

“Eu Não Queria Ser Aquela Mulher Naquele Hospital Naquele Dia”: um estudo interseccional de caso de violência obstétrica no extremo sul da Bahia em meio à Pandemia de COVID-19

“No Quería Ser Esa Mujer En Ese Hospital Ese Día”: estudio interseccional de un caso de violencia obstétrica en el extremo sur de Bahía en medio de la Pandemia de COVID-19.

“I Didn't Want To Be That Woman In That Hospital That Day”: an intersectional study of a case of obstetric violence in the extrem south of Bahia in the middle of the Pandemic of COVID-19

Paola Damascena Possari
Paula Rita Bacellar Gonzaga

Resumo: A pandemia de Covid-19 tem se configurado como a maior crise sanitária do Brasil e seus impactos se capilarizam para além dos sintomas respiratórios. No âmbito dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, violações que já eram institucionalizadas ganham contornos ainda mais delicados e preocupantes. Nesse trabalho, tecemos algumas análises acerca da experiência de mulheres em situação de parturição em meio à pandemia a partir do estudo de caso da narrativa de uma usuária do Sistema Único de Saúde numa cidade do interior da Bahia. Os resultados apontam para o caráter estrutural das violências racistas e sexistas e para a necessidade de se pensar a justiça reprodutiva como marco conceitual de análise e intervenção no que tange aos índices de mortalidade materna no Brasil.

Palavras Chave: Violência Obstétrica. Pandemia. Justiça reprodutiva. Direitos reprodutivos. Narrativas.

Resumen: La pandemia de Covid-19 se ha configurado como la mayor crisis de salud en Brasil y sus impactos se capilarizan más allá de los síntomas respiratorios. En el campo de los derechos sexuales y reproductivos, las violaciones ya institucionalizadas adquieren contornos aún más delicados y preocupantes. En este trabajo realizamos algunos análisis sobre la vivencia de mujeres en situaciones de parto en medio de una pandemia a partir del estudio de caso de la narrativa de una usuaria del Sistema Único de Salud en una ciudad del interior de Bahía. Los resultados señalan el carácter estructural de la violencia racista y sexista y la necesidad de pensar en la justicia reproductiva como marco conceptual de análisis e intervención con respecto a las tasas de mortalidad materna en Brasil.

Palabras Claves: Violencia obstétrica. Pandemia. Justicia reproductiva. Derechos reproductivos. Narrativas.

Abstract: The Covid-19 pandemic has been configured as the biggest health crisis in Brazil and its impacts are beyond respiratory symptoms. In the scope of sexual and reproductive rights, violations that were already institutionalized take on even more delicate and worrying contours. In this work we make some analyzes about the experience of women in parturition in the midst of a pandemic from the case study of the narrative of a user of the Unified Health System in a city in the interior of Bahia. The results point to the structural character of racist and sexist violence and the need to think of reproductive justice as a conceptual framework for analysis and intervention with respect to maternal mortality rates in Brazil.

Key-words: Obstetric violence. Pandemic. Reproductive justice. Reproductive rights. Narratives.

Paola Damascena Possari – Bacharela em Humanidades - Universidade Federal do Sul da Bahia. Graduanda em Psicologia (UFSB). E-mail: p.possari@hotmail.com

Paula Rita Bacellar Gonzaga – Professora do departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: paularitagonzaga@gmail.com

INTRODUÇÃO

Das pautas da segunda onda feminista no norte global à realidade das mulheres negras e indígenas na América Latina, o controle sobre a sexualidade e a potencialidade reprodutiva de corpos femininos tem sido tópico central nas relações de poder que estruturam as sociedades a partir do marco civilizatório colonial (GONZAGA & MAYORGA, 2019). Nesse sentido, a articulação política das mulheres em torno dessas pautas tem sido uma constante e tem logrado alguns avanços significativos. A definição dos conceitos de saúde sexual e saúde reprodutiva e de direitos sexuais e direitos reprodutivos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e reafirmados na Conferência Mundial sobre a Mulher, que ocorreu no ano seguinte em Beijing, se consolidam como um passo fundamental para solidificar muitas reivindicações e denúncias sobre a recorrente instrumentalização da sexualidade e da potencialidade reprodutiva das mulheres ao redor do mundo.

