

Legalização do aborto com enfrentamento ao racismo: as mulheres negras querem justiça reprodutiva

Emanuelle Goes

Sangrias

Cite this paper

Downloaded from [Academia.edu](#) 

[Get the citation in MLA, APA, or Chicago styles](#)

Related papers

[Download a PDF Pack](#) of the best related papers 



[Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento ...](#)

Emanuelle Goes

[O útero tomado de assalto- Theumer Emmanuel](#)

Emmanuel Theumer

[Caderno_ versao_ atual \(1\) \(1\).pdf](#)

Emanuelle Goes, Flavia Nascimento, Raquel Souzas

Legalização do aborto com enfrentamento ao racismo: as mulheres negras querem justiça reprodutiva

Emanuelle Aduni Goes

O aborto é um fenômeno que faz parte das experiências reprodutivas de diversas mulheres no mundo, que em contextos distintos e adversos estão expostas a complicações ao realizá-lo. Mesmo em situação de legalidade, as mulheres enfrentam dificuldades desde a decisão da interrupção da gravidez, no acesso ao serviço de aborto seguro e nos cuidados pós-aborto (DORAN; NANCARROW, 2015; GANATRA; FAUNDES, 2016).

No Brasil, o fato de o aborto ser ilegal não impede a sua realização e faz parte do cotidiano das mulheres. Neste sentido, a prática do aborto é frequente entre as mulheres de diferentes classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais, religiões e regiões, tal como tem sido evidenciado por pesquisas populacionais de âmbito nacional (DINIZ; MEDEIROS, 2010; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Diversas são as formas para a realização do aborto clandestino com 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 e são as mulheres negras as mais expostas a esta situação. O abortamento clandestino e inseguro eleva as taxas de complicações pós-aborto mal-sucedido, expressas em internações hospitalares e em mortes

maternas. Os dados do Sistema de Morbidade Hospitalar do Ministério da Saúde revelam que no ano de 2016 houve 195.860 internações por consequências do aborto e 62,4% dos casos eram mulheres negras.

No mundo, são realizados cerca de 22 milhões de abortos por ano, e estima-se que 47 mil pessoas morram anualmente de complicações decorrentes do recurso a práticas inseguras para a interrupção da gravidez, segundo a Organização Mundial de Saúde. O aborto inseguro é definido como procedimento para interromper a gravidez não planejada/pretendida realizada por pessoas sem as habilidades necessárias, em um ambiente que não esteja em conformidade com mínimos padrões médicos, ou ambos, sendo ainda uma das principais causas de morte materna.

São as mulheres negras as principais vítimas da ilegalidade pois, além de estarem mais expostas ao aborto inseguro, são as que mais sofrem violência obstétrica no serviço de saúde para a finalização e complicações do aborto, tanto provocado quanto espontâneo. Assim como são elas as que mais sofrem com as denúncias realizadas pelos profissionais de saúde.

A suspeita do aborto provocado amplia os riscos de complicação pós-abortamento, agravando inclusive sofrimentos mentais, que poderiam ser minimizados se mulheres nessas condições fossem atendidas adequadamente (KALCKMANN; PINTO, 2010). Segundo Madeiro e Rufino (2017) na pesquisa realizada em São Luiz, uma em cada três mulheres em situação de abortamento relatam ter sofrido alguma forma de violência institucional durante a hospitalização, entre as quais estão ameaças de denúncia à polícia.

O estudo realizado pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro⁴ demonstrou que 65% dos casos de denúncias das mulheres que tiveram aborto são realizadas por profissionais de saúde (enfermeiras

⁴ DPRJ traça perfil de mulheres criminalizadas pela prática do aborto. Disponível em: <http://www.defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/5372-DPRJ-aponta-perfil-da-mulher-criminalizada-pela-pratica-do-aborto>

e médicos) durante atendimentos emergenciais. Neste sentido, a criminalização de pacientes pela prática do aborto é uma das principais formas de entrada das brasileiras no sistema penal. São as mulheres pobres, majoritariamente negras, as mais criminalizadas e que recorreram ao aborto medicamentoso de forma autônoma ou a procedimentos totalmente inseguros em clínicas ou em casa com a introdução de objetos perfurantes e substâncias corrosivas, precisando finalizar o aborto malsucedido e suas complicações no hospital.

O medo de ser maltratada e criminalizada retardam a procura pelos serviços de saúde. A pesquisa sobre Racismo e Aborto (GOES, 2018) demonstrou que as mulheres pretas relatam mais que o dobro que as brancas medo de procurarem o serviço. As mulheres negras esperam a “situação limite” para procurar o serviço, mesmo diante de uma situação de agravamento do quadro clínico.

O histórico negativo das experiências de violências institucionais revertidas em racismo institucional nos serviços de saúde, pode ser um fator determinante no retardando pela procura por atendimento para as mulheres negras. As pesquisas evidenciam isso (BATISTA et al., 2016; DINIZ et al., 2016; GOES; NASCIMENTO, 2013; LEAL et al., 2017; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007; MARTINS, 2006) e as histórias publicizadas das mulheres que realizaram aborto inseguro também, como o caso de Ingriane Barbosa Carvalho de Oliveira⁵, negra, 31 anos, que morreu de infecção generalizada por introduzir um talo de mamona no útero para interromper uma gravidez de aproximadamente quatro meses, apesar de apresentar sinais e sintomas de infecção, só procurou o serviço de saúde quatro dias depois de realizar o procedimento mal sucedido, ou seja, o medo de ser mal tratada retardou a ida de Ingriane ao serviço de saúde, aumentando as complicações e levando a morte.

⁵ A morte evitável de Ingriane. Disponível em: <http://catarinas.info/a-morte-evitavel-de-ingriane-e-lembrada-em-audiencia-publica-sobre-aborto/>.

Ao realizarem aborto inseguro as mulheres sofrem discriminação e violência institucional nos serviços de saúde como retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas (KALCKMANN; PINTO, 2010).

A Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, mostra que mulheres em situação de abortamento, elas estão mais expostas à violência institucional. Mais da metade (53%) respondeu ter sofrido algum tipo de violência, como ameaças ou serem tratadas com descaso e muitas vezes a falta do atendimento imediato pode agravar o quadro de saúde (FARIA, 2013).

Segundo Carneiro; Iriart; Menezes (2013), numa pesquisa realizada em Salvador sobre experiência de mulheres internadas por abortamento provocado, esta foi marcada por sentimentos negativos, tanto pela dor física quanto emocional, mas ao mesmo tempo um alívio com o fim da gravidez e do risco de morte. No entanto, sofrimento adicional foi apontado pelas mulheres tendo sido condicionado pela ausência de cuidado e atitudes de discriminatórias por conta do aborto realizado.

As mulheres sofrem violências institucionais por conta do estigma do aborto, as mulheres negras experimentam situações distintas, sobretudo as de pele mais escura, que apresentam mais dificuldades institucionais na internação hospitalar (“esperar muito para ser atendida”, “aguardar vaga/leito”, “parturientes eram atendidas primeiro”). O racismo institucional com estigma do aborto redobra o risco das mulheres negras de sofrerem violência obstétrica, o que se denomina discriminação interseccional (GOES, 2018).

Neste sentido, torna-se necessário considerar a dimensão da justiça reprodutiva, pois, as mulheres negras vivenciam um conjunto complexo de opressões e hierarquias reprodutivas. Segundo Loreta Ross (2006) vista como uma teoria interseccional, a Justiça Reprodutiva

emerge das experiências de mulheres negras que vivenciam um conjunto complexo de opressões e hierarquias reprodutivas. Baseia-se no entendimento de que os impactos das opressões de raça, classe, gênero e de orientação sexual não são aditivos, mas integrativos, produzindo esse paradigma de interseccionalidade, gerando a discriminação interseccional.

A feminista afro-americana Kimberlé Crenshaw (2002) conceitua a interseccionalidade como uma associação de sistemas múltiplos de subordinação, sendo descrita de várias formas como discriminação composta, cargas múltiplas, como dupla ou tripla discriminação, que concentra problemas e busca capturar as consequências estruturais de dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. A interação das opressões do racismo e do sexismo irá produzir para as mulheres negras outros efeitos no percurso da vida e nas condições de saúde; neste sentido, teóricas e pesquisadoras negras apresentam o conceito interseccionalidade de raça e gênero, conceito este forjado dentro do feminismo negro, na preocupação de dar conta dessas duas dimensões e de outras categorias de opressão.

Para as mulheres negras o racismo e seus mecanismos se expressam nas relações interpessoais e afetivas, mas também interferem nas práticas de saúde. As mulheres afro-estadunidense referem de forma semelhante, as mulheres negras brasileiras, como o racismo prejudica a saúde reprodutiva, atuando com um mediador dos comportamentos individuais, das relações interpessoais e do acesso aos serviços (PRATHER et al., 2016).

E as barreiras geradas pelo racismo dificulta o acesso das mulheres negras aos serviços de saúde e uma atenção integral voltada às suas necessidades. Ao agregarem-se a outros fatores de opressão, potencializam a situação de vulnerabilidades destas mulheres. O racismo é um sistema estruturante gerador de comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que fundamentam desigualdades

evitáveis e injustas entre grupos da sociedade, baseadas na raça ou etnia. Quando institucionalizado, isto é, praticado em instituições, o racismo obstrui o acesso a bens, serviços e oportunidades, estando subjacente às normas que orientam as ações destas instituições, mesmo sem ser legalizado (FERDINAND; PARADIES; KELAHER, 2012; JONES, 2000; WERNECK, 2016).

Nos EUA são as negras, latinas e de menor renda que exibem as taxas mais elevadas de aborto quando comparadas às brancas e àquelas de maior status socioeconômico. Pesquisas referem que as altas taxas de aborto entre as mulheres negras e latinas estão associadas às disparidades raciais e às questões socioeconômicas, levando a falta de acesso ao planejamento reprodutivo e a baixa oferta de métodos contraceptivos, fatores que convergem para a maior ocorrência de gravidez não prevista (DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013; DEHLENDORF; WEITZ, 2011; PRICE, 2011).

As iniquidades em saúde ainda são um impeditivo para o acesso de qualidade aos serviços, já que, como visto, mesmo quando o aborto é legal, existe restrição a sua realização, desde a ausência de serviços locais, sobretudo em áreas distantes dos centros urbanos, insuficiência de recursos e insumos, até a permanência de atitudes negativas dos profissionais no atendimento, aspectos que fazem parte da realidade de muitas mulheres que terminam por se submeterem a aborto inseguro, mesmo este lhe sendo permitido pela lei (DORAN; NANCARROW, 2015).

Neste sentido, o que as evidências científicas mostram e as denúncias apresentadas pelos movimentos de mulheres negras revelam é que o racismo afeta a forma como as mulheres negras vivenciam os seus eventos reprodutivos, configurando cenários desfavoráveis na gravidez e, diante da sua decisão pela sua interrupção, dificultando a busca pelo cuidado e o acesso à internação hospitalar para a finalização do aborto.

Os processos singulares vivenciados pelas mulheres negras vão delinear caminhos distintos e o campo da saúde reprodutiva evidencia nitidamente essas diferenças experienciadas por elas, por conta do pertencimento racial, como direitos, autonomia, tomadas de decisões e escolhas reprodutivas, que são estruturados pelo racismo e suas diversas formas, daí a necessidade de assegurarmos as singularidades que conformam as mulheres negras dentro do processo coletivo no reconhecimento como sujeitas de direitos e com histórias de vida (GOES, 2016).

Neste sentido, as reivindicações pela legalização do aborto não podem estar descoladas do enfrentamento ao racismo que estrutura a nossa sociedade nas suas diversas formas, pois para as mulheres negras a presença do racismo impede o exercício de direitos reprodutivos, quer na escolha de ter filhos e vê-los crescer de forma segura, quer para realizar aborto sem riscos, a questão racial, a superação das desigualdades raciais precisam compor a bandeira de reivindicações do movimento de mulheres e feministas na agenda dos direitos reprodutivos para que se aja justiça

REFERENCIAS

BAIROS, F. S. DE; MENEGHEL, S. N.; OLINTO, M. T. A. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 17, n. 2, p. 138–141, jun. 2008.

BATISTA, L. E. *et al.* Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: Uma proposta de intervenção. *Saude e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 689–702, 2016.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. DE S. Largada

sozinha, mas tudo bem: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 45, p. 405–418, jun. 2013.

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

DEHLENDORF, C.; HARRIS, L. H.; WEITZ, T. A. Disparities in abortion rates: A public health approach. *American Journal of Public Health*, v. 103, n. 10, p. 1772–1779, 2013.

DEHLENDORF, C.; WEITZ, T. Access to Abortion Services: A Neglected Health Disparity. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, v. 22, n. 2, p. 415–421, 2011.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 561–572, set. 2016.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. suppl 1, p. 959–966, 2010.

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

DORAN, F.; NANCARROW, S. Barriers and facilitators of access to

first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, v. 41, n. 3, p. 170–180, 2015.

FARIA, N. Entre a autonomia e a criminalização: a realidade do aborto no Brasil. In: *Mulheres Brasileiras e Gênero Nos Espaços Público e Privado - Uma Década de Mudanças na Op. Pública*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

FERDINAND, A.; PARADIES, Y.; KELAHER, M. *Mental health impacts of racial discrimination in Victorian Aboriginal communities*. [s.l: s.n.].

GANATRA, B.; FAUNDES, A. Role of birth spacing, family planning services, safe abortion services and post-abortion care in reducing maternal mortality. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 36, p. 145–155, out. 2016.

GOES, E. F. Enquanto houver racismo para as mulheres negras o aborto sempre será inseguro, desumano e criminalizado. *Cadernos Sisterhood*, v. 1, p. 6, maio 2016.

_____. *Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional*. 105f. Tese (Doutorado Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 99, p. 571–579, dez. 2013.

JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's

tale. *American Journal of Public Health*, v. 90, n. 8, p. 1212–5, ago. 2000.

KALCKMANN, S.; PINTO, E. A. Aborto: livre escolha? *Boletim do Instituto de Saúde* (Impresso), v. 12, n. 2, p. 185–191, 2010.

LEAL, M. DO C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. suppl 1, p. e00078816, 2017.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 100–107, jan. 2005.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. DE C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, p. 39–46, dez. 2007.

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.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2473–2479, nov. 2006.

PRATHER, C. et al. The Impact of Racism on the Sexual and Reproductive Health of African American Women. *Journal of Women's Health*, v. 25, n. 7, p. 664–671, jul. 2016.

PRICE, K. It's Not Just About Abortion: Incorporating Intersectionality

in Research About Women of Color and Reproduction. *Women's Health Issues*, v. 21, n. 3, p. S55–S57, maio 2011.

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

ROSS, L. 2006. *Understanding Reproductive Justice*. Atlanta, Georgia: SisterSong. Disponível em: <<http://www.trustblackwomen.org/our-work/what-is-reproductive-justice/9-what-is-reproductive-justice>>.