos mostra que sensualidade e perspicácia são características das quais as mulheres podem utilizar.

Violar essa moralidade não é permitida a mulheres ocidentais sem que sofram penalidades: “Ou ela é puta ou é santa, Virgem Maria ou Maria Madalena” (CARNEIRO; CURY, 2008, p. 128). Maria Madalena só encontra o perdão quando renuncia sua sexualidade. Oxum, não. Ela é bela, meiga, esperta e sensual ao mesmo tempo. Se a sociedade patriarcal reduz a sexualidade feminina apenas à procriação, as deusas africanas são mães e também amantes (OLIVEIRA; QUEIROZ, 2019).

Uma vez durante um seminário sobre escrituragem, ouvi a história:

Obatalá reuniu todos os “Oborós”, as divindades masculinas e com estes deuses ele fez uma sociedade de Orisás. Osun ficou muito ofendida e foi até eles e perguntou: “Eu também sou Orisá, porque me excluem?” Todos os Oborós riram e disseram: “Desde quando precisamos de mulheres? Não está a nossa altura” Osun então entendeu que não precisavam dela, e retirou o seu Asé do mundo. Não havia mais fertilidade, as mulheres não engravidavam, a água não matava mais a sede e a natureza secou. Os Oborós foram reclamar a Olodumaré, queriam que ele obrigasse Osun a dar seu Asé novamente, Mas Olodumaré disse: “Vocês disseram a Osun que ela não é importante e agora sofrem sem ela. Devem desfazer esse erro” Todos os homens foram as margens de Rio Osun e levaram oferendas a Ayabá que logo surgiu das águas e perguntou: “Por que estão chamando meu nome se eu claramente não estou à altura de vocês?” Osun fez com que os homens implorassem por seu retorno, e então ela aceitou voltar, mas com a condição que ela e as Ayabás também tivessem voz ativa entre os Orisás. E assim foi, a terra voltou a prosperar e Osun foi chamada Iyalodê, a mulher honrada. Osun Ominibú é a Osun líder, a grande senhora que quando fala todos se abaixam.

Ore Yeye

(*Itan*, Tradição oral Yorubá)

O *itan* acima pode ser lido como outra interpretação da capacidade reprodutiva e da função da maternidade na vida das mulheres. Ao ser excluída de um importante espaço de decisão por ser mulher, Oxum retira seu axé do mundo. Tudo que é regido por sua força não prospera. Oxum não aceita ser diminuída ou excluída. Assim, ela seca os rios, as plantações e os ventres. É necessário reconhecer seu poder para que a fertilidade retorne. Podemos perceber que se em nossa sociedade falamos de maternidade compulsória ou impedida, Oxum nos mostra que gestar ou não é uma decisão que cabe -ou deveria caber- somente as mulheres. Quando retira seu axé do mundo, ela demonstra que existe para si mesma, ela é dona do seu corpo e de suas capacidades e declama a todos que a maternidade é potencialidade, não uma obrigação.

¹⁶ Orixá feminino

Velegi (2017) nos oferece uma segunda interpretação desse *itan*, para além da lição de igualdade de gênero. Para ela, a reunião dos orixás em exclusão das iyabás, soou como o contrato social de Hobbes, Locke e Rousseau, que chamou apenas para reunião os colonizadores e deixou de fora das decisões os outros grupos étnicos formadores do Brasil. Assim, Oxum parece como toda uma população negra, indígena e feminina que sempre esteve à margem das decisões constitucionais, nas decisões políticas públicas e também nas decisões de poder.

Como já havia dito, sou de uma família católica criada dentro da igreja e passei por todos os principais ritos. Ao escrever sobre Maria, tentei recordar de mais histórias sobre ela que não envolvessem seu papel enquanto mãe. Infelizmente não me veio nada. Na história de Maria, ela jamais foi protagonista, foi um meio para um fim. A história de Maria não é sobre ela, mas sim sobre o “vosso ventre”. Há diversos mitos sobre Oxum, mas cabe aqui também colocar que a transmissão desses mitos vem de uma tradição oral, que naturalmente foi afetada pelo sistema colonial, em que palavras e sentidos se perderam, uma vez que na diáspora, os africanos e seus descendentes tiveram o suporte linguístico e cultural encontrado na Nigéria, principal território de origem do culto aos orixás (SÀLÁMÌ, 1990 apud OLIVEIRA; QUEIROZ, 2019).

Isso posto, é possível perceber que a feminilidade e a materna não possuem uma visão única e universal. Ambas podem ser abordadas de diferentes maneiras no âmbito da religião. A visão colonial impõe a uma construção de mulher voltada a maternidade, sendo essa sua maior aspiração.

5.2 A MATERNIDADE NEGRA E O ABORTO: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Partindo de um resgate histórico, não é difícil perceber que a universalização da categoria mulher/mulher-mãe não é verdadeira. Por trás dessa generalização, existe toda uma construção social desigual da maternidade entre mulheres brancas e não brancas. Durante o período colonial, a abnegação e submissão feminina esperada para mulheres brancas não cabia nas mulheres indígenas e negras, já que essas eram associadas ao pecado, a impureza, bestialidade e demonização. Tal encargo legitimou que o modelo colonial e cristão se apoiasse na violação sistemática desses corpos (GONZAGA; MAYORGA, 2019).

Valendo-se desse discurso, o estupro colonial tornou-se de praxe, e a negação ou

imposição da maternidade passou a ser um instrumento comum no controle da sexualidade e da capacidade reprodutiva dessas mulheres. Mulheres negras escravizadas que vinham a engravidar eram obrigadas a manter a regularidade do trabalho e seus filhos, frutos das gestações, eram considerados propriedades do senhor. Para Giacomini (1998), “a apropriação do conjunto das potencialidades dos escravos pelos senhores compreende, no caso da escrava, a exploração sexual de seu corpo, que lhe pertence pela lógica da escravidão” (GIACOMINI, 1988, p. 65). A mulher escravizada era tida essencialmente pelo seu papel de trabalhadora e não de mãe e esposa, como preconizava o ideal de feminilidade do século XIX.

Dessa forma, a maternidade era negada às mulheres negras, pois não eram vistas como mulheres. Consequentemente, não poderiam ser mães de seus filhos. Sendo propriedade e mercadoria, seus corpos e todos os seus recursos eram tomados pelo senhor. Eram impossibilitadas de decidir sobre o uso do seu leite materno produzidos na gestação, e obrigadas a cuidar e nutrir o filho branco do senhor, afastando-se de seus próprios filhos, que frequentemente eram mortos ou vendidos com poucos meses de vida (BOCCHI, 2020).

Por esses fatores, Mott (1989) aborda que o aborto e o infanticídio eram recursos recorrentes aos quais mulheres negras escravizadas se apoiavam como estratégia de resistência ao uso de seus corpos em benefício dos senhores, e também como forma de proteção aos sofrimentos de se levar a termo uma gravidez. Mas os abortos não eram apenas induzidos, eram também espontâneos devido ao estado de precarização do modo “vida” dessas mulheres (MOTT, 1989). Dado o contexto, não faltavam motivos para que essas mulheres realizassem abortos e infanticídios e, ampliando essa perspectiva, o caráter heroico dessas motivações é muito difícil de contestar.

A ideia de soberania trazida por Mbembe (2018) nos permite elucidar a questão do aborto enquanto forma de resistência. Na circunstância no período colonial, e no qual ainda estamos, o soberano é aquele capaz de agir, ou seja, tem o poder de definir quem importa. A soberania, nas palavras de Mbembe, “definitivamente demanda o risco de morte” (MBEMBE, 2018, p.15) e baseia-se na ideia na crença de que o sujeito “é o principal autor controlador do seu próprio significado” (MBEMBE, 2018, p. 10) definida por um duplo processo de autoinstituição e autolimitação, isto é, “colocando em si os próprios limites para si mesmo” (MBEMBE, 2018, p. 10), sendo assim a soberania a violação das proibições. O filósofo também compreende a escravidão como uma das primeiras manifestações da experimentação biopolítica, forma essa de subjugar a vida ao poder da

morte. Logo, pode-se estabelecer que as mulheres negras agiram com soberania, uma vez que a decisão pelo aborto exige autoinstituição e autolimitação. Nesse sentido, esses abortos são por si só contraditórios, já que demandam, em um ambiente repleto de privações, o duplo processo da soberania dado por Mbembe. Podemos ver já nesse período que a questão do aborto não é apenas de gênero, mas também racial.

Como sabemos, os abortos podem ser provocados ou espontâneos, e no contexto colonial não é difícil entender o porquê de sua prática. No entanto, é importante também pensarmos: Tratando-se de uma África pré-colonial, induzir o aborto seria necessário? Pensemos essa questão a partir da ideia de unidade cultural¹⁷ africana desenvolvida por Cheikh Anta Diop (2014). Nela, o autor nos apresenta o papel e o valor da mulher africana em sociedades predominantemente matriarcais. Os valores permanecem, dizem Vitória e Maciel (2020), mas ser mulher (sendo mãe e escravizada) no ocidente tem significação diferente; se antes era divino, agora é mais uma violência sofrida em diáspora. Dessa forma, o modo de vida materno centrado já não era mais possível para as famílias negras.

A cultura africana é pela vida e tem na manutenção dessa um importante princípio, entende-se a morte como parte de um ciclo. Na filosofia e tradição dos terreiros não existem ideias como pecado ou salvação que se baseiam em uma verdade única. Assim, o infanticídio não tem o mesmo significado de luto ou fim da vida, como entende o ocidente. Isso não anula o fato do contexto de ser obrigada a abortar não seja ruim, mas que a ação pode ser vista por outro ângulo por algumas mulheres (CARNEIRO, F., 2006; VITÓRIA; MACIEL, 2020). Sobre o abortamento nessa tradição, Sônia Nascimento (1995 apud CARNEIRO, F., 2006, p. 33) diz:

A interdição do aborto é uma realidade. É uma coisa extremamente complexa, tendo em vista que um ato dessa ordem atua contra a natureza. Mas há também uma concepção de que o ser humano tem forças positivas e negativas e que deve decidir de forma livre. Há também no candomblé ervas, chás e medicamentos para a prática abortamento. As filhas-de-santo recorrem a esses métodos para realizarem o aborto. Não existe proibição expressa, mas para as filhas de Oxum, a prática poderia ser considerada uma anomalia. Elas têm realmente a possibilidade de fazê-lo, porém mediante uma reparação ao orixá de acordo com o que quiser.

O candomblé também nos diz:

¹⁷ Caracteriza-se na ideia de que existe uma mesma base para todas as culturas africanas. Essa generalidade se dá pela análise da família e filiação matrilineares, pela criação do Estado Território (em oposição à Cidade-Estado ariano) pela emancipação da mulher na vida doméstica, por uma espécie de coletivismo social, chegando até à despreocupação em relação ao futuro. Trata-se também de uma solidariedade material de direito para cada indivíduo (o que faz com que a miséria material ou moral seja desconhecida).

Sucessivos abortos numa mesma mulher, partos seguidos da morte da criança recém-nascida, morte de crianças ou jovens, repentinas e associadas a estágios significativos de vida, tais como mudanças nas fases de crescimento, aniversários, casamento ou nascimento do primeiro filho, são identificados como acontecimentos ligados aos Àbíkú. (MANUELA, 2008, online).

Literalmente, Àbíkú significa nascido para morrer, nascido para uma morte prematura. É socialmente aceito a existência de um grupo de crianças no orun (“céu”) que farão um cedo retorno. Pensando no papel fundamental das africanas na estruturação do candomblé, pode-se refletir que por meio da fé, os abortos e infanticídios estavam relacionados ao Àbíkú e consistia como um estágio (VITÓRIA; MACIEL 2020). Em análise ao discurso da Obianuju Ekeocha (2016), na ONU, Vitória e Maciel (2020), entendem que o ato do abortamento até o momento dos sequestros e invasões de alguns dos territórios e das culturas africanas era algo desconhecido, quando Ekeocha coloca que não há tradução para aborto na língua do povo Igbo.

E assim as mulheres negras escravizadas foram “incluídas” à dinâmica familiar branca colono-patriarcal, na figura da mãe-preta, aquela que cuida da família. Para Roncador (2008), o mito da mãe preta é construído a partir de uma maternidade idealizada simbolizada pela “fidelidade incondicional e servilismo absoluto à classe senhorial”, ou seja, uma mulher que mesmo separada de seu filho, serve com amor e ternura o filho do senhor. Segundo Fabiana Silva (2018) estereótipo da mãe preta brasileira é análogo à figura da *mammy* estadunidense, podendo ser descrita como “aquela que ama os filhos dos brancos mais do que os próprios filhos” (SILVA, F., 2018, p. 246).

Aborto no mito da democracia racial, Gilberto Freyre (2013), em sua famosa obra “Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal” discorre que:

Todo brasileiro, mesmo o alvo, de cabelo louro, traz na alma, quando não na alma e no corpo, [...] a sombra, ou pelo menos a pinta, do indígena e do negro. [...] A influência direta, ou vaga e remota, do africano. [...] em tudo o que é expressão sincera de vida, trazemos quase todos a marca da influência negra. Da escrava ou sinhama que nos embalou. Que nos deu de mamar. Que nos deu de comer, ela própria amolengando na mão o bolão de comida. Da negra velha que nos contou as primeiras histórias de bicho e de mal-assombrado. (FREYRE, 2013, p. 367).

Perdi as contas de quantas vezes precisei ler o livro acima citado para as disciplinas da graduação em ciências sociais (não somente). Me recordo que discutindo justamente sobre essa passagem, houve uma “calorosa” discussão entre dois alunos. O primeiro era um homem branco na casa dos 50 anos e a segunda era uma mulher negra com seus 20 e

tantos. Dadas as características, você já pode imaginar o porquê da discussão, certo? Pois bem, o primeiro aluno achou pertinente ressaltar quão “afetuosa” era essa passagem. A segunda então o questionou se realmente acreditava nisso, e a resposta foi positiva. Ela o rebateu e apontou enfaticamente para uma romantização do texto em questão. Devo acrescentar também que ele estava aparentemente muito calmo. Por fim, a segunda saiu da sala de aula visivelmente abalada.

Prontamente me identifiquei com a indignação da colega. Afinal, a realidade da mãe preta ainda estava muito latente também na minha família. Minha bisavó cuidou (leia-se criou) dos filhos de uma família rica no Rio de Janeiro, cargo herdado por minha avó e tia-avó posteriormente na mesma família, agora com os filhos daqueles antes cuidados por minha bisavó. É ainda mais triste pensar sobre isso quando uma das poucas “memórias” que tenho da minha bisavó e avó materna tenha vindo justamente daqueles que elas ajudaram a criar, e obviamente não estou falando da minha mãe ou dos meus tios. Eles também quase não tiveram essa memória, pois o frequente convívio também os foi negado. Ouvi essas “memórias” porque minha mãe ainda tinha alguns vínculos com essa família e após a morte da última que ainda prestava serviços a eles- minha tia avó- passaram a nos doar algumas coisas no final do ano. Não nego que quando criança achava o máximo sair de Petrópolis e passear pelo Leblon e de quebra “ganhar presentes” a ponto de chamar umas dessas pessoas de “Vó”, até o momento de ter idade o suficiente para me chamarem, junto com minha mãe, para trabalhar na cozinha durante a ceia de natal.

Para Freyre (2013), a mãe preta teve um importante papel na mestiçagem brasileira, sendo uma ponte para a assimilação branca da cultura negra, fazendo com que aos poucos o Brasil se tornasse mais mestiço que negro. Seria a mãe preta, com seu amor incondicional à branquitude, uma importante peça para o embranquecimento da nação.

Lélia Gonzales (1984) salienta a importância da mãe preta para a formação sociocultural brasileira na figura da mucama, da “bá” e da ama de leite:

O que a gente quer dizer é que ela não é esse exemplo extraordinário de amor e dedicação totais como querem os brancos e nem tampouco essa entreguista, essa traidora da raça como querem alguns negros muito apressados em seu julgamento. Ela, simplesmente, é a mãe. É isso mesmo, é a mãe. Porque a branca, na verdade, é a outra. Se assim não é, a gente pergunta: que é que amamenta, que dá banho, que limpa cocô, que põe pra dormir, que acorda de noite pra cuidar, que ensina a falar, que conta história e por aí afora? É a mãe, não é? Pois então. Ela é a mãe nesse barato doido da cultura brasileira. (GONZALES, 1984, p. 235).

Mesmo que a maternidade seja imposta a mulheres brancas e negras, há a

hieraquização desses corpos a partir do pensamento eurocentrado colonial e isso irá definir posições diferentes a ambas. Para as mulheres negras, o papel da mãe preta era o único que gerava algum respeito e reconhecimento (GONZALES, 1984).

A escravizada doméstica foi determinada à negação da maternidade, e como consequência a mortandade de seus filhos pretos, para que essas pudessem olhar pelas crianças brancas. Essas relações foram se fragilizando e se desfazendo à medida que o racismo científico e teorias eugênicas começavam a se fortalecer (SANTOS, T., 2017; RONCADOR, 2008).

Para as mulheres negras, a abolição da escravatura significou mais que a continuidade ou inserção no trabalho doméstico nas casas dos brancos, mas também o ingresso num mercado de trabalho informal remunerado. Coube a elas a responsabilidade de assumirem sozinhas, e algumas vezes compartilhar, a sustentação material do grupo familiar, experiência que as mulheres brancas só viriam a experimentar muito mais tarde. Isso porque os homens negros haviam sido excluídos do mercado de trabalho livre, já que esses postos estavam reservados aos imigrantes europeus, tendo assim possibilidades muito limitadas de se consolidarem como provedores, nos padrões de gênero masculino definidos pela família burguesa, mesmo porque a constituição de famílias de africanos e afrodescendentes foi de muita luta e muita resistência.

Transportando para os dias atuais, podemos fazer uma analogia entre a figuradessas mães e a fragilidade de suas relações de trabalho com as babás dos grandes centros brasileiros, em sua maioria mulheres negras que precisam deixar seus filhos aos cuidados de uma rede familiar ou coletiva para cuidar dos filhos das classes mais abastadas¹⁸ do país.

Hill Collins (2012) afirma que uma das maneiras de vivência da maternidade por mulheres negras em comunidades afroamericanas se dá nas redes organizadas de mães biológicas e mães não biológicas como avós, tias, irmãs e primas. Tal organização ocorre principalmente em condições de maior vulnerabilidade econômica. Nesse sentido, as mulheres negras cuidam das crianças umas das outras, tornando a tarefa de responsabilidade do grupo e não apenas individual. Segundo a autora, em sociedades nas Américas, no Caribe e outras comunidades afrodiaspóricas, é possível observar essas práticas de criação coletiva. De acordo com Collins, o cuidado de crianças é visto não

¹⁸ Sobre essa questão recomenda-se o filme brasileiro “Que horas ela volta?” de 2015, escrito e dirigido por Anna Muylaert. O filme trata dos conflitos que acontecem entre Val, uma empregada doméstica do Brasil e seus padrões de classe média alta, criticando as desigualdades da sociedade brasileira.

como um trabalho isolado e submetido ao poder patriarcal doméstico, mas sim como um trabalho em favor da comunidade e reconhecido por ela, conferindo símbolo de poder às mães. Assim, reforça-se a importância da maternidade para os povos de ascendência africana.

Lélia Gonzalez (BAIROS, 2009) assume que a manutenção de uma identidade de matriz africana nos países da diáspora no continente americano pode ser denominado de ameficanidade, conceituada como um “processo histórico de intensa dinâmica cultural (resistência, acomodação, reinterpretção, criação de novas formas) referenciada em modelos africanos e que remete à construção de uma identidade étnica” (BAIROS, 2009, online).

Esse tipo de experiência de maternidade muitas vezes costuma ter limites poucos precisos. Em outras palavras, a figura materna pode ter vários rostos. No meu caso, por exemplo, posso dizer que também tive minha irmã como uma figura materna, pois enquanto minha mãe saía para ganhar o sustento da família, era ela a responsável por mim. Por muitas vezes me peguei chamando minha irmã de mãe. Isso era muito comum no bairro onde eu morava, avós eram mães, tias eram mães...

Outro fator a se considerar no exercício da maternidade afrodiáspórica é monoparientalidade. São vários os fatores capazes de explicar essa característica, dentre eles a herança colonial de famílias formadas por mães negras vítimas dos estupros e seus filhos e a separação das famílias escravizadas pela venda de alguns de seus membros. Dessa forma, caracteriza-se como comum na sociedade brasileira o não reconhecimento da paternidade, formando essencialmente uma descendência matrilinear. Podemos colocar ainda o encarceramento em massa e o genocídio do homem negro como mais uma das questões para a maternidade solo em famílias formadas por casais afrocentrados.

Atualmente, as mudanças sociodemográficas elevaram progressivamente o número de famílias chefiadas por mulheres. De acordo com censo de 2010 do IBGE, havia 22,2 milhões de unidades domésticas chefiadas por mulheres e para 72,7% destas unidades, elas eram as únicas responsáveis pelo sustento.

Uma das principais obras literárias que aborda a experiência de maternidade de mulheres em condição de vulnerabilidade foi escrita por Carolina Maria de Jesus “Quarto de despejo: diário de uma favelada”. Carolina foi uma mãe solteira, catadora de papel e moradora de uma favela da cidade de São Paulo, e relatou suas percepções a respeito da vida e de seu cotidiano no período entre 1950 e 1960. Sobre a maternidade, ela escreveu: “refleti: preciso ser tolerante com os meus filhos. Eles não têm ninguém no mundo a não

ser eu. Como é pungente a condição da mulher sozinha sem um homem no lar” (JESUS, 2014, p. 22). A maternidade negra em toda sua intersecção ainda passa por inúmeros outros elementos que vão da preocupação em criar um filho negro, ao mito da mulher forte “supermãe”.

Rocha (2014) aponta que a imagem social sobre a maternidade negra no Brasil ainda sofre com as concepções racistas das teorias raciais do século XX. Se naquele tempo a sociedade brasileira era impura e degenerada em decorrência de sua capacidade de gerar negritude por meio do nascimento, hoje existe o discurso racista que criminaliza a mulher negra como “mãe de bandido”, acusando-a de negligência e imoralidade (ROCHA, 2014). Esse pensamento de senso comum está presente também nos discursos das autoridades políticas do país, podendo citar aqui o caso do ex-governador do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral¹⁹. Em 2007, Cabral defendeu a legalização do aborto como forma de conter a violência no estado, por considerar que a fertilidade das mulheres das favelas cariocas as torna “fábrica de produzir marginais”, apresentando assim uma proposta de política mergulhada de ideologia eugenista destinada à interrupção do nascimento de seres humanos considerados potenciais marginais (CARNEIRO, 2011).

As experiências de maternidade que perpassam pelos corpos negros estão marcadas por inúmeras estratégias de genocídio, como o grande número de casos de mortes evitáveis de mulheres negras no que tange a saúde sexual e reprodutiva. Werneck (2004) mostra que o avanço das tecnologias proporcionou a esterilização compulsória e massiva das mulheres negras no Brasil e nos Estados Unidos. Esterilização essa de caráter eugênico, sob o pretexto do controle da natalidade. Nesse sentido, é mais que notório a luta que mulheres negras vem cunhado ao longo dos anos para se ter controle de seus próprios corpos em uma constante em busca da justiça reprodutiva.

5.3 O ATIVISMO DE MULHERES NEGRAS E A SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL

Vozes-Mulheres

A voz de minha bisavó
ecoou criança
nos porões do navio.
ecoou lamentos
de uma infância perdida.

¹⁹ Sérgio Cabral foi governador do estado do Rio de Janeiro entre 2007 e 2014. Atualmente encontra-se preso pelos crimes de corrupção passiva, lavagem de dinheiro e chefia de organização criminosa. A entrevista de Sergio Cabral pode ser encontrada em: <https://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,mul155710-5601,00-cabral+defende+aborto+contra+violencia+no+rio+de+janeiro.html>.

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
 ecoa 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.
 (EVARISTO, 2020b, p. 10-11).

5.3.1 Voltemos algumas casas: precisamos falar sobre o(s) feminismo(s) e o aborto

No primeiro semestre do curso de Ciências Sociais, houve o desejo de algumas mulheres da turma em se reunirem para discutirmos a questão de gênero. Esse desejo surgiu logo após uma série de interrupções em nossas falas e de uma professora em específico (leia-se negra, a única que tive nessa graduação) por parte de alguns colegas homens. Logo na primeira reunião, me já veio um estranhamento que atribui ao fato do meu dia anterior ter sido horrível. O lugar onde eu estava morando era péssimo, e eu chorava quase todos os dias e precisava urgentemente de um novo local para morar. Elas falavam sobre grupo de estudos, sobre quais textos ler, quais autoras abordar, primeira onda, segunda onda...e eu estava completamente perdida, não abri a boca, estava alipraticamente fazendo figuração. Nunca havia ouvido de falar de nada daquilo. Sim, eu aos 22 anos, recém-formada e que havia feito um TCC voltado para gênero e esporte, não entendia sobre o que elas estavam falando.

Fim da reunião, textos decididos, próxima reunião marcada. Foram esses os

encaminhamentos, nenhuma palavra sobre a professora. Eu não estava muito a fim de ir para a segunda reunião, não “sozinha”. Indaguei a minha amiga mais próxima o porquê de ela não ter participado e se não gostaria de ir à próxima. Sua resposta foi cortante e certa: “Eu não, vou porque é um monte de menina branca que mal olham na minha cara durante as aulas”. Era isso! As coisas fizeram sentido depois dessa fala. Não voltei mais.

Nas sociedades ocidentais, o feminismo se instituiu como um movimento teórico e político de combate à subordinação compartilhada por mulheres de diferentes países. Tensionando a política de identidade social e problematizando as instituições modernas, como o patriarcado, o movimento feminista desloca a naturalização das hierarquias sociais, enfrentando séculos de empenhos políticos, sociais, científicos e econômicos que determinava um lugar de subalternidade às mulheres. Persistiu no discurso de que havia uma opressão de gênero que as mulheres compartilhavam, sendo considerado o marcador de identidade social determinante das relações sociais, assim como o ponto inicial das análises dos diversos feminismos (LIMA; CORDEIRO, 2020).

Partindo desse princípio, as experiências de mulheres brancas foram universalizadas, deixando de considerar outras experiências possíveis e não levando em consideração as estruturas de classe e raça. A literatura feminista ocidental falhou em reconhecer que gênero aflige mulheres não brancas de maneiras diferentes das que atingem mulheres brancas, invisibilizando mulheres negras. Sobre isso, Grada Kilomba (2019) argumenta que:

A falsa ideia da *sororidade* universal Feministas ocidentais estiveram, e estão, entusiasmadas com a ideia da *sororidade*. O termo fala de uma universalidade entre mulheres. Elas conceituam mulheres como um grupo coletivo, genderizado e oprimido em uma sociedade patriarcal. O termo “sororidade” supõe a crença em uma conexão familiar entre todas as mulheres do mundo – as irmãs (*Sisterhood*) – e um desejo por uma cumplicidade entre mulheres dentro de um mundo dominado por homens. Quando contextualizada, essa ideia pode parecer bastante poderosa; quando não, ela permanece uma presunção falsa e simplista que negligencia a história da escravização, do colonialismo e do racismo nos quais mulheres brancas têm recebido sua parcela de poder *branco* masculino em relação tanto a mulheres *negras* quanto a homens *negros*. (KILOMBA, 2019, p. 62).

A segunda onda feminista teve início da década de 1960, e reivindicava o direito ao corpo em todas as suas dimensões (sexualidade, autonomia, reprodução). Mas foi na década de 1970, com o crescimento de denúncias a respeito da invisibilização de experiências divergentes, que se tem um rico debate dentro do feminismo. “O feminismo lésbico, chicano, latino, negro, pós-colonial, decolonial etc. denuncia que há hierarquias sociais que precisam ser articuladas à categoria gênero para dar conta da complexidade dos

contextos de opressão vivenciados pelas mulheres” (LIMA; CORDEIRO, 2020).

Nesse sentido, para Collins (2012) o feminismo negro reflete teoria, prática e consciência; conectando experiência e consciência que significam o cotidiano. Se a ênfase do conflito da mulher branca está em lidar com o poder patriarcal, objetivando a libertação feminina, o grande conflito da mulher negra está fora de casa, no embate com um complexo de instituições sociais que por vezes ameaça à integridade e sobrevivência de sua família, fazendo sua busca por autonomia individual necessariamente vinculada à busca por autonomia coletiva de grupo. Collins ainda indaga que as características que estruturam o pensamento feminista negro não são exclusivos e podem ser compartilhados com outras áreas do conhecimento (COLLINS, 1994, 2012).

Dessa maneira, Brah (2006) coloca que o feminismo negro não faz oposição ao feminismo branco, muito menos torna inválida a importância da experiência dessas mulheres, mas, sim, se dispõe a pensar sobre a experiência do gênero racializado. “A racialização da subjetividade branca não é muitas vezes manifestamente clara para grupos brancos, porque branco é um significante de dominância, mas isso não torna o processo de racialização menos significativo” (BRAH, 2006, p. 345).

Ainda assim, Ângela Davis (2016) aponta que o diálogo entre o feminismo hegemônico e o feminismo negro não foi livre de embates e contradições. Ela coloca que o movimento feminista estadunidense tinha uma relação de interesse com as mulheres negras. Quando necessitavam da ajuda dessas mulheres para fortalecer os protestos e manifestações, havia a possibilidade de diálogos. No entanto, quando mulheres negras levantavam suas pautas, eram acusadas de estarem fragmentando a lutas das mulheres (DAVIS, 2016).

Um exemplo de extrema importância dessa relação se deu na legalização do aborto nos Estados Unidos. Em meio a uma política racista, as mulheres brancas negociavam a legalização do aborto como um meio de controlar o crescimento da população negra e latina (DAVIS, 2016).

Guardando as devidas proporções, isso elucida a falta de proximidade das mulheres negras com a pauta do aborto. Entre o racismo presente no feminismo e o sexismo do movimento negro. As mulheres negras precisaram criar seu próprio arcabouço teórico e ações políticas para evidenciar o complexo contexto de subalternização na qual se encontravam.

Mesmo com todas as controvérsias de um percurso sinuoso e a condição de subalternidade e alienação em que estão as mulheres negras, são elas o elemento

fundamental no enfrentamento do racismo brasileiro.

5.3.2 O ativismo das mulheres negras e a questão da saúde reprodutiva no Brasil

No Brasil, nos primeiros anos do século XX, o perfil das feministas militantes eram o de mulheres com formação universitária, de classe média e urbana. Do início do movimento até os meados da década de 1970, a luta feminista concentrava-se no voto feminino e em melhores condições de trabalho para as mulheres (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Em 1975 a ONU realizou na Cidade do México a I Conferência Mundial da Mulher com o lema “Igualdade, Desenvolvimento e Paz”, na qual representantes de diferentes países, incluindo o Brasil, reuniram-se para discutir o tema “A eliminação da discriminação da mulher e o seu avanço social”. Como resultado, a ONU definiu o período de 1975 a 1985 como a Década Internacional da Mulher, destacando a igualdade plena de gênero e o comprometimento dos países participantes em executar ações que visassem a melhora das condições de vida das mulheres (ONU, 2021).

As definições da conferência e o processo de redemocratização nacional no início da década de 1980 possibilitaram o aumento das discussões acerca de conceitos como saúde e direitos reprodutivos, sobretudo a partir da presença gradual de mulheres em partidos políticos, ONGs feministas, instituições estatais e agências internacionais. Nesse período, em decorrência das ações do movimento de mulheres, políticas públicas voltadas à saúde da mulher e ao direito familiar começaram a ser implementadas (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

Por consequência, o Ministério da Saúde criou em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)²⁰, destinado ao atendimento das questões de saúde das mulheres e destacando a autonomia destas sobre questões reprodutivas (COSTA, 2009). Nesse cenário, a introdução da questão racial como um fator indissociável das questões de gênero e classe se deu, *obviamente*, pelas mulheres negras. Elas vinham desde o início da década denunciando planos e práticas de controle sobre a população negra,

²⁰ O PAISM foi apresentado em 21 de junho de 1983, pelo então Ministro da Saúde Valdir Arcoverde, por ocasião de seu depoimento à Comissão Parlamentar de Inquérito que investigava os aspectos do crescimento populacional. O programa foi constituído por três médicos e uma socióloga: Ana Maria Costa, da equipe do MS e fortemente identificada com o movimento de mulheres; Maria da Graça Ohana, socióloga da Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI); Anibal Faúndes e Osvaldo Grassioto, ginecologistas e professores do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), indicados pelo Dr. José Aristodemo Pinotti, chefe daquele departamento (COSTA, 2009; OSIS, 1998).

como as grupo²¹ de assessoria e participação (GAP) do governo de Paulo Maluf em São Paulo e campanhas publicitárias do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH)²² de responsabilidade de Elsimar Coutinho na Bahia, em 1986. Com os resultados do Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) daquele mesmo ano, encontraram mais uma prova para endossar suas afirmações.

A PNAD em 1986 mostrou uma tendência à prevalência da esterilização nos estados do Norte e Nordeste do Brasil, onde “por consciência” é maior o peso da população negra. A pesquisa evidenciou que, além da esterilização, a pílula era a única alternativa facilmente disponível (IBGE, 1986). Se no período colonial a estratégia para se “alcançar a modernidade” era a miscigenação através do controle dos corpos e da sexualidade de mulheres negras, a preocupação agora era com “transição demográfica para o desenvolvimento”. Puro eufemismo para intitular o autoritarismo das políticas de controle natalidade, em outras palavras genocídio. A verdade é que com o passar dos anos, as estratégias da necropolítica vão ganhando novos nomes, porém continuam as mesmas, partindo de um mesmo ideal eugênico.

Ao longo da década de 1990, o ativismo das feministas negras se estabeleceu com base nas denúncias da prática da esterilização cirúrgica, mostrando a ligação do movimento com o campo da saúde reprodutiva. Foram as críticas à esterilização cirúrgica que potencializaram a criação da Campanha Nacional Contra a Esterilização de Mulheres Negras, instituída em novembro de 1990 e liderada pela médica e ativista negra Jurema Werneck.

Na intenção de mostrar a sua visão acerca dos direitos reprodutivos, o movimento de mulheres negras realizou em 1993 o “Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras”. Sendo esse o primeiro a tratar das questões reprodutivas nesse âmbito (DAMASCO, 2017). Também em 1993, por conta das demandas em torno da prática da esterilização cirúrgica, foi instaurada pelo Congresso Nacional a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), presidida pela (então)

²¹ Em 1982, o documento formulado pelo grupo de assessoria e participação (GAP) do governo de Paulo Maluf no estado de São Paulo visava maneiras de impedir que a natalidade da população parda e negra superasse a dos brancos. O principal receio dos membros do GAP dizia respeito a uma possível ascensão dos negros e pardos aos mais importantes cargos políticos do país (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012).

²² Na Bahia, em 1986, o médico e professor da Universidade Federal da Bahia, Elsimar Coutinho foi o responsável pela criação do Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), que tinha como objetivo o controle de natalidade (SANTANA, 2020). Entre os seus materiais de divulgação do centro, estavam “outdoors com fotos de crianças e mulheres negras com os seguintes dizeres: “defeito de fabricação”, para convencer a população baiana da necessidade do controle da natalidade” (DAMASCO; MAIO; MONTEIRO, 2012, p.139).

Deputada Federal Benedita da Silva (PT-RJ) e da militante negra Luiza Bairros. A CPMI tinha como objetivo “identificar as causas e condicionantes da esterilização em massa de mulheres no Brasil e, ao mesmo tempo, propor medidas corretivas” (BRASIL, 1993, p. 28). CPMI apresentou um conjunto de informações relativas à prática da esterilização nas mulheres negras, sendo eles:

[...] O Movimento Negro Unificado [da Bahia] denuncia que a população negra nunca foi quantificada corretamente e que, antes do último censo, por conquista do movimento negro, a cor é incorporada como quesito censitário; Entidades do movimento negro nacional, preocupadas com o resgate da cidadania da raça negra, foram pioneiras na denúncia de esterilização. Desde 1983 estas entidades vêm advertindo para o direcionamento das políticas de controle demográfico para os negros [...]. A coordenadora do MNU, Luiza Bairros, afirmou também que há entre as mulheres negras uma maior evidência de esterilidade involuntária, oriunda de doenças ginecológicas, que resultam de sua condição econômica de pobreza e miséria [...]. Segundo a depoente, a manipulação dos dados da PNAD não considera o volume total da população feminina negra na Bahia. Naquele estado, entre as mulheres de 15 a 54 anos que usavam algum método contraceptivo, 43% das mulheres brancas estavam esterilizadas. Entre as negras, este percentual era de 39%, mas na realidade a população negra é muito maior [...]. Para Jurema Werneck (do CEAP), o próprio IBGE refere que 45% da população brasileira é negra. Para os movimentos negros, a estimativa empírica é de que 80% da população brasileira é negra. Sua conclusão é de que neste contingente está a maioria das mulheres esterilizadas [...]. Hoje em dia prevalece a idéia, que já virou senso comum, de que famílias pobres, numerosas, é que são os fatores impeditivos para o desenvolvimento do país [...]. Por isso afirma-se que o controle da natalidade praticado hoje no Brasil, por intermédio da esterilização cirúrgica, visa impedir o crescimento da população pobre, que é majoritariamente composta por negros. Pode-se do mesmo modo afirmar que a presença do negro como componente majoritário da população pobre é decorrência do racismo, responsável por gerar as [...] condições de pobreza do negro no Brasil [...]. Não é pura e simplesmente coincidência quando entidades do movimento negro nacional afirmam que a maioria das mulheres esterilizadas neste país são negras e pobres. E se não existem estatísticas oficiais afirmando isso, deve o Congresso contribuir para pressionar os órgãos competentes a incluir a cor nos levantamentos estatísticos realizados, de forma mais competente do que a adotada até hoje [...]. (BRASIL, 1993, p. 48-51).

O relatório final da CPMI, além de mostrar que não existia uma política voltada à saúde da mulher no Brasil, havia também o interesse de instituições internacionais de implementação de controle demográfico, e o Estado até aquele momento não tinha critérios definidos para a prática da esterilização no país. As investigações da CPMI não confirmaram a existência de políticas oficiais orientada ao controle da população negra no país, justamente pela escassez de dados e informações satisfatórias que desagregassem por raça as questões referentes à saúde da população brasileira.

O empenho das feministas negras sobre a problemática da esterilização cirúrgica resultou na criação da Lei nº 9.263 de Planejamento Familiar, em 1996, durante o mandato de Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 1996). Foi também nesse ano que ocorreu a

inclusão do quesito raça-cor em todos os documentos dos serviços públicos de saúde do país.

5.4 DIREITOS REPRODUTIVOS OU JUSTIÇA REPRODUTIVA, COMO ESTAMOS HOJE?

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, bem como a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Pequim em 1995, atestam os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos e propõe aos Estados atenção digna e de qualidade a todas as pessoas para exercício desses direitos. Nesse sentido, o capítulo VII da Plataforma de Ação do Cairo, entende-se por direitos reprodutivos:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. (UNFPA, 1994, p. 62).

Visando priorizar e garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, dando enfoque, principalmente ao planejamento familiar, o Ministério da Saúde formulou diretrizes que objetivavam a ampliação do acesso a métodos e meios para regulação da sua fecundidade (BRASIL, 2005). Investigando os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, Perpétuo e Wong (2006) destacaram a ampliação do uso de anticoncepcionais no país em relação à pesquisa de 1996, observando essa tendência. No entanto, uma pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, que ouviu cerca de 24 mil mulheres entre 2011 e 2012, evidenciou uma alta prevalência de gravidez não planejada no Brasil, sendo essa cerca de 55,4% das entrevistadas.

Brandão e Cabral (2017) observam que por muitas vezes a efetividade da contracepção é reduzida às ideias de informação e acesso aos métodos anticoncepcionais, desconsiderando a relação entre sexualidade e reprodução. A contracepção usualmente pode ser vista como uma questão relacionada ao conhecimento, uso e acesso aos métodos

contraceptivos, porém tal associação favorece uma perspectiva técnica e individual dissociando-a do caráter social. Ver a prática da contracepção como um ato cultural significa dizer que ela está relacionada a valores, crenças, emoções, incertezas e dúvidas (BRANDÃO; CABRAL, 2017).

Na literatura, a centralidade da contracepção se dá nas mulheres, retirando a participação do homem. Assume-se que somente as mulheres estão suscetíveis a tal prática, pois apenas elas engravidam, ignorando o fato de que a gravidez não se resume ao fato biológico. Os homens se tornam passivos nas decisões contraceptivas, ao passo que as mulheres se tornam agentes máximas do processo reprodutivo (CABRAL, 2017).

Analisando os dados do VIGITEL do ano de 2008, Corrêa (2012) verificou que, no país, cerca de 70% das mulheres utilizavam algum método contraceptivo, sendo o anticoncepcional oral o mais utilizado (33,8%). O uso inadequado esteve presente em 13,1% da população brasileira. Não se encontraram diferenças nas proporções entre as regiões, mas na análise por capitais, treze se encontram acima da média nacional e quase a totalidade delas se concentrava nas regiões Nordeste e Norte. O uso inadequado do anticoncepcional oral foi maior entre mulheres com menor escolaridade. Porém, deve-se destacar que a escolha de qualquer um dos métodos contraceptivos pode ser motivada pelo favorecimento ou não do prazer (CORRÊA, 2012).

Um estudo realizado pela ONG CEPIA (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação) e a Federação Internacional de Planejamento Familiar, em 2015, constatou que o Brasil tem o pior desempenho em educação sexual quando comparado a outros quatro países latino-americanos: México, Argentina, Colômbia e Chile. Ainda de acordo com a pesquisa, as brasileiras são as que menos têm acesso às informações sobre métodos contraceptivos. Sendo a razão para o mau posicionamento é o conservadorismo associado à religião.

Segundo a socióloga da CEPIA, Jaqueline Pitanguy²³, muitas vezes a influência religiosa determina a escolha de um método contraceptivo, podendo até impedir o cumprimento da Lei de Planejamento Familiar. Em alguns casos, de acordo com a socióloga, até profissionais de saúde, movidos por valores morais e religiosos, interferem na tomada de decisão das mulheres sobre sua escolha. O relatório aponta que, de maneira geral, todos os países analisados não abordam o tema de direitos sexuais e reprodutivos de

²³ Jaqueline Pitanguy em entrevista a agência Brasil Gandra, Alana. Acesso à contracepção no país é influenciado por questões religiosas, diz estudo. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-01/pesquisa-aponta-influencia-religiosa-no-acesso-de-mulheres-contracepcao-no-br>

maneira satisfatória. No Brasil, as campanhas públicas sobre o tema são quase sempre limitadas ao período do carnaval e voltadas estritamente para a prevenção de ISTs. Por fim, a influência religiosa e cultural de profissionais de saúde limita o uso de protocolos e a participação desses profissionais em treinamentos sobre o tema.

A situação se torna ainda mais problemática quando analisamos o período atual. Vimos no decorrer da campanha eleitoral do atual presidente Jair Bolsonaro o fortalecimento da família tradicional e dos valores conservadores cristãos que, com sua eleição, passaram a ganhar ainda mais força, na tentativa de garantir um projeto de nação que despreza os direitos básicos e as minorias sociais. Assim, podemos colocar como parte desse projeto a criação do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH), sob o comando da pastora evangélica Damares Alves. A atual ministra é contra a “ideologia de gênero”, enfatizando papéis sociais atribuídos a homens e mulheres, além de defender “a vida desde a concepção” e militante ferrenha contra o aborto.

No atual governo, não há tolerância a qualquer menção à saúde e direitos reprodutivos, sob alegação de que esses termos poderiam dar espaço à promoção do aborto. Existe também a recusa da educação sexual como um direito básico. Um documento obtido pelo jornal O Globo (2020) mostrou que uma nota técnica do MMFDH, produzida para orientar a campanha de prevenção da gravidez na adolescência, sustentava que ensinar métodos contraceptivos para esse público “normaliza o sexo adolescente” tendo em vista que nem todos iniciaram a vida sexual e defendia que a prática do sexo na pré-adolescência leva a “comportamentos antissociais ou delinquentes” e “afastamento dos pais, escola e fé”. Pregando assim a abstinência como uma solução (MARIZ; FERREIRA, 2020). Felizmente, por conta da repercussão negativa, a nota não para frente, porém acendeu mais um alerta. Ao mesmo tempo em que se retira o direito de saber como forma de garantir autonomia sobre seu corpo, promove-se o esforço pelo controle sobre o corpo, principalmente das mulheres.

Não é muito difícil encontrar nas redes sociais quem corrobora com esse pensamento. No Brasil existem perfis “pró-vida”, especializados em disseminar as mesmas ideias. Cheguei até um desses perfis meio que sem querer através de uma postagem sobre DIU, compartilhado por uma ex-colega de turma da faculdade de Ciências Sociais. Entrando no perfil, vi algumas publicações contrárias ao uso de métodos contraceptivos com a justificativa de que esses facilitariam a ocorrência do aborto, além de, segundo o perfil, um melhor acesso a anticoncepcionais não reduz as taxas de aborto, mas sim o oposto. O perfil também apresentava “dados” como, por exemplo, o de aborto do ano

2018, onde o suposto resultado “evidenciou” que em >95% dos casos de aborto ocorriam “simplesmente devido ao sexo irresponsável”. Na tentativa de entender tal resultado, fui para a fonte citada na postagem e me deparei com outro perfil maior que abrange toda a América Latina, novamente nenhuma informação sobre a tal pesquisa. Todos os perfis que visitei depois desses eram de grupos religiosos cristãos que contavam com a colaboração de médicos ou outros profissionais da saúde para endossar o discurso contra o aborto e métodos contraceptivos. Mostra a força e amplitude que esses grupos possuem no Brasil.

Métodos contraceptivos de longa duração como o DIU, considerado pelos profissionais ouvidos pela reportagem de Samanta Dias para a revista *AzMina* em julho de 2019, como o método com melhor custo-benefício para as mulheres e o Estado, é também o mais subutilizado no Brasil: sendo apenas 1,9% das mulheres brasileiras em idade fértil e que usam algum tipo de contracepção utilizam o dispositivo intrauterino, segundo dados do Ministério da Saúde com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher do IBGE para a última década. Ele é um dos nove tipos de contraceptivos oferecidos gratuitamente pelo SUS. No entanto, os dados obtidos pela *AzMina* mostram que enquanto a compra do DIU e diafragma parou, os métodos hormonais, como os injetáveis e pílulas, continuaram tendo altos valores investidos em suas compras (DIAS, 2019).

Ao tomar ciência desses dados, minha mente fez um *clic* como quem diz “EUREKA!”, isso porque já havia ido ao posto de saúde da minha região (Complexo da Maré), passado pelo planejamento familiar e estava à espera de colocar DIU, isso em 2019. Na reunião de planejamento, havia muitas mulheres de várias idades, mas somente uma mais nova que eu. Todas tinham um filho ou mais, apenas eu não havia passado por nenhuma gestação.

De todas as mulheres lá presentes, apenas duas não eram negras – uma paciente e a enfermeira que estava nos instruindo. Algumas estavam com seus filhos, todos pequenos. Antes de a enfermeira iniciar, estávamos todas na sala trocando experiências e contando o porquê de estarmos ali. Dessa conversa, o que pude perceber é que algumas que já tinham mais de dois filhos, as mais velhas queriam a laqueadura e as mais novas davam preferência ao DIU. Um fato que me chamou atenção foi que não havia nenhum homem. Lembrando que o planejamento familiar também os atende.

A título de curiosidade, ainda estou na fila de espera para inserção do dispositivo. Dados do Ministério da Saúde apontam que há uma disparidade no fornecimento do DIU de cobre entre as regiões brasileiras. Sendo as regiões Norte e Centro-Oeste as mais

desassistidas. No estado de Tocantins, por exemplo, apenas três mulheres conseguiram colocar o DIU no período de oito meses (agosto de 2020 a abril de 2021). No Amazonas, 38 pessoas no mesmo período. Em Brasília, 99. No Piauí, foram 24. Paraíba, 64. Rio de Janeiro, 1.008. Ainda segundo os dados do DataSUS, em São Paulo foram 10.805 procedimentos realizados (BRASIL, 2021). Porém mesmo na capital paulista há problemas, sendo os principais a falta de treinamento dos médicos que atendem na atenção básica e as dificuldades postas pela própria gestão, como falta de material para a inserção (PASSARINHO; FRANCO, 2018).

Em 2020, os atendimentos para a inserção de DIU caíram 43% em relação ao ano anterior. Os serviços de esterilização também foram afetados: o número de laqueaduras regrediu 46% e o de vasectomias, 51%. Levando em consideração apenas as laqueaduras que não são feitas em conjunto com partos cesárea, foram 22.865 procedimentos em 2020, contra 42.400 em 2019. As vasectomias caíram de 18.657 para 9.144 na mesma comparação (BRASIL, 2021). A diminuição desses números pode se atribuir, em partes, a pandemia de Covid-19. Os contraceptivos orais são os mais amplamente utilizados no Brasil e, de acordo com especialistas, seu uso pode ter sofrido menos impacto pela pandemia, pois em muitas localidades foi possível obter o medicamento com receitas antigas ou comprá-lo sem receitas a um custo mais baixo (ANTUNES, 2021).

Mesmo sendo considerado essencial, o planejamento familiar não é tratado dessa forma. Com a pandemia de Covid-19 houve uma piora na situação, pois foi necessário o manejo de profissionais de saúde para o atendimento de Covid-19, além da queda crônica nesses serviços. Dados do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a agência de saúde sexual e reprodutiva da ONU, apontam que no ano de 2020 aproximadamente 12 milhões de mulheres em 115 países, incluindo o Brasil, perderam acesso a serviços de planejamento familiar, levando a 1,4 milhão de gravidezes não intencionais, resultado de interrupções causadas pela Covid-19 (UNFPA, 2021).

Apesar dos dados preocupantes sobre acesso aos meios contraceptivos durante a pandemia, para mulheres negras esse acesso já era limitado. Estudos mostram que o pouco acesso se dá em maior parte por mulheres negras com menor escolaridade, divorciadas, separadas ou viúvas, mulheres que não sabem se o SUS fornece contracepção ou faz ligadura e por mulheres que nunca foram ao ginecologista (OLINTO; OLINTO, 2000; CARVALHO; PAULA; VIEIRA, 2020; SIMÃO; MIRANDA-RIBEIRO; CAETANO, 2004). Uma das consequências desse tipo de vulnerabilidade é a menor capacidade de exercer o planejamento reprodutivo e evitar a gravidez não desejada.

Seja qual for o método contraceptivo escolhido, a preferência para tal deve se dar em conjunto com os profissionais da saúde para se trabalhar em um plano individual que se adeque ao momento de vida da mulher. Dessa forma, as políticas públicas, para além de fornecer acesso aos métodos, cabe potencializar soluções para os momentos em que há “falhas” e a concepção acontece, concluem Brandão e Cabral (2017).

Quando se tem a “falha” de algum desses métodos, a mulher é postulada como a única responsável pelo fato. Desconsidera-se que não há métodos 100% eficazes ou mesmo as dificuldades e efeitos no uso dos mesmos. Quando se existe a possibilidade de uma gestação, pode-se vir a utilizar contraceptivos de emergência. No entanto, esse não deveria ser o último recurso, devendo-se também considerar o aborto seguro e legal como um meio para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

5.5 DA CRIMINALIZAÇÃO AO ABORTO INSEGURO: A MORTE TEM COR

O aborto é um tema que vem ganhando amplo destaque nesses últimos anos e que por sua característica suscita polêmica, sendo legal em somente três situações no Brasil: em caso de gestação resultante de estupro ou quando há risco de vida para a gestante, conforme o artigo 128 do Código Penal, ou ainda em casos de aborto de fetos com anencefalias, a partir de decisão em 2012 do Supremo Tribunal Federal. O debate sobre a ampla legalização do aborto tem sido sistemático na sociedade, pelo fato de tomadas de posição quanto a ser a favor ou contrário à legalização do procedimento. À proibição legal, adicionam-se questões morais, religiosas, de saúde e de gênero/raça/classe, além da visão simbólica da interrupção da gravidez indesejada, que afeta o ideal de maternidade edificado historicamente como “natural” e associado à feminilidade (SCAVONE, 2008).

Ainda que a lei brasileira possibilite a interrupção voluntária da gravidez consequente de estupro desde a década de 1940, por quase 50 anos os acessos aos serviços de saúde não foram regulamentados, passando a ser somente em 1999 por meio da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (MADEIRO; DINIZ, 2016). Esses serviços são constituídos por equipes multidisciplinares, de profissionais médicos, enfermeiros e técnicos, além de assistentes sociais e psicólogos (BRASIL, 2012b).

Mesmo nas circunstâncias onde o aborto é legal, muitas mulheres encontram dificuldade em realizar o procedimento. Em um estudo nacional entre 2013 e 2015 sobre os serviços de aborto legal no Brasil realizado por Madeiro e Diniz (2016), evidenciou que

dos 68 serviços de aborto legal listados pelo MS, somente 37 realizavam a interrupção da gravidez prevista por lei. Além disso, diversos outros fatores dificultaram o acesso ao aborto legal: a concentração dos serviços de aborto legal predominantemente em capitais, a persistência de práticas como a exigência de boletim de ocorrência²⁴ (não prevista na regulamentação brasileira desde a nota técnica publicada em 2005), o grande número de mulheres atendidas, mas que não tiveram o procedimento realizado, e a escassez de médicos disponíveis para a realização do procedimento, sob alegação de objeção de consciência (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Outro estudo sobre o acesso à informação e aborto feito pelo Artigo 19 (2019) destacou que entre os hospitais consultados, as respostas mais significativas ou que causaram estranhamento, hospitais que informaram não fazer aborto legal disseram quenão o fariam, “pois é crime”, ignorando a atual legislação sobre o tema. Destaca-se nesses casos “Deus me livre!”, “claro que não faz aborto”, “aborto é crime” e aqui respostas como “não defendemos direitos humanos para bandido” e “nenhum médico realizará o procedimento”. A pesquisa também salientou que eram dadas informações inverídicas, como a necessidade de se apresentar Boletim de Ocorrência para fazer o procedimento ou até um mesmo a necessidade de se informar o número do BO para dar andamento à ligação (ARTIGO 19, 2019, p. 28-29).

Esse foi o caso da menina de 10 anos, negra, que engravidou após ter sido estuprada pelo tio no Estado do Espírito Santo. A equipe médica do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (Pavivi), em Vitória, no Espírito Santo, se recusou a fazer o aborto legal. Diante disso, ela foi levada para Pernambuco, onde fez a interrupção²⁵.

Em maio de 2019 o vereador eleito Fernando Holiday (DEM-SP), apresentou um projeto de lei na Câmara Municipal de São Paulo, através do PL 352/2019, onde propôs “medidas de apoio à mulher gestante e à preservação da vida na rede municipal de saúde”. Embora os argumentos apresentados parecessem positivos, tal projeto tinha como objetivo tornar o aborto respaldado em lei ainda mais difícil. Nele, permitia-se a internação psiquiátrica compulsória de mulheres grávidas caso fosse constatado que a paciente tinha

²⁴ A lei 12.845, de 2013, regulamentou o atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência sexual e concedeu todos os meios à gestante para interrupção da gravidez em decorrência de estupro. Não é necessário que a mulher apresente boletim de ocorrência, nem que faça exame de corpo de delito.

²⁵ Cabe aqui ressaltar que a Ministra Damares Alves agiu para impedir o aborto da criança <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/09/ministra-damares-alves-agiu-para-impedir-aborto-de-crianca-de-10-anos.shtml>.

“propensão ao abortamento ilegal”. Além de aumentar os domínios legais sobre os corpos femininos, com o pretexto da “defesa da vida”, o projeto de lei reflete o punitivismo sistêmico contra as mulheres. Esse não foi ou é o único projeto a tramitar na Câmara dos Deputados sobre o assunto, há diversos outros que possuem as mesmas características, colocando a vida e o direito da mulher em risco, a fim de favorecer a crença de que a personalidade civil começa com a fecundação do óvulo.

Dados do Sistema de Morbidade Hospitalar do Ministério da Saúde revelam que no período de um ano (entre abril de 2020 e abril de 2021) houve 2.131 abortos previstos em lei. Em contraponto, 143.867 internações em decorrência do aborto não especificado (Aborto espontâneo, clandestino ou por complicações pós-parto) onde 63,76%, dos casos são de mulheres negras (pretas e pardas) (BRASIL, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o aborto inseguro como um procedimento para interromper uma gravidez, realizada por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não está em conformidade com os padrões médicos mínimos, ou ambos. Esta definição incorpora conceitos inicialmente delineados em uma Consulta Técnica da OMS de 1992.

O aborto induzido é uma das principais causas de morbimortalidade materna em países onde há limitações legais ao aborto (LOREIRO; VIEIRA, 2004). Tal prática é comum entre as mulheres brasileiras (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017), e se traduz como uma expressão das desigualdades sociais, pois embora compartilhem a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção, uma minoria das mulheres pode arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos (BRASIL, 2005). Assim, são utilizados inúmeros métodos para cessar a gravidez, acarretando uma enorme variedade de procedimentos populares, como o uso de chás, do misoprostol, clínicas clandestinas e procedimentos rudimentares (uso do talo da mamona, beberagens, clínicas insalubres e de “curiosos”), estes últimos levam ao aborto inseguro. No contexto nacional, mulheres jovens, negras e de classes populares são as mais atingidas pelo aborto clandestino (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; GÓES, 2018; MENEZES; AQUINO, 2009; CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020). Ou seja, um efeito que a criminalização do aborto não possui é o de evitar que abortos induzidos sejam realizados.

A Pesquisa Nacional do Aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017) mostrou que do total de mulheres que o realizaram, 24% eram negras (pretas e pardas) e somente 9% das participantes se declararam brancas. No entanto, as desigualdades raciais não se expressam somente no número de abortos provocados. Góes (2018) aponta que mulheres

negras em situação de abortamento interromperam a gravidez mais tardiamente. Além disso, encontraram mais barreiras institucionais, ressaltando a longo tempo de espera de uma vaga ou leito (três vezes maior do que as brancas), e tiveram proporções duas vezes maiores de condições regulares, graves e muito graves em comparação com as brancas.

As desigualdades regionais e sociais ficam ainda mais explícitas quando se analisa as distribuições dos riscos de mortalidade materna em consequência de complicações de aborto: na região Norte o risco de mortalidade materna em consequência de gravidez que termina em aborto é 1,6 vezes maior que na região Sudeste. Para mulheres negras, analfabetas ou semianalfabetas, esse risco é 2,5 vezes maior que para mulheres brancas. Nessas primeiras, a mortalidade materna pós-abortamento é 5,5 vezes maior do que na categoria de mulheres com 12 anos ou mais de escolaridade (GOLLOP, 2009).

Segundo o estudo “Delatando as mulheres: o dever de cada prestador de serviços de denunciar”, realizado pelo Ipas em 2016, profissionais de saúde na América Latina viraram ponto de entrada de meninas e mulheres no sistema jurídico, obrigando-as a escolher entre a morte e a prisão.

A relação de confidencialidade entre prestador de serviços e paciente está se deteriorando silenciosamente. Muitos países agora exigem, protegem ou encorajam que médicos não cumpram seu dever de confidencialidade quando atendem a mulheres que precisam de cuidados pós-aborto. (IPAS, 2016, p. 1).

A criminalização de pacientes pela prática de autoaborto (o aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento tipificado no artigo 124 do Código Penal), durante atendimentos hospitalares é uma das principais formas de entrada das brasileiras no sistema penal, conforme expôs um estudo da Defensoria Pública do Rio de Janeiro no ano de 2018. De acordo os dados, em 65% dos casos, as acusadas foram denunciadas durante emergência médica. Em 20%, as denúncias foram feitas por familiares e vizinhos. O estudoda Defensoria identificou 136 processos entre 2005 e 2017, em algumas situações adenúncia do hospital ocorre relacionada a um pedido de remoção do feto.

Ainda segundo a defensoria, observou-se que a situação dessas mulheres era de extrema vulnerabilidade, pois recorriam ao atendimento médico por se sentirem mal em casa, por muitas vezes sofrendo o aborto no local de atendimento. Viu-se que frequentemente a mulher demora a tomar a decisão pelo aborto pelo medo de ser descoberta, realizando o procedimento já em estado avançado, corroborando com outras pesquisas. Notou-se também que muitas abortaram no banheiro do hospital, sendo hostilizadas pelos médicos e enfermeiros, os mesmos que deveriam compreender o que

aconteceu com elas. Não por acaso, extraiu-se que 60% das mulheres eram negras e 40% brancas (RIO DE JANEIRO, 2018).

Resultado semelhante teve o levantamento produzido pelo Portal Catarinas em parceria com a GHS Brasil, mostrou que em 2017, 18 estados brasileiros registraram 331 processos pela prática do autoaborto. Grande parte deles, assim como constatou a defensoria do Rio de Janeiro, partiu de denúncias de profissionais de saúde quando a mulher buscava o atendimento de emergência para tratar uma complicação.

A criminalização do aborto, sob Código Penal anacrônico de 1940, induz as mulheres a uma rede clandestina que afeta sua saúde física e psicológica, mas também sua moral, uma vez que atribuem as que recorrem ao aborto a alcunha de criminosas. Criminalizar o aborto significa penalizar as mulheres de classes sociais menos favorecidas, sobretudo mulheres negras, negando o direito de seus próprios corpos e se caracteriza como um marcador das desigualdades sociais.

Mesmo que a prática do aborto seja crime, o atendimento humano e sigiloso no socorro à mulher que recorre a ela é direito, como orienta a Norma Técnica “Atenção humanizada ao Abortamento” do Ministério da Saúde. Além disso, médicos e demais profissionais da saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual, pois: “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima” (Código Penal, art. 20, § 1º).

Quando não são denunciadas pela prática do autoaborto, o tratamento dado a essas mulheres não reflete a humanização preconizada pelo MS.

5.6 RECAPITULANDO... PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ABORTO

A Norma Técnica Atenção humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde coloca que:

Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher. (BRASIL, 2005, p. 14).

É crime “revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”

(Código Penal, art. 154). Em teoria, temos leis que garantem o sigilo em favor da mulher, mas na prática elas não são respeitadas e o crime recai sobre aquelas que mais necessitam do amparo judicial.

Ainda que existam leis que resguardem tanto os profissionais da saúde quanto as mulheres que induzem o aborto e normas técnicas que visam uniformizar os procedimentos para o atendimento ao abortamento. A criminalização e os maus tratos ainda são uma dura realidade, ancoradas em processos estruturais muito bem definidos.

Estudos evidenciam o desconhecimento dos profissionais de saúde com relação à legislação brasileira, constataam atitudes de discriminação, julgamento moral/religioso, preconceito, negligência no controle da dor, além da ameaça de denúncia à polícia, que em alguns casos chegam as via de fato (SOARES, 2003; FAÚNDES et al., 2007; BENUTE et al., 2012 ; SANTOS, L., 2014; SILVA, E., et al., 2015; MADEIRO; RUFINO, 2017).

Lívia Santos (2014) identificou em seu estudo sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre o aborto e percepções negativas a respeito das mulheres com abortamento. “Reproduziram em suas falas estereótipos de gênero referentes à sua sexualidade ‘desenfreada’; de classe social, ao afirmarem que as mulheres, principalmente aquelas mais pobres, não planejam sua gravidez e também são pouco instruídas, carentes e por isso, utilizam o aborto como método contraceptivo. De modo geral, o conjunto de profissionais, sem distinção de categoria ocupacional, descreve as usuárias que induziram o aborto como “jovens”, de “classe baixa”, “pouco instruídas”, “carentes”, “anormais”, “irresponsáveis” e de “sexualidade desenfreada”. Além disso, demonstraram tratamento diferenciado a mulheres que cujo aborto era espontâneo dando-as mais atenção (SANTOS, L., 2014, p. 29).

Ainda no estudo supracitado, é recorrente a descrição e contextualização da vida das mulheres através de sua classe social, a maioria não se referindo à raça. Uma das entrevistadas afirmou que os brasileiros não precisam se preocupar com raça, pois: “na minha cabeça quem tem raça é cachorro! Mas o brasileiro, graças a Deus, é um povo bastante misturado e não temos que nos preocupar com esse tipo de coisa. No entanto, pontua a autora, a maioria das usuárias atendidas nas maternidades são de maioria pretas e pardas, estando implícito que os profissionais estão se referindo à distinção racial” (SANTOS, L., 2014, p. 29).

Lívia Santos (2014) realizou sua pesquisa em Salvador (Bahia), estado com maior percentual de cidadãos que se declaram negros no Brasil. Tais achados reforçam além do mito da democracia racial como o mito da sexualidade feminina negra. A sexualidade das

mulheres negras, sobretudo jovens, está sempre sendo colocada sob uma perspectiva disciplinar e repressora, mais em nome “da moral e dos bons costumes” que da saúde ou dos direitos. Sobre isso, bell hooks reflete:

Para justificar a exploração masculina branca e o estupro das negras a escravidão, a cultura branca teve que produzir uma iconografia de corpos de negras que insistia em apresentá-las como altamente dotadas de sexo, a perfeita encarnação de um erotismo primitivo e desenfreado. Essas representações incutiram na consciência de todas a ideia de que as negras são só corpo, sem mente. (HOOKS, 1995, p. 469).

A mulher negra é na maior parte do tempo vista e representada pelo arquétipo da “mulher quente” e “boa de cama”, criando-se assim o imaginário de superficialidade e inferiorização em relação ao seu corpo.

O achado de Lívia Santos (2014) reflete o escrito de hooks e mostra que a herança da escravidão ainda está fortemente presente entre nós. Madero e Rufino (2017) em análise da percepção das mulheres sobre o atendimento nas situações de abortamento, *encontrou resultados semelhantes* onde 69,2% das mulheres estavam na faixa de 20 aos 24 anos de idade, sendo 53,8% mulheres pretas. Foram reveladas práticas discriminatórias, tratamento não digno, negligência, ausência de consentimento (procedimentos médicos realizados sem explicação), além de violação da privacidade e confidencialidade. No estudo, grande parte das mulheres descreveu que foram pressionadas pelos médicos a declarar a prática do aborto e, em alguns casos, chamadas de “mentirosas” quando insistiram que se tratava de aborto espontâneo. No entanto, mesmo quando confessavam a prática, uma delas relatou que o profissional de saúde disse que ela “devia se arrepender pelo pecado que tinha cometido e orar muito” (MADERO; RUFINO 2017, p. 2776).

Ao criminalizarem o aborto, os profissionais reproduzem uma atitude de punição sobre essas mulheres. Mesmo que não sejam autuadas pelo crime de abortamento, a sentença já está dada no próprio hospital ante ao atendimento. O direito a objeção de consciência do profissional de saúde, mesmo quando não evocada nesses casos, ainda está ali. E nesses casos em específico tomarei a liberdade de chamá-lo por “objeção à consciência”. Isso posto, entendo a objeção à consciência como a negação voluntária de questões socioestruturais e a não diferenciação entre as esferas públicas e privadas, culminando em um atendimento baseado na moral individual daquele que detém o controle sobre um corpo já vulnerabilizado, podendo executar punições de acordo com o que entende como certo. Ou seja, a objeção aqui é a humanidade. Isso tudo claro, sem deixar de lado o racismo institucional sempre presente.

O racismo nega a humanidade das formas variadas possíveis, mas tratando-se de nascimento, há um suposto discurso em prol dessas vidas. Imputa-se uma maternidade a mulher, mas a condiciona. A contradição da maternidade da mulher negra está posta a todo o momento.

Ela pode ser mãe, mas não do seu próprio filho
Se o tiver, Cuidado! Ele perigoso para o Estado
Mais de um nem pensar, é melhor abortar
Mas abortar é errado, melhor deixar para ser adotado
Assim ele não vai passar por maus bocados
Mas pensando melhor ninguém quer mais um preto favelado.²⁶

Gemra, Rojas e Gama (2020) em um estudo com estudantes de medicina observaram opiniões laicas e racionais tendendo ao liberalismo. Religiosidade mesmo com alto índice, sem interferência significativa na opinião dos estudantes em concordar com a prática do aborto induzido. O que, de certa forma, pode ser um resultado positivo, ainda não me traz um pleno alívio. Pegando este estudo como exemplo, ser favorável ao aborto, seja ele legal ou induzido, não impede as violências relacionadas a gênero e ao racismo de acontecerem.

²⁶ Autoria própria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres negras em situações de aborto, passam por experiências atravessadas sobretudo pelas violências de raça, gênero e classe. Violências essas constituídas a partir da naturalização do racismo estrutural em uma sociedade que ainda acredita viver em uma democracia racial, negando as diferenças, enquanto se pauta no sexismo, no patriarcado e no capitalismo. Para se obter a emancipação das mulheres de diferentes grupos raciais e classes sociais, é primordial que se tenha o controle de suas capacidades reprodutivas. Porém, é preciso pensar que é injusto que mulheres negras se vejam obrigadas a renunciar ao direito à reprodução e a maternidade, pois estamos cerceadas pelo racismo e pelas estruturas de classe que nos priva de condições de vida plenamente dignas.

Não há dúvidas de que a legalização do aborto traria benefícios à vida das mulheres negras. No entanto, cabe ressaltar que no passado, com o auxílio da classe médica, fomos vítimas de esterilizações em massa, justificadas como controle populacional, em uma tentativa de continuar com o curso do genocídio planejado centenas de anos antes. Em uma rápida pesquisa sobre a percepção dos profissionais da saúde sobre o aborto, salvo alguns estudos, é possível perceber que poucos são os que analisam o quesito raça/cor desses profissionais, mostrando assim que se tratando do tema ainda é difícil precisar como o racismo permeia esses discursos na prática.

Ao longo da história, o ensino em saúde perpetuou estereótipos de pessoas negras, assim como usou da experimentação de seus corpos para promover o tal do avançocientífico. Basta lembrarmos do “pai da ginecologia moderna”, o médico estadunidense James Marion Sims, que adquiriu conhecimentos na área através de práticas antiéticas e racistas, onde submetia mulheres negras escravizadas a cirurgias sem o uso de anestesia, pois segundo o mesmo “os africanos tinham uma tolerância fisiológica incomum para a dor” (GÓES, 2018, online).

No Brasil, uma formação em saúde que abarque a questões de raça e gênero ainda são insuficientes, assim como os estudantes e professores negros nesses espaços, principalmente quando levamos em consideração que a maior parte da população é negra. A academia é construída pelos pressupostos da modernidade e carrega em si a lógica produtivista do capitalismo. Muitos de nós, negros, ao entramos na universidade, nos deparamos com um espaço conservador e racista, mesmo nos cursos tidos como progressistas.

Se saber é poder, como diz o ditado popular, pela lógica moderna o saber se produz

no âmbito acadêmico e dentro desse espaço também somos obrigados a produzir, mas com ressalvas, precisamos nos adaptar. A academia, em sua grande maioria, tolera narrativas outras desde que esteja sob sua visão e supervisão. Portanto, não há uma disputa narrativa, mas sim uma concessão da fala, sendo essa condicionada.

As escrevivências surgem como uma metodologia e uma ética de pesquisa que acredita na escrita como forma de resistência, já que nela é possível trazer as vozes periféricas historicamente subalternizadas como possibilidade de uma nova construção, de uma nova elaboração da educação, mas também da sociedade, sendo possível pensar a escrevivência como uma estratégia de permanência dessas vozes periféricas nas universidades.

Há nos cursos de saúde pessoas engajadas em mudar o panorama atual, no entanto o caminho ainda é longo, sendo necessário cada vez mais vozes e união nessa trajetória. Todo o processo é mais penoso e danoso quando se caminha sozinho. Em momento nenhum durante a minha escrita me senti solitária mesmo estando somente eu, o computador e alguns punhados de livros, pois eu tinha e tenho uma rede de apoio incrível. Mesmo escrevendo em primeira pessoa, a escrita deixou marcas de cansaço e exaustão, pois afinal, infelizmente ainda estou inserida no modelo da modernidade. Esse estudo é um pontapé inicial de uma ciência inclusiva na qual eu acredito. Em um ensino que permita que pessoas como eu não precisem passar por situações racistas e que sua história e memória sejam respeitadas, que tenham condições físicas, psicológicas e financeiras para chegarem ao final de suas formações e possam ofertar o melhor atendimento a aqueles que necessitam e, no caso desse estudo em específico, de mulheres negras em situação de abortamento. Afinal, a dororidade perpassa por nossas experiências e nos aproxima.

Há alguns outros pontos pertinentes a esse estudo que infelizmente não puderam ser analisados aqui, sendo pertinente um aprofundamento desses em outros estudos.

Figura 6 - QR Code – Os pretinhos bem



REFERÊNCIAS

ALCOFF, L. M. Uma epistemologia para a próxima revolução. **Sociedade e Estado**, v 31, n. 1, p. 129-143, 2016.

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

AMORIM, D. U. Teorias raciais no Brasil: um pouco de história e historiografia. **Revista Cantareira**, n. 19, jul./dez. 2013.

ANDRIOLI, L. A.; ANGELIN, R. A influência da religião na construção da identidade feminina e no movimento feminista e de mulheres. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES EST, 1., 2012, São Leopoldo. **Anais eletrônicos** [...]. São Leopoldo: EST, 2012. v. 1, p.1455-1468. Disponível em: <http://anais.est.edu.br/index.php/congresso/article/view/23>. Acesso em: 18 fev. 2021.

ANGELOU, M. **Ainda assim eu me levanto**. [S. l.: s. n.], 1978. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/maya-angelou-ainda-assim-eu-me-levanto/>. Acesso em: 18 jun. 2021.

ANTUNES, L. Impacto da pandemia nos serviços de planejamento familiar faz oferta de DIU e laqueadura pelo SUS cair mais de 40%. **O Globo**, 28 maio 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/celina/impacto-da-pandemia-nos-servicos-de-planejamento-familiar-faz-oferta-de-diu-laqueadura-pelo-sus-cair-mais-de-40-25028586>. Acesso em: 18 fev. 2021.

ANZALDÚA, G. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. **Revista Estudos Feministas**, v. 8, n. 1, p. 229, jan. 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9880/9106>. Acesso em: 18 fev. 2021.

ARDAILLON, D. Cidadania de corpo inteiro: discursos sobre o aborto em número e gênero. **Revista Tópicos Educacionais**, v. 16, n. 1-3, 1998.

ARTIGO 19. **Acesso a informação e aborto legal** mapeando desafios nos serviços de saúde. **Artigo 19**, 2019. Disponível em: <https://artigo19.org/2019/06/19/acesso-a-informacao-e-aborto-legal-mapeando-desafios-nos-servicos-de-saude/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

AZEVEDO, T. **As elites de cor numa cidade brasileira**: um estudo de ascensão social & classes sociais e grupos de prestígio. Salvador: EDUFBA, 1996.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAIROS, L. Lembrando Lélia Gonzalez, por Luiza Bairos. **Portal Géledes**, 28 abr. 2009. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/lembrando-lelia-gonzalez-por-luiza-bairros/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BALLOUSSIER, A. V. Cara típica do evangélico brasileiro é feminina e negra, aponta Datafolha. **Folha de São Paulo**, 13 jan. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/01/cara-tipica-do-evangelico-brasileiro-e-feminina-e-negra-aponta-datafolha.shtml>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BARBOSA, I. Sankofa: a África que te habita. **Portal Geledés**, 17 mar. 2021. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/sankofa-a-africa-que-te-habita/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BARBOSA, M. R. A influência das teorias raciais na sociedade brasileira (1870-1930) e a materialização da Lei no 10.639/03. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 10, n. 2, p. 260-272, 2016. DOI: <https://doi.org/10.14244/198271991525>.

BATALHA, E. Hora de encarar o tabu. **Radis**, n. 191, ago. 2018.

BELFORT, I. K.; KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 631-640, set. 2016.

BENUTE, G. R. G. *et al.* Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 2, p. 1-2, 2012.

BÍBLIA SAGRADA. Tradução: João Ferreira de Almeida. Revista e corrigida no Brasil. 4. ed. São Paulo: Sociedade do Brasil, 2009.

BOCCHI, A. F. A. Da senzala ao cárcere: corpo e maternidade às margens da história. **Fragmentum**, n. 54, p. 135-157, fev. 2020.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, n. 26, 2006.

BRAH, A. **Cartografias de la diáspora**: identidades em cuestión. Madrid: Traficantes de Sueños, 1996.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política nacional de saúde integral da população negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 02 ago. 2013.

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 30 ago. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica 3. ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 14 maio 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso em: 18 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Congresso Nacional. **Relatório n. 2, de 1993**. Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa nas mulheres no Brasil. Presidente: Benedita da Silva. Relator: Senador Carlos Patrocínio. Brasília: Senado Federal, 1993.

BRASIL. Senado Federal. **Estatísticas do aborto**: audiência pública: Comissão de Direitos Humanos. Brasília: Senado Federal, 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CABRAL, C. S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p.1093-1104, 2017.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 2-13, 2020.

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

CARNEIRO, F. Nossos passos vêm de longe. *In*: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. **O livro da saúde das mulheres negras**: nossos passos vem de longe. 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2006. cap. 3

CARNEIRO, S. **Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser**. 2005. 339 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARNEIRO, S.; CURY, C. O poder feminino no culto aos orixás. *In*: NASCIMENTO, E. L. **Guerreiras de natureza: mulher negra, religiosidade e ambiente**. São Paulo: Selo Negro, 2008. 268 p.

CARVALHO, A. A.; PAULA, D. P.; VIEIRA, G. F. Raça/cor e indicadores de saúde sexual e reprodutiva: identificando possíveis diferenças de comportamento das mulheres no Brasil em 2006. **Faz Ciência**, v. 36, n. 22, p. 74-89, jun. 2020.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo Caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 73-74.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte Imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, fev. 2015.

COMITÊ PARA A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER - CEDAW. Sétimo Relatório Periódico Brasileiro (CEDAW/C/BRA/7). CEDAW, 51ª sessão, 2012.

CESAR, P. A escolhida. [letra de música Católica]. Disponível em: <https://www.letas.mus.br/catolicas/1109361/>. Acesso em: 20 jun. 2021.

CLANCE, P. R.; IMES, S. A. The impostor phenomenon in high achieving women: dynamics and therapeutic intervention. **Psychotherapy: Theory, Research And Practice**, v. 3, n. 15, p. 241-247, 1978. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1979-26502-001.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2021.

COLLINS, P. H. Rasgos distintivos del pensamiento feminist negro. *In*: JARBADOR, M. (ed.). **Feminismos negros: una antología**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2012.

COLLINS, P. H. Shifting the center: race, class, and feminist theorizing about motherhood. *In*: GLENN, E. N.; CHANG, G.; FORCEY, L. R. (ed.). **Mothering: Ideology, Experience, and Agency**. New York: Routledge, 1994.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p.1073-1083, ago. 2009.

COSTA, L A. O corpo das nuvens: o uso da ficção na Psicologia Social. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 26, n. esp., p. 551-576, 2014.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, ago. 2009.

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

DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, p. 133-151, abr. 2012.

DAMASCO, M. A questão da saúde reprodutiva e o feminismo negro no Brasil: Como inter-relações entre raça, gênero e saúde reprodutiva estiveram no centro do processo de formação do feminismo negro brasileiro. **Café História**, 24 abr. 2017. Disponível em: <https://www.cafehistoria.com.br/a-questao-da-saude-reprodutiva-e-o-feminismo-negro-no-brasil/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

DARWIN, C. **A origem das espécies**. São Paulo: Hemus, 1981.

DAVIS, A. As mulheres negras na construção de uma nova utopia. **Portal Geledés**, 12 jul. 2011. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis/>. Acesso em: 06 jul. 2021

DIAS, S. Baixa oferta e desinformação dificultam acesso de mulheres a métodos contraceptivos de longa duração na rede pública. **Revista AZmina**, 2019. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/ministerio-da-saude-nao-compra-diu-sus/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

DINIZ, D; MEDEIROS, M; MADEIRO, A. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017

DIOP, C. A. **A unidade cultural da África negra**: esferas do patriarcado e do matriarcado na antiguidade clássica. 3. ed. Luanda: Mulemba, 2014. 193 p.

DUARTE, N. I. G; MORAES, L. L.; ANDRADE, C. B. A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3337-3346, maio 2018.

EKEOCHA, O. Abortion is a direct attack on human life. [S. l.: s. n.], 2016. 1 vídeo (3 min). Publicado pelo canal Walter B. Hoye II. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PNng4A4330Q>. Acesso em: 13 mar. 2021.

EMÍDIO, T. S. **Diálogos entre feminilidade e maternidade**: um estudo sob o olhar da mitologia e da psicanálise. São Paulo: Ed. Unesp, 2011.

EVARISTO, C. A escrevivência e seus subtextos. In: DUARTE, C. L.; NUNES, I. R. (org.). **Escrevivência**: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020a.

EVARISTO, C. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Rio de Janeiro: Malê, 2020b.

EVARISTO, C. **Becos da Memória**. Rio de Janeiro: Pallas, 2017. 200p.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

FANON, F. **Toward the african revolution**: political. Nova York: Grove Press, 1967.

FARIAS JÚNIOR, R. S. A cor presente: percepções sobre alunos cotistas negros. **Revista Cocar**, v. 12, n. 24, p. 316-342, dez. 2018.

FARIAS, M. G. **Culpabilização de mulheres vítimas de estupro**: subtipos femininos e variáveis correlatas. 2019. 167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

FAÚNDES, A. *et al.* Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 4, p. 1-2, abr. 2007.

FERNANDES, F. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Globo, 2008.

FLORESTAN, F. **Circuito fechado**: quatro ensaios sobre o “poder institucional”. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1979. p. 72.

FOLEGO, T. Criminalização do aborto mata mais mulheres negras. **Portal Geledés**, 28 set. 2019. <https://www.geledes.org.br/criminalizacao-do-aborto-mata-mais-mulheres-negras/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no College de France, 1975-1976. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FREIRE, A. Cabral defende aborto contra violência no Rio de Janeiro. **G1**, 24 out. 2007. Disponível em: <https://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,mul155710-5601,00-cabral+defende+aborto+contra+violencia+no+rio+de+janeiro.html>. Acesso em: 06 jul. 2021.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala**: formação da família brasileira sobre o regime da economia patriarcal. 52. ed. São Paulo: Global, 2013.

FREYRE, G. Aspectos da influência africana no Brasil. **Revista del CESLA**, n. 7, p. 369-384, 2005.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. **Impact of COVID-19 on family planning**: what we know one year into the pandemic. [S. l.]: UNFPA, 2021. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID_Impact_FP_V5.pdf. Acesso em: 06 jul. 2021

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**: Plataforma de Cairo. Cairo: UNFPA, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GEMRA, F.; ROJAS, P. F. B; GAMA, F. O. Visão de estudantes de medicina sobre aborto induzido em Palhoça- SC. **Arquivos Catarinense de Medicina**, v. 4, n. 49, p. 69-85, out. 2020.

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

GÓES, E. Sims era um salvador ou um sádico? Depende da cor das mulheres que você pergunta. **Portal Geledés**, 20 maio 2018. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/sims-era-um-salvador-ou-um-sadico-depender-da-cor-das-mulheres-que-voce-pergunta/>. Acesso em: 28 jul. 2021.

GOLLOP, T. R. Por que despenalizar o aborto? **Ciencia & Cultura**, v. 61, n. 3, p. 4-5, 2009. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252009000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2021.

GONZAGA, P. R. B.; MAYORGA, C. Violências e instituição maternidade: uma reflexão feminista decolonial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. 2, p. 59-73, 2019.

GONZALES, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Ciências Sociais Hoje**, p. 223-244, 1984.

GONZALEZ, L. O movimento negro na última década. *In*: GONZALEZ, L.; ASENBALG, C. **Lugar de negro**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.

GUERREIRO RAMOS, A. O problema do negro na sociologia brasileira. *In*: MARINI, R. M.; SANTOS, T. (ed.). **El pensamiento social latinoamericano en el siglo XX**. Caracas: UNESCO, 2000.

GUARNIERI, F. V.; MELO-SILVA, L. L. Cotas Universitárias no Brasil: análise de uma década de produção científica. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 21, n. 2, p. 183-193, maio 2017.

GUIMARÃES, A. S. A. Como trabalhar com “raça” em sociologia. **Educação e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 93-107, 2003.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

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

HOOKS, B. **Olhares negros**: raça e representação. São Paulo: Elefante, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. **Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 38, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Brasília: IBGE, 1986. (Suplemento especial).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA - INEP. **Censo da Educação Superior 2016**: Notas estatísticas. Brasília: INEP, 2016.

IPAS. **Delatando a las mujeres**: el deber de cada prestador/a de servicios de denunciar: implicaciones jurídicas y de derechos humanos para los servicios de salud reproductiva en Latinoamérica. Chapel Hill, NC: IPAS, 2016. <https://catarinas.info/wp-content/uploads/2018/05/CRIPPCS16-3.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA *et al.* **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4. ed. Brasília: Ipea, 2011.

JESUS, C. M. **Quarto de despejo**: diário de uma favela. São Paulo: Ática, 2014.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: episódios de racismo cotidiano. São Paulo: Cobogó, 2019. 150 p.

LADSON-BILLINGS, G. Discursos racializados e epistemologias étnicas. *In*: DENZIN, L. *et al.* **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 259-279.

LARROCA, L. M.; DOMINGOS, N. M. TDAH - Investigação dos critérios para diagnóstico do subtipo predominantemente desatento. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 16, n. 1, p. 113-123, jun. 2012.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, supl. 1, 2017.

LIMA BARRETO, A. H. **Sátiras e outras subversões**: textos inéditos. Organização, introdução, pesquisa e notas de Felipe Botelho Corrêa. São Paulo: Penguin Classics: Companhia das Letras, 2016.

LIMA BARRETO, A. H. **Toda crônica**: Lima Barreto. Organização: Beatriz Resende, Rachel Valença; Apresentação e notas de Beatriz Resende. Rio de Janeiro: Agir, 2004. v. 1-2.

LIMA, N. D. F.; CORDEIRO, R. L. M. Aborto, racismo e violência: reflexões a partir do feminismo negro. **Revista em Pauta**, v. 18, n. 46, p. 101-117, jul. 2020.

LOMBROSO, C. **O homem delinquente**. 3. reimpr. São Paulo: Ícone, 1997.

LOUREIRO, D. C.; VIEIRA, E. M. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2004.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil: um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563-572, fev. 2016.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, ago. 2017.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.; SANSONE, L. Raça, doença e saúde pública no Brasil: Um debate sobre o pensamento higienista no Brasil do século XIX. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MALIA, A. Quando internalizado de forma brutal, o racismo se torna um fator de risco à vida. **Jornal A Tarde**, 12 jul. 2020. Disponível em: <https://atarde.uol.com.br/saude/noticias/2132270-quando-internalizado-de-forma-brutal-o-racismo-se-torna-um-fator-de-risco-a-vida-diz-psicologo>. Acesso em: 18 fev. 2021.

MANUELA. Àbíkú. **Candomblé**, 7 maio 2008. Disponível em: <https://ocandomble.com/2008/05/17/abiku/>. Acesso em: 08 jun. 2021.

MARIZ, R.; FERREIRA, R. Em documento, ministério de Damares defende que início precoce da vida sexual leva à delinquência. **Jornal O Globo**, 26 jan. 2020.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. Tradução: Sebastião Nascimento. São Paulo: N-1, 2018.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, n. 32, p. 122-151, 2016.

MENDES, A. *et al.* **Dossiê mulher 2020**. 15. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2020.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 25, p. 193-204, abr. 2009.

MEYER, D. E. E. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Revista Gênero**, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005.

MOTT, M. L. B. Ser mãe: a escrava em face do aborto e do infanticídio. **Revista de História**, n. 120, p. 85-96, jan./jun.1989.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. Rio de Janeiro, 2003. Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação (PENESB).

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017. 229 p.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Perspectiva, 2016.

OBSERVATÓRIO DE SEGURANÇA. Violência e racismo na Bahia. **Observatório de Segurança**, 9 mar. 2020. Disponível em: <http://observatorioseguranca.com.br/violencia-e-racismo-na-bahia/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 1137-1142, dez. 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2000000400033>.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra**: Brasil ano 2001. Brasília: OPAS, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081_saude_popnegra.pdf. Acesso em: 18 fev. 2021.

OLIVEIRA, J. L. S.; QUEIROZ, I. S. Maternidade a partir da mitologia iorubá: Nanã, Iemanjá, Oxum e Iansã. **Revista África e Africanidades**, v. 12, n. 32, p. 11-18, nov. 2019.

OLIVEIRA, L. H. S. Escrivências: rastros biográficos em Becos da memória, de Conceição Evaristo. **Terra Roxa e Outras Terras – Revista de Estudos Literários**, v.17-B, p. 85-94, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;jsessionid=D9F87439F5D716241313E6D4188C7846?sequence=7. Acesso em: 18 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. [S. l.: s. n.], 1948.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 32, p. 25-32, maio 1998.

PANTA, M.; PALISSER, N. “Identidade nacional brasileira” versus “identidade negra”: reflexões sobre branqueamento, racismo e construções identitárias. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 195, n. 17, p. 116-127, ago. 2017.

PASSARINHO, N.; FRANCO, L. Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz. **BBC Brasil**, 26 jun. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368>. Acesso em: 20 jun. 2021.

PERPÉTUO, I.; WONG, L. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo na América Latina. *In*: CASTRO-GÓMEZ, S.; CORONIL, F.; DUSSEL, E. (ed.). **A colonialidade do saber eurocentrismo e ciências sociais perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2009.

GUIMARÃES, A. S. A. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo, 1999.

RAEDERS, G. **O conde Gobineau no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

RIO DE JANEIRO (Estado). Defensoria Pública Geral. **Entre a morte e a prisão**: quem são as mulheres criminalizadas pela prática do aborto no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

ROCHA, L. O. **Outraged mothering**: black women, racial violence, and the power of emotions in Rio de Janeiro's African diaspora. 2014. 365 f. Dissertation (Doctorate of Philosophy) – The University of Texas at Austin, Austin, 2014.

ROMERO, S. **História da literatura Brasileira**. São Paulo: Cultrix, 1975.

RONCADOR, S. O mito da mãe preta no imaginário literário de raça e mestiçagem cultural. **Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea**, n. 31, p. 129-152, jan./jun. 2008.

ROSÁRIO, C. C. Oxum e o feminino sagrado: algumas considerações sobre mito, religião e cultural. *In*: ENCONTRO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA - ENECULT, 4., 2008, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: [s. n.], 2008.

SAID, E. **Cultura e imperialismo**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2011.

SANTANA, A. E. C. O domínio sobre o corpo de mulheres negras e seus filhos. **Portal Geledés**, 25 ago. 2020. Disponível: <https://www.geledes.org.br/elsimar-coutinho-e-o-dominio-sobre-o-corpo-de-mulheres-negras-e-seus-filhos/>. Acesso em: 08 jun. 2021.

SANTOS, L. Q. *et al.* Direitos sexuais e reprodutivos no Brasil: uma abordagem jurídica prática e crítica. *In*: ENCONTRO DA ANDHEP, 9., 2016. **Anais [...]**. [S, l.: s. n.], 2016. Disponível em: <https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/09/artigo-dsrnobrasil.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SANTOS, D. B. R. Curso de branco: uma abordagem sobre acesso e permanência entre estudantes de origem popular nos cursos de saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). **Revista Espaço Acadêmico**, v. 23, n. 12, p. 31-50, abr. 2017.

SANTOS, K. Y. P.; LANARI, L. (org.) **Saúde mental, relações raciais e Covid-19**. São Paulo: [s. n.], 2020. 64 p. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Saude_mental_relacoes_raciais_e_Covid_19_FINAL2-1.pdf. Acesso: 18 fev. 2021.

SANTOS, L. N. **Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA**. 2014. 58 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SANTOS, T. S. Mulata e mãe preta do século XXI: discutindo representações de mulheres negras no Brasil. *In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO*, 11.; WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 13., 2017, Florianópolis. **Anais eletrônicos** [...]. Florianópolis: [s. n.], 2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499174405_ARQUIVO_ThaisSantosFazendoGenero.pdf. Acesso em: 08 jun. 2021.

SANTOS, B. D. S. **Pela mãos de Alice**: o social e o político na pós modernidade. 7. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1999.

SÃO PAULO (Município). Câmara Municipal de São Paulo. Projeto de Lei 01-00352/2019. Vereador Fernando Holiday (DEM). Disponível em: <http://documentacao.saopaulo.sp.leg.br/iah/fulltext/projeto/PL0352-2019.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SCAVONE, L. Políticas feministas do aborto. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 675-680, ago. 2008.

SCHUCMAN, L. **Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo"**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. 2012. 122 f. Tese (Doutorado) –Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. p. 108-110.

SCHWARCZ, L. M. Lima Barreto: termômetro nervoso de uma frágil república. *In: LIMA BARRETO, A. H. Contos completos*. Organização e introdução Lilia Moritz Schwarcz. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

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

SCOTT, J. W. Usos e abusos do gênero. **Projeto História**, n. 45, p. 327-351, dez. 2012.

SILVA, E. F. *et al.* Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: percepção de profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 1-2, out. 2015.

SILVA, F. C. Maternidade negra em um defeito de cor: a representação literária como disrupção do nacionalismo. **Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea**, n. 54, p. 245-275, ago. 2018.

SIMÃO, A. B; MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A. J. O recorte raça/cor e a saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife: uma análise exploratória sobre a realização de consultas ginecológicas, 2002. *In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS*, 14., 2004, Caxambu. **Anais** [...]. Belo Horizonte: ABEP, 2002.

SKIDMORE, T. E. **Preto no branco**: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro (1870-1930). Tradução: Donaldson M. Garschagen. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SOARES, L. V.; MACHADO, P. S. "Escrevivências" como ferramenta metodológica na produção de conhecimento em Psicologia Social. **Revista Psicologia Política**, v. 17, n. 39, p. 203-219, ago. 2017.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 399-406, 2003.

SOUZA, P. G. A. *et al.* Perfil Socioeconômico e Racial de Estudantes de Medicina em uma Universidade Pública do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 3, p. 1-11, maio 2020.

SOUZA, E. G. L.; ARAÚJO, P. C. Deslocando as relações de gênero: infâncias e candomblé, contribuições para a educação com crianças pequenas. **Revista Zero-A-Seis**, v.20, n. 37 p. 142-156, jan./jun. 2018.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

STEPAN, N. L. **A hora da eugenia:** raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TAMANO, L. T. O. *et al.* O cientificismo das teorias raciais em O cortiço e Canaã. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. 3, p. 757-774, set. 2011.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS. UNA-SUS abre nova turma para o curso Saúde da População Negra. **UNA-SUS**, 4 ago. 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/una-sus-abre-nova-turma-para-o-curso-saude-da-populacao-negra>. Acesso em: 18 fev. 2021.

VÁSQUEZ, G. Maternidade e feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, v. 3, n. 6, p.167-181, jan./jun. 2014.

VELECI, N. N. **Cadê Oxum no espelho constitucional?:** os obstáculos sócio-político-culturais para o combate às violações dos direitos dos povos e comunidades tradicionais de terreiro. 2017. 145 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

VIANA, F. J. O. O tipo brasileiro e seus elementos formadores. *In*: INSTITUTO HISTÓRICO GEOGRÁFICO BRASILEIRO. **Dicionário histórico, geográfico e ethnográfico do Brasil**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1922.

VILLA-NOVA, C. Ministra Damares Alves agiu para impedir aborto em criança de 10 anos. **Folha de São Paulo**, 20 set. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/09/ministra-damares-alves-agiu-para-impedir-aborto-de-crianca-de-10-anos.shtml>. Acesso em: 12 ago. 2021.

VITÓRIA, A. S.; MACIEL, I. D. S. Mulheres negras e aborto: diálogos sobre um processo de resistência. **Revista África e Africanidades**, v. 12, n. 33, p. 1-20, fev. 2020.

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

WERNECK, J. O belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tec-nologias. *In*: RPTAMOA, A. A.; WERNECK, J. (ed.). **Sob o signo das bios:** vozes críticas da sociedade civil. Rio de Janeiro: E-Papers. 2004. p. 49-62.

WEYLER, A. R. A loucura e a República no Brasil: a influência das Teorias Raciais. *In: Psicologia USP*, v. 17, n. 1, p. 17-34, 2006.

WILDE, O. **O retrato de Dorian Gray**. [S. l.: s. n.], 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (org.). **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: WHO, 2017. 24 p. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. Acesso em: 18 fev. 2020.

YALOM, M. **A história do seio**. Lisboa: Teorema, 1997.

YAM, E. A.; DRIES-DAFFNER, I.; GARCÍA, S. G. Abortion opinion research in Latin America and the Caribbean: a review of the literature. **Studies in Family Planning**, v. 37, n. 4, p. 225-240, 2006.

ZAGO, N. Do acesso à permanência no ensino superior: percursos de estudantes universitários de camadas populares. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 32, p. 226-237, ago. 2006.

ZANAGA, F. P. As práticas higienistas no Rio de Janeiro do início do século XX através das crônicas de Lima Barreto. **Olho D'água**, v. 12, n. 2, p. 88-101, 19 ago. 2020.

ANEXO A – PRINCIPIA

Principia (part. Fabiana Cozza, Pastor Henrique Vieira e Pastoras do Rosário)

[Pastoras do Rosário]

Lá-ia, lá-ia, lá-ia

Lá-ia, lá-ia, lá-ia

Lá-ia, lá-ia, lá-ia

Lá-ia, lá-ia, lá-ia

[Emicida]

Com o cheiro doce da arruda

Penso em buda, calmo

Tenso, busco uma ajuda

Às vezes me vem um salmo

Tira a visão que iluda, é tipo um oftalmo

E eu, que vejo além de um palmo

Por mim, tu, Ubuntu, algo almo

Se for pra crer no terreno

Só no que nós tá vendo memo

Resumo do plano é baixo, pequeno

Mundano, sujo, inferno e veneno

Frio, inverno e sereno

Repressão e regressão

É um luxo ter calma, a vida escalda

Tento ler almas pra além de pressão

Nações em declive na mão desse Barrabás

Onde o milagre jaz

Só prova a urgência de livros

Perante o estrago que um sabre faz

Imersos em dívidas ávidas

Sem noção do que são dádivas

No tempo onde a única que ainda corre livre aqui são nossas lágrimas

E eu voltei pra matar, tipo infarto

Depois fazer renascer, estilo um parto

Eu me refaço, farto, descarto

De pé no chão, homem comum

Se a bênção vem a mim, reparto

Invado cela, sala, quarto

Rodei o globo, hoje tô certo de que

Todo mundo é um

[Emicida e Pastoras do Rosário]

Tudo, tudo, tudo, tudo que nós tem é nós

Tudo, tudo, tudo que nós tem é

Tudo, tudo, tudo que nós tem é nós

Tudo, tudo, tudo que nós tem é

Tudo, tudo, tudo, tudo que nós tem é nós

Tudo, tudo, tudo que nós tem é

Tudo, tudo, tudo que nós tem é nós
Tudo, tudo, tudo que nós tem é

[Emicida]

Cale o cansaço, refaça o laço
Ofereça um abraço quente
A música é só uma semente
Um sorriso ainda é a única língua que todos entende
Cale o cansaço, refaça o laço
Ofereça um abraço quente
A música é só uma semente
Um sorriso ainda é a única língua que todos entende
(Tio, gente é pra ser gentil)

Tipo um girassol, meu olho busca o Sol
Mano, crer que o ódio é a solução
É ser sommelier de anzol
Barco à deriva, sem farol
Nem sinal de aurora boreal
Minha voz corta a noite igual um rouxinol
Meu foco de pôr o amor no hall

[Fabiana Cozza]

Tudo que bate é tambor
Todo tambor vem de lá
Se o coração é o senhor, tudo é África
Pus em prática
Essa tática
Matemática, falou?
Enquanto a terra não for livre, eu também não sou
Enquanto ancestral de quem tá por vir, eu vou
E cantar com as menina enquanto germina o amor
É empírico, meio onírico, tipo Kiriku, meu espírito
Quer que eu tire de tu a dor

[Emicida]

É mil volts a descarga de tanta luta
Adaga que rasga com força bruta
Deus, por que a vida é tão amarga
Na terra que é casa da cana de açúcar?
E essa sobrecarga frustra o gueto
Embarga e assusta ser suspeito
Recarga que pus, é que igual Jesus
No caminho da luz, todo mundo é preto
Ame, pois

Simbora que o tempo é rei
Vive agora, não há depois
Ser tempo da paz, como um cais que vigora nos maus lençóis
É um-dois, um-dois, não julgue o playboy
Como monge sois, fonte como sóis

No front sem bois, forte como nós
Lembra: A rua é nós

[Emicida e Pastoras do Rosário]
(Tudo, tudo, tudo, tudo que nós tem é nós)
Tudo, tudo, tudo que nós tem é nós
(Tudo, tudo, tudo que nós tem é)
Tudo, tudo, absolutamente tudo
(Tudo, tudo, tudo que nós tem é nós)
Tudo que nós tem é isso, uns aos outros
(Tudo, tudo, tudo que nós tem é)
Tudo que nós tem é uns aos outros, tudo

[Pastor Henrique Vieira]
Vejo a vida passar num instante
Será tempo o bastante que tenho pra viver?
Não sei, não posso saber
Quem segura o dia de amanhã na mão?
Não há quem possa acrescentar um milímetro a cada estação
Então, será tudo em vão? Banal? Sem razão?
Seria, sim, seria se não fosse o amor
O amor cuida com carinho, respira o outro, cria o elo
No vínculo de todas as cores, dizem que o amor é amarelo
É certo na incerteza
Socorro no meio da correnteza
Tão simples como um grão de areia
Confunde os poderosos a cada momento
Amor é decisão, atitude
Muito mais que sentimento
É alento, fogueira, amanhecer
O amor perdoa o imperdoável
Resgata dignidade do ser
É espiritual
Tão carnal quanto angelical
Não tá num dogma, ou preso numa religião
É tão antigo quanto a eternidade
Amor é espiritualidade
Latente, potente, preto, poesia
Um ombro na noite quieta
Um colo para começar o dia
Filho, abraça sua mãe
Pai, perdoe seu filho
Pais é reparação, fruto de paz
Paz não se constrói com tiro
Mas eu o miro, de frente, na minha fragilidade
Eu não tenho a bolha da proteção
Queria guardar tudo que amo
Num castelo da minha imaginação
Mas eu vejo a vida passar num instante
Será tempo o bastante que tenho para viver?
Eu não sei, eu não posso saber

Mas enquanto houver amor
Eu mudarei o curso da vida
Farei um altar para comunhão
Nele eu serei um com o mundo
Até ver o ubuntu da emancipação
Porque eu descobri o segredo que me faz humano
Já não está mais perdido o elo
O amor é o segredo de tudo
E eu pinto tudo em amarelo

ANEXO B – YÁ YÁ MASSEMBA

Yá Yá Massemba

Que noite mais funda calunga
 No porão de um navio negreiro
 Que viagem mais longa candonga
 Ouvindo o batuque das ondas
 Compasso de um coração de pássaro
 No fundo do cativoiro
 É o semba do mundo calunga
 Batendo samba em meu peito
 Kawo kabiecile kawo
 Okê arô oke
 Quem me pariu foi o ventre de um navio
 Quem me ouviu foi o vento no vazio
 Do ventre escuro de um porão
 Vou baixar o seu terreiro
 Epa raio, machado, trovão
 Epa justiça de guerreiro
 Ê semba ê
 Samba á
 O batuque das ondas
 Nas noites mais longas
 Me ensinou a cantar
 Ê semba ê
 Samba á
 Dor é o lugar mais fundo
 É o umbigo do mundo
 É o fundo do mar
 No balanço das ondas
 Okê aro
 Me ensinou a bater seu tambor
 Ê semba ê
 Samba á
 No escuro porão eu vi o clarão
 Do giro do mundo

 Que noite mais funda calunga
 No porão de um navio negreiro
 Que viagem mais longa candonga
 Ouvindo o batuque das ondas
 Compasso de um coração de pássaro
 No fundo do cativoiro
 É o semba do mundo calunga
 Batendo samba em meu peito
 Kawo kabiecile kawo
 Okê arô oke

Quem me pariu foi o ventre de um navio
Quem me ouviu foi o vento no vazio
Do ventre escuro de um porão
Vou baixar o seu terreiro
Epa raio, machado, trovão
Epa justiça de guerreiro
Ê semba ê ê samba á
É o céu que cobriu nas noites de frio
Minha solidão
Ê semba ê ê samba á
É oceano sem fim, sem amor, sem irmão
Ê kaô quero ser seu tambor

Ê semba ê ê samba á
Eu faço a lua brilhar o esplendor e clarão
Luar de luanda em meu coração

Umbigo da cor
Abrigo da dor
A primeira umbigada massemba yáyá
Massemba é o samba que dá

Vou aprender a ler
Pra ensinar os meu camaradas!

ANEXO C – COTA NÃO É ESMOLA

Cota não é esmola

Existe muita coisa que não te disseram na escola
 Cota não é esmola
 Experimenta nascer preto na favela, pra você ver
 O que rola com preto e pobre não aparece na TV
 Opressão, humilhação, preconceito
 A gente sabe como termina quando começa desse jeito
 Desde pequena fazendo o corre pra ajudar os pais
 Cuida de criança, limpa a casa, outras coisas mais
 Deu meio-dia, toma banho, vai pra escola a pé
 Não tem dinheiro pro busão
 Sua mãe usou mais cedo pra correr comprar o pão
 E já que ela tá cansada quer carona no busão
 Mas como é preta e pobre, o motorista grita: Não!
 E essa é só a primeira porta que se fecha
 Não tem busão, já tá cansada, mas se apressa
 Chega na escola, outro portão se fecha
 Você demorou, não vai entrar na aula de história
 Espera, senta aí, já já da uma hora
 Espera mais um pouco e entra na segunda aula
 E vê se não se atrasa de novo, a diretora fala
 Chega na sala, agora o sono vai batendo
 E ela não vai dormir, devagarinho vai aprendendo que
 Se a passagem é três e oitenta, e você tem três na mão
 Ela interrompe a professora e diz: Então não vai ter pão
 E os amigos que riem dela todo dia
 Riem mais e a humilham mais, o que você faria?
 Ela cansou da humilhação e não quer mais escola
 E no natal ela chorou, porque não ganhou uma bola
 O tempo foi passando e ela foi crescendo
 Agora lá na rua ela é a preta do suvaco fedorento
 Que alisa o cabelo pra se sentir aceita
 Mas não adianta nada, todo mundo a rejeita
 Agora ela cresceu, quer muito estudar
 Termina a escola, a apostila, ainda tem vestibular
 E a boca seca, seca, nem um cuspe
 Vai pagar a faculdade, porque preto e pobre não vai pra USP
 Foi o que disse a professora que ensinava lá na escola
 Que todos são iguais e que cota é esmola

Cansada de esmolos e sem o dim da faculdade
 Ela ainda acorda cedo e limpa três apartamentos no centro da cidade
 Experimenta nascer preto, pobre na comunidade
 Cê vai ver como são diferentes as oportunidades

E nem venha me dizer que isso é vitimismo
 Não bota a culpa em mim pra encobrir o seu racismo
 E nem venha me dizer que isso é vitimi
 Que isso é vitimi
 Que isso é vitimismo

E nem venha me dizer que isso é vitimismo
 Não bota a culpa em mim pra encobrir o seu racismo
 E nem venha me dizer que isso é vitimi
 Que isso é vitimi
 Que isso é vitimismo

São nações escravizadas
 E culturas assassinadas
 A voz que ecoa no tambor

Chega junto, e venha cá
 Você também pode lutar
 E aprender a respeitar
 Porque o povo preto veio para revolucionar

Não deixem calar a nossa voz não!
 Não deixem calar a nossa voz não!
 Não deixem calar a nossa voz não!
 Re-vo-lu-ção

Não deixe calar a nossa voz não!
 Não deixe calar a nossa voz não!
 Não deixe calar a nossa voz não!
 Re-vo-lu-ção
 Nascem milhares dos nossos cada vez que um nosso cai
 Nascem milhares dos nossos cada vez que um nosso cai

Nascem milhares (Marielle Franco, presente)
 Dos nossos
 Nascem milhares dos nossos cada vez que um nosso cai
 E é peito aberto, espadachim do gueto, nigga samurai!
 É peito aberto, espadachim do gueto, nigga
 Peito aberto, espadachim do gueto, nigga
 Peito aberto, espadachim do gueto, nigga
 Peito aberto, espadachim do gueto, nigga samurai!
 (Peito aberto, espadachim) É peito aberto, espadachim do gueto, nigga
 (Peito aberto, espadachim) É peito aberto, espadachim do gueto, nigga
 É peito aberto, espadachim do gueto, nigga
 É peito aberto, espadachim do gueto, nigga samurai!

Vamo pro canto onde o relógio para
 E no silêncio o coração dispara
 Vamo reinar igual Zumbi e Dandara
 Ô Dara, ô Dara
 Vamo pro canto onde o relógio para
 No silêncio o coração dispara
 Ô Dara, ô Dara

Experimenta nascer preto, pobre na comunidade
Cê vai ver como são diferentes as oportunidades
E nem venha me dizer que isso é vitimismo hein
Não bota a culpa em mim pra encobrir o seu racismo
Existe muita coisa que não te disseram na escola
Eu disse, cota não é esmola
Cota não é esmola
Eu disse, cota não é esmola
Cota não é esmola
Cota não é esmola
Cota não é esmola
Eu disse, cota não é esmola
Cota não é esmola
Cota não é esmola
Cota não é esmola

São nações escravizadas
E culturas assassinadas
É a voz que ecoa do tambor
Chega junto, e venha cá
Você também pode lutar
E aprender a respeitar
Porque o povo preto veio re-vo-lu-cio-nar

Compositores: Bia Ferreira

ANEXO D – MULHER DO FIM DO MUNDO

Mulher do fim do mundo

Meu choro não é nada além de carnaval
É lágrima de samba na ponta dos pés
A multidão avança como vendaval
Me joga na avenida que não sei qualé

Pirata e Super Homem cantam o calor
Um peixe amarelo beija minha mão
As asas de um anjo soltas pelo chão
Na chuva de confetes deixo a minha dor

Na avenida deixei lá
A pele preta e a minha voz
Na avenida deixei lá
A minha fala, minha opinião
A minha casa, minha solidão
Joguei do alto do terceiro andar

Quebrei a cara e me livreii do resto dessa vida
Na avenida dura até o fim
Mulher do fim do mundo
Eu sou e vou até o fim cantar

Meu choro não é nada além de carnaval
É lágrima de samba na ponta dos pés
A multidão avança como vendaval
Me joga na avenida que não sei qualé

Pirata e Super Homem cantam o calor
Um peixe amarelo beija minha mão
As asas de um anjo soltas pelo chão
Na chuva de confetes deixo a minha dor

Na avenida deixei lá
A pele preta e a minha voz
Na avenida deixei lá
A minha fala, minha opinião
A minha casa, minha solidão
Joguei do alto do terceiro andar

Quebrei a cara e me livreii do resto dessa vida
Na avenida dura até o fim
Mulher do fim do mundo
Eu sou e vou até o fim cantar

Mulher do fim do mundo
Eu sou, eu vou até o fim cantar

Cantar

Eu quero cantar até o fim

Me deixem cantar até o fim

Até o fim eu vou cantar

Eu vou cantar até o fim

Eu sou mulher do fim do mundo

Eu vou, eu vou, eu vou cantar, me deixem cantar até o fim

La, la, la, la, la, la, la

La, la, la, ia, la, la, la, ia

Até o fim eu vou cantar, eu quero cantar

Eu quero é cantar, eu vou cantar até o fim

La, la, la, la, la, la, la, la, ia

Eu vou cantar, eu vou cantar, me deixem cantar até o fim

Me deixem cantar até o fim

Me deixem cantar

Me deixem cantar até o fim

Compositores: Romulo Froes / Alice Coutinho

ANEXO E – DENTRO DE CADA UM**Dentro de cada um**

A mulher dentro de cada um
Não quer mais silêncio, psiu
A mulher de dentro de mim cansou de pretexto
A mulher de dentro de casa fugiu do seu texto

E vai sair de dentro de cada um
A mulher vai sair
E vai sair de dentro de quem for
A mulher é você

De dentro da cara a tapa
De quem já levou porrada na vida
De dentro da mala do cara
Que te esquartejou, te encheu de ferida
Daquela menina acuada
Que tanto sofreu e morreu sem guarida
Daquele menino magoado
Que não alcançou a porta de saída

E vai sair de dentro de cada um
A mulher vai sair
E vai sair de dentro de quem for
A mulher é você

A mulher dentro de cada um não quer mais incenso
A mulher de dentro de mim cansou desse tempo
A mulher de dentro da jaula prendeu seu carrasco

E vai sair de dentro de cada um
A mulher vai sair
E vai sair de dentro de quem for
A mulher é você

De dentro do carro do moço
Que te maltratou e pensou que era fácil
De dentro da ala das loucas
Vendendo saúde a troco de nada
Daquela mocinha suada
Que vendeu o corpo pra ter outra chance
Daquele mocinho matado
Jogado no canto por ser diferente

E vai sair de dentro de cada um
A mulher vai sair
E vai sair de dentro de quem for
A mulher é você
E vai sair de dentro de cada um

A mulher vai sair
E vai sair de dentro de quem for
A mulher é você

Sou eu, a mulher sou eu
Sou eu, a mulher sou eu
Sou eu, a mulher sou eu

Compositores: Luciano Mello / Pedro Loureiro

ANEXO F – OS PRETINHOS BEM

Os pretinhos bem

Dizem que eu sou agressivo, mas mano eu não acho
De perto de mim racistas eu despacho
Cêis vêem despacho e dizem Deus me livre
Eu faço despacho, Eu sou um preto livre

Na fé de quem me orienta que é meu Orixá
Cêis calarem nossa voz eu não posso deixar
O que é bom e tem minha cor eles querem pintar
De branco, é dizer que é deles pra depois lucrar

A muito tempo eles caçam nosso povo
Usando nosso próprio povo como cão de caça
E o nosso povo morde o nosso próprio povo
Pois mano, pro nosso povo a carne e sempre escassa, desgraça

E as orações pra um Deus pintado de branco não surtem efeito
Um defeito de cor
E as orações pra um Deus pintado de branco não surtem efeito
Pelas pretas e máscaras brancas

Então procure por mim na tempestade
Que no vento de Oya eu vou causar tumulto
Eu causo alarde pois a causa é alarmante
E dessas lagartixa eu não aceito insulto

Ofensivo né? Viu como é ruim?
E cêis ainda chamam os preto de macaco
Eu recolho meus cacos feito uma Fênix com uma tocha no bico
E que a cada agressão eu me refaça, eu renasço

Eu só quero os pretinho bem

O pensamento é um furacão
Que move e remove tudo sem explicação
Eu me perco no tempo, me sinto ao relento
Por que todo contratempo vem com cheiro de missão, então segura que eu...

Assumo a culpa, assumo as contas, seguro as pontas, meiuca
Já fui mais tonta e cabeluda agora só meto a maluca
De tanto lidar com biruta, é tanta desculpa barata
Mexem tanto na sua cuca, todo dia isso te mata

Nem respira, parece tão comum
As poucos a mente sente que vai definhar

A sobrevivida sendo apenas mais um
Que não sabe se hoje poderá voltar
Quanto mais precisam morrer
Até que essa guerra acabe
Marielle disse e ainda que o ciclo se repetisse
Mostrou o que geral já sabe

If you don't know, now you know
If you don't know, now you know
If you don't know, now you know
É tanta dor que no verso no cabe

Que Oya me guarde, fortaleça minha vontade
De viver e a você que nunca seja tarde
Nos livre da maldade, da mediocridade
De morrer na mão desses covarde

Eu só quero os pretinho bem