De acordo com Ventura (2009), os direitos reprodutivos consistem no direito de cada sujeito poder deliberar sobre ter ou não filhos, em que intervalo temporal e ter acesso aos meios fundamentais para exercer sua autonomia e liberdade reprodutiva sem sofrer qualquer tipo de coerção, violência, discriminação e restrição. Saúde reprodutiva, por sua vez, consiste no bem-estar físico, mental e social na completude das experiências concernentes às funções e processos reprodutivos, sendo, para tanto, imprescindível a garantia do pleno exercício da vida sexual, sem medo, coerção e riscos e, ainda, que seja assegurada a livre deliberação sobre a potencialidade reprodutiva de todos os indivíduos, independente de gênero, geração, raça, territorialidade; isso inclui a promoção de meios para ter, adiar e/ou evitar gravidezes (UNFPA, 2008).

Ainda que sejam conquistas irrefutáveis, segue premente no contexto latino-americano a defesa desses direitos, sua incorporação nas leis e políticas públicas, bem como nos serviços de saúde e nas equipes profissionais que devem ser, em última instância, garantidoras de que seja o cuidado, e não a violência, o principal marcador das experiências das usuárias. A criminalização do aborto, que é predominante na região; os elevados índices de violência sexual e doméstica; a precariedade das políticas de educação sexual e contracepção; a esterilização compulsória de mulheres negras, indígenas e soropositivas; além dos altos índices de violência obstétrica e mortalidade materna são algumas das problemáticas que explicitam a distância entre as mulheres latino-americanas e os direitos propostos nas supracitadas conferências internacionais e das quais a maior parte dos Estados-Nação na América Latina são signatários, inclusive o Brasil.

Para Carla Akotirene (2019), um dos aspectos que contribui para a baixa efetividade das políticas públicas voltadas para os direitos das mulheres no cenário brasileiro é a assunção da noção universal de mulher produzida pelos feminismos hegemônicos, noção que desconsidera os atravessamentos de classe, raça, territorialidade e geração e que é basilar na formulação e avaliação das políticas públicas que temos em vigor atualmente. Assim, essas produções estariam absortas no que Kimberlé Crenshaw (2002) denominou de **super inclusão**, isso é, quando uma circunstância imposta contundentemente a um grupo de mulheres é vista como um problema de mulheres de modo geral. Ou seja, um problema que é substancialmente estruturado por múltiplas estruturas de poder é absorvido pela estrutura de gênero sem problematizar o papel de outras formas de discriminação que podem existir ali. Assim, os esforços pra remediar a situação são pouco efetivos (CRENSHAW, 2002). A formação dos Estados-Nação a partir do marco civilizatório colonial torna necessário que reconheçamos a hierarquização racial como um aspecto estrutural na realidade das mulheres bra-



sileiras, como indica Maria Lugones (2008), somente ao conceber a indissociabilidade de gênero e raça poderemos enxergar efetivamente as mulheres que são corpos aliados da humanidade forjada a partir e para a branquitude.

Nesse sentido, é necessário compreender o caráter interseccional das problemáticas concernentes ao campo dos direitos reprodutivos, inclusive porque isso vem sendo determinante na experiência das mulheres ao buscar e acessar os serviços de saúde. Em sua tese de doutorado, Emanuele Góes (2018) identifica prevalências epidemiológicas de racismo institucional nos itinerários abortivos de mulheres negras. Desde a demora a buscar o serviço de saúde por receio de possíveis constrangimentos e humilhações – o que implica em agravamento das complicações – até a condução de cuidados, ou ausência destes, no que tange ao tempo de espera, analgesia para procedimentos e negação de atendimento. Também é significativo os marcadores do racismo nas experiências de pré-natal, parto e puerpério analisadas por Leal e Colaboradoras (2005; 2017), onde, apesar de não terem como objeto inicial da pesquisa o racismo nos itinerários gravídicos, constataram que mulheres pretas e pardas têm índices de menor cuidado em relação às mulheres brancas, o que fica evidenciado pela disparidade nos casos de ausência de analgesia, partos pós-termo, peregrinação entre serviços, ausência de uma maternidade de referência, além de um número menor de consultas de pré-natal. Esses dados, ainda que recentes, remontam a um passado não muito distante: as esterilizações em massa perpetradas nos anos 1980 e 1990 em mulheres negras de classe popular no Brasil, estratégia eugenista de redução da população negra no território nacional (DAMASCO, MAIO & MONTEIRO, 2012).

Assim, admitimos que o estudo dos direitos reprodutivos no Brasil demanda uma abordagem interseccional das problemáticas que têm se manifestado incisivamente como supressora dos direitos de mulheres e meninas negras brasileiras. Akotirene (2019) indica a potencialidade de admitir a interseccionalidade como um exercício de sensibilidade analítica ou ainda: “A interseccionalidade permite às feministas criticidade política a fim de compreenderem a fluidez das identidades subalternas impostas a preconceitos, subordinações de gênero, de classe e raça e às opressões estruturantes da matriz colonial moderna da qual saem” (AKOTIRENE, 2019, P. 24). Essas opressões estruturantes são centrais para entendermos o ocultamento histórico das denúncias produzidas por mulheres negras em 1993 no Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, onde 55 lideranças pertencentes a organizações de mulheres negras, organizações do movimento negro, organizações feministas, universidades, serviços de saúde, Parlamento, produziram a Declaração de Itapeperica da Serra (GELEDÉS, 1993), documento que foi levado no ano seguinte à Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo e que já indicava como as desigualdades estruturais eram um impeditivo substancial à consolidação dos direitos reprodutivos das mulheres negras. Nessa declaração reivindicavam o registro de raça/cor nos serviços de saúde, o fortalecimento das políticas públicas de habitação, emprego, saneamento básico, assistência e saúde como fundamentais para se garantir a liberdade reprodutiva para as etnias discriminadas, bem como a necessidade do Estado se comprometer com a garantia de condições necessárias para isso (GELEDÉS, 1993).

Em consonância com essas proposições, feministas negras norte americanas propõem em 1994, logo após a Conferência do Cairo, o conceito de justiça reprodutiva, que aborda as limitações de se compreender os direitos individuais – como os direitos reprodutivos – sem considerar a inviabilidade desses num contexto de injustiça social estrutural. Assim, indicam que, para viver o livre

exercício da sexualidade e da potencialidade reprodutiva, é fundamental que as mulheres tenham outros direitos, muitos dos quais básicos, garantidos. Isso inclui o enfrentamento e a eliminação das formas de discriminação de raça, gênero, sexualidade, território e geração (GÓES, 2018).

Nesse sentido, assim como se faz necessário considerar as estruturas de opressão e as formas de discriminação que inviabilizam a efetivação dessas propostas teórico-políticas, é fundamental também compreender o contexto de acirramento político que o Brasil tem vivenciado desde o golpe político-legislativo-midiático de 2016, que, além de interromper o mandato da primeira presidenta eleita, se caracterizou por uma significativa supressão das mulheres dos espaços de poder formal, seguida de inúmeros ataques e sucateamento das políticas públicas, o que foi ainda mais agudizado com a aprovação do Proposta de Emenda Constitucional N°55/2016, que estabelece um teto para os gastos com áreas essenciais como saúde, educação e assistência. De acordo com Marques et. al. (2019), propostas como a PEC N°55/2016 flertam com a eliminação direta e simbólica de determinados sujeitos, grupos e segmentos sociais, consolidando um projeto de aniquilação física e subjetiva a partir da instrumentalização do poder público.

A pandemia do novo agente do coronavírus encontra o Brasil nesse momento de aguda fragilidade dos direitos e afeta de modo desproporcional aqueles grupos que estão historicamente submetidos a processos discriminatórios e excludentes dos espaços de decisão e representação política e social. No contexto Brasileiro, as pessoas negras são as que mais são afetadas pela Covid-19. Desde condições adequadas de subsistência; como ter acesso à alimentação, moradia, trabalho e saneamento básicos (GÓES, RAMOS & FERREIRA, 2020), até a morte, já que, a partir de boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, são 392 mil mortes por COVID no Brasil, 18.087 mil mortes na Bahia; desses, pessoas negras morreram 5 vezes mais quando comparado ao número de mortes de pessoas brancas (PINA, 2020).

Desde o início da pandemia do SARS-CoV-2 a Organização Mundial de Saúde tem indicado que os serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva devem ser considerados serviços essenciais e não deveriam ser interrompidos. No entanto, em continuidade aos sucessivos ataques que já vinham sofrendo, esses serviços têm sido descontinuados ou reduzidos em todo território brasileiro, com singular agravante para cidades afastadas dos centros urbanos onde a oferta já era precária. De acordo com Góes, Ramos e Ferreira (2020), a distribuição do território geográfico brasileiro tem sido um demarcador de segregação racial, onde a população negra é relegada a regiões muitas vezes insalubres, sem saneamento básico, equipamentos de assistência, saúde e educação. Apartadas dos centros onde se localizam serviços de saúde sexual e de saúde reprodutiva, inclusive os serviços de aborto legal, meninas e mulheres negras, pobres, moradoras das zonas rurais do país, no momento da pandemia, vivenciam interdições a direitos que deveriam ser inegociáveis.

A partir dessas interpelações, foi construído o projeto de pesquisa que produziu as reflexões apresentadas nesse artigo. Ambientadas no Extremo Sul da Bahia, numa cidade situada na tríplice fronteira Bahia, Minas Gerais e Espírito Santo, iniciamos em 2018 a pesquisa “Mapeamento diagnóstico dos serviços de saúde reprodutiva em Teixeira de Freitas: um olhar da psicologia a partir das narrativas de usuárias”, aprovada no Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia no Parecer n°:3.086.320 em 2018. A pesquisa objetivou realizar um mapeamento diagnóstico das potencialidades e fragilidades nos serviços reprodutivos locais a partir das experiências de mulheres usuárias e das questões que as levavam a buscar esses

serviços (gravidez, pré-natal, parto, puerpério, esterilização, perda gestacional e interrupção voluntária da gravidez) considerando as especificidades dessa região.

O Extremo sul da Bahia totaliza 416.859 habitantes, abarcando 13 municípios: Alcobaça, Caravelas, Ibirapuã, Itamaraju, Itanhém, Jucuruçu, Lajedão, Medeiros Neto, Mucuri, Nova Viçosa, Prado e Vereda e tem como polo o município de Teixeira de Freitas que é Centro Sub-Regional e abriga a maior população com 138.341 habitantes. O território do extremo sul possui uma extensa diversidade étnica entre remanescentes de quilombos; comunidades indígenas e ciganas que vivem em suas trajetórias os atravessamentos da colonialidade da história nacional ainda na atualidade. No entorno da cidade de Teixeira de Freitas, foram identificadas 6 comunidades quilombolas e 19 grupos ciganos, segundo os dados do Plano Estadual de Habitação e Regularização Fundiária do Estado da Bahia (2012).

Esses grupos populacionais têm como referência de atenção ginecológica e obstétrica a Unidade Municipal Materno Infantil - UMMI, que se trata de uma maternidade municipal com 88 leitos, vinculado ao sistema único de saúde em Teixeira de Freitas, que fornece atendimentos de baixo e alto risco para a toda região do extremo sul – atualmente são 13 municípios em acordo, os acessos são efetuados por demanda espontânea do município e encaminhamentos dos municípios credenciados, via complexo regulador. Em seu quadro de atendimento estão Anestesiologia, Ginecologia, obstetrícia, Neurologia e Pediatria, realizando atendimento de Urgência, Emergência e Ambulatorial Pediátrico e Obstétrico; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, Cirurgia Ginecológica e obstétrica; Fisioterapia; Radiodiagnóstico; Ultrassonografia; Laboratório de análises clínicas. Neste artigo, apresentamos um estudo de caso a partir da narrativa de uma das interlocutoras da supracitada pesquisa. Por razões éticas utilizaremos um nome fictício, Janaína, de modo a preservar a confidencialidade acordada entre pesquisadoras e participante. Janaína nos narra o seu processo de pré-parto, parto e puerpério ocorrido em agosto de 2020, em meio a pandemia de Covid-19, no serviço de saúde reprodutiva descrito acima. A partir de sua narrativa, objetivamos refletir sobre as continuidades históricas da violência obstétrica, bem como os atravessamentos de raça, gênero, classe e territorialidade em seus modos de manifestação.

1. Percurso Metodológico:

De acordo com Freitas e Jabbour (2011), os estudos de caso consistem em um importante instrumento de pesquisa, no qual a dinâmica consiste em apresentar um fenômeno a partir da exploração intensa de uma representação empírica. Para Ventura (2007), estes podem ser divididos em: particular, quando o objetivo é a investigação intrínseca do caso em si; instrumental, quando usamos a investigação de um caso para a compreensão de outros cenários que transcende o caso em questão; e o coletivo, que é quando a junção de vários casos compreendem as variações, similaridades dos fenômenos, geralmente objetivando alguma constatação. Nesse sentido, este estudo é de cunho instrumental, já que propõe análises para além dos acontecimentos individuais biológicos, visto que a experiência de gerar, parir e maternar também perpassa uma gestão social, bem como compreende o caso em análise como um dispositivo reflexo da realidade brasileira nos serviços de saúde reprodutiva e não como uma experiência isolada.

O caso aqui em análise foi selecionado a partir de 13 entrevistas narrativas realizadas entre os meses de Agosto e Setembro de 2020. A identificação das interlocutoras se deu a partir da técnica conhecida como *snow ball* (bola de neve), na qual as participantes foram indicadas e indicam umas

às outras, tecendo uma rede de reconhecimento sobre o acesso e os serviços de saúde reprodutiva (GONZAGA, 2015). A narrativa selecionada para análise nesse artigo se deu a partir de uma denúncia de violência obstétrica realizada publicamente em agosto de 2020 pela usuária a um dispositivo de saúde reprodutiva da região no período em que estávamos realizando as entrevistas da pesquisa. Uma das nossas interlocutoras mencionou o caso que veio ao público por meio da mídia e nos passou o contato da usuária em questão. A entrevista foi realizada por aparelho telefônico, visto as orientações de distanciamento social decorrente da pandemia da Covid-19. Através do termo de consentimento livre e esclarecido, a interlocutora consentiu com a participação livre, voluntária e autônoma na pesquisa, e nos autorizou a publicização dos resultados sem identificação do seu nome.

A entrevista narrativa, a partir dos indicativos de Bauer e Jovchelovitch (2002), deve ser desenvolvida em etapas; são estas: 1) apresentar um tópico disparador que desperte o interesse da participante em falar; 2) a interlocução, que não deve ser interrompida pela entrevistadora, até perceber que a linha de raciocínio da participante foi finalizada; 3) Momento de questionamentos a lacunas que não tenham sido sanadas na narrativa central; 4) a retomada de assuntos a partir de questionamentos que venham interessar a pesquisadora. Por fim, a fase conclusiva, onde podem ser feitas perguntas mais específicas e direcionadas, também é um espaço para que a participante possa retomar alguma questão pertinente que ela não tenha socializado anteriormente. Coadunamos com Bauer e Jovchelovitch (2002) que o fundamental da narrativa é tecer a história de quem nos narra a partir da sua experiência psicossocial. Concordamos ainda com as contribuições de Rocha-Coutinho (2006), que compreende o uso da narrativa como uma ferramenta de pesquisa potente, pois é possível acessar fatos para além das atividades, mas também as emoções, sentimentos e interpelações das participantes, o que é extremamente valioso quando abordamos mulheres em situação de violência, inclusive violência obstétrica.

2. Uma História em Três Atos: pré-parto, parto e puerpério:

Havíamos iniciado o campo da pesquisa quando os protocolos de distanciamento social em razão dos primeiros casos de Covid-19 foram implementados, o que nos levou a realizar as entrevistas narrativas por telefone ou chamada de vídeo. Pouco tempo depois, em meio a primeira onda da pandemia, foi divulgada uma grave denúncia de violência obstétrica com repercussão nacional em Teixeira de Freitas, campo de nossa pesquisa. A denúncia ocorreu por familiares de uma jovem de 18 anos, desempregada e que se autoidentifica como uma mulher parda e que nos relatou ter interrompido os estudos no ensino fundamental. Janaína, nome fictício adotado neste trabalho com objetivo de garantir a confidencialidade, estava em processo de parturição do seu segundo filho, com 41 semanas e 5 dias de gestação, quando procurou a Unidade Municipal Materno Infantil. O parto ocorreu entre os dias 15 e 16 de agosto e durou 17 horas entre a internação (13h da tarde) e o parto (6h da manhã). A usuária relata diversas situações de negligência médica, violência institucional, violência psicológica, violência física, entre outras formas de constrangimento e omissão.

3. A Sala do Pré-Parto, do Anseio pelo Nascimento ao Medo da Violência: “A médica falava pra ter calma, calar a boca e ficar quieta [...] a gente tá assustada, a gente não fica calma”

De acordo com Leal (2019), a violência obstétrica é definida como qualquer ato praticado contra o exercício da saúde sexual e reprodutiva de mulheres, que podem ser cometidos por profis-

sionais de saúde, servidores públicos, instituições, bem como civis, e que pode ocorrer em diversas modalidades (PRINCIPIO, 2012).

Também se observa na narrativa da interlocutora a tentativa de descumprimento da Lei 11.108/2005, que institui como direito a presença do/a acompanhante no pré parto, parto e puerpério (BRASIL, 2005) e que, ainda que na pandemia, segue sendo válida desde que o/a acompanhante esteja assintomático, tenha entre 18 e 59 anos e esteja sem contato com pessoas com síndrome gripal ou com infecção comprovada para SARS-CoV-2 (BRASIL, 2020). Janaína nos conta que só conseguiu a presença a partir de muita insistência dela para a instituição: “No pré-parto e parto ela (a cunhada) me acompanhou porque eu implorei, implorei a médica pra deixar ela entrar”. O relato de Janaína não é exceção. De acordo com análises produzidas por Leal et al. (2017), no Brasil, as mulheres negras – grupo compreendido por aquelas que se declaram pretas e pardas, conforme indica o IBGE – recorrentemente são as que mais peregrinam em busca de assistência, as que mais recorrentemente têm partos retardados para além do período considerado ideal, assim como são as que mais parem sozinhas.

A ausência de uma acompanhante reverbera na perpetração de violências invisíveis, como é o caso da violência psicológica. O dossiê *Parto do Princípio* (2012, pg. 60) compreende como violência obstétrica de cunho psicológico “Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.”. No caso de Janaína, ainda que estivesse acompanhada de familiares, isso não inibiu condutas violadoras que deslegitimavam sua dor e ameaçavam puni-la com privação de atendimento:

Eu dizia: “doutora, eu tô sentindo muita dor”. Aí ela dizia: “é assim mesmo”. Mandava ficar calma e quando a gente tá assustada a gente não fica calma, mandava a gente ficar quieta se a gente gritar demais ela deixa sofrendo dor, porque elas não gostam que a gente grita, não gosta que faz escândalo, quanto mais a gente faz escândalo elas deixa a gente lá e falava pra ter calma, calar a boca e ficar quieta. Aí comecei a sentir muita dor, muita dor mesmo.

A narrativa de Janaína ecoa junto a relatos similares. Em dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres em 2012, as mulheres relatam ameaças, humilhações e outros modos de violência psicológica, como nos seguintes exemplos: “Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”; “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar to-dinha.” (DO PRINCÍPIO, 2012, pg.2). Essas histórias ratificam o caráter estrutural da penalização ao corpo feminino pelo exercício da reprodução e a naturalização da dor, produzindo sensações de inferioridade, abandono, vulnerabilidade, perda de dignidade entre outros.

Constatações de Leal (2017) indicam que mulheres negras tendem a ser submetidas a um fluxo e tempo maior de dor, inclusive com negação de analgesia, sob a reprodução da ficção racista de que mulheres negras seriam naturalmente mais tolerantes a dor e sofrimento físico, ficção institucionalizada em dispositivos de saúde e eficaz na reprodução de violações físicas e psíquicas. Esse cenário nos remete à colonialidade e às novas formas de violação a direitos reprodutivos e à desumanização que mulheres negras atravessam. Se compreendemos o que propõe Lugones (2008), de que mulheres negras e indígenas são vítimas da colonialidade do poder e da colonialidade de gênero, alijadas da noção de humanidade por serem animalizadas e violentamente reprimidas ainda

nos dias atuais, compreendemos também porque essas mulheres são maioria entre as vítimas da violência de gênero no Brasil em todas as suas manifestações, inclusive no âmbito obstétrico.

Para Diniz (2005), desde que o protagonismo e gestão da saúde reprodutiva foi atribuída como sinônimo ao saber médico, existe uma enorme interferência médica que inibe o desenvolvimento de parturição natural do corpo, transformando o parto em equivalente a patologia e somente possível de resolução a partir da intervenção e estrutura médica, tornando a experiência sofrida, alienante e impotente à mulher. Nessa perspectiva, Jimenez-Lucena (2014) observa como a colonialidade institui para as mulheres de grupos étnicos discriminados um lugar de objeto de políticas e intervenções que, sem um parâmetro protocolar de acolhimento, oscilam entre cuidado, informalidade e violação. As constatações também estão presentes da narrativa de Janaína:

No turno da tarde, as profissionais que eram mulheres e estavam lá eram maravilhosas. Eu não sei falar tanto assim, porque foi, eu não conheço as pessoas, mas são... foram maravilhosas. Conversavam comigo, não só comigo, mas todas as meninas que estavam lá... agora da noite as meninas eram mais assim, deixava a gente sozinha, saía toda hora da sala do pré parto e o que eu achei humilhante que foi o pior de todos foi o médico homem que fez meu parto muito agressivo sei lá um parto que não foi bom, uma coisa que a gente espera que vai ser um momento maravilhoso pra gente ver um filho pela primeira vez e passar uma situação dessa e nem vai curtir direito por que passa um filme pela cabeça e é isso.

Como fica evidenciado no relato de Janaína, o atendimento oscila conforme profissionais distintos assumem o serviço. O que, num primeiro momento, ela vivencia como cuidado e confiança se torna ausência e, depois, violência. Aguiar e Oliveira (2011) indicam que a naturalização de algumas violências produz sentimentos ambíguos, e, por vezes, até incoerentes no parto; a felicidade com a chegada do recém-nascido e/ou o medo de morrer; a confiança na equipe, mas também o constante medo de ser violentada. A associação de um momento que, em suas palavras, espera-se que seja maravilhoso, com a experiência de humilhação perpetrada por quem deveria proporcionar assistência e cuidado, priva a mulher de sua integridade física e psíquica e também do gozo de um momento singular que é o nascimento do seu filho, convertido em um momento de dor, como ela mesmo nos descreve: *“Aí, sei lá foi horrível demais o meu parto, não gostei não. Foi bom porque tive meu primeiro filho e foi lindo e maravilhoso; agora... sofri bastante, quase morri... é isso aí”*.

4. O Parto como um Encontro entre a Vida e a Morte: “Não quero passar por isso mais não, eu fiquei com medo de ter filho”

Janaína relembra o nascimento do filho como um momento de quase morte e essa é uma definição precisa do que viveu. A ONU Mulher vem destacando desde o início da pandemia a necessidade de atenção em relação a oferta dos serviços de saúde reprodutiva em razão de crises sanitárias, visto que tanto no surto do Ebola (de 2014/2016) nos países da África Ocidental da Guiné, Libéria e Serra, e Zica-Vírus (2015/2016) na América Latina, as demandas das mulheres foram negligenciadas, culminando numa agudização das infecções em mulheres grávidas, ocasionando um aumento significativo da mortalidade materna, sem que houvesse um posicionamento consistente dos serviços de planejamento familiar (ONU Mulher, 2020), problemática que parece se repetir diante da crise atual. De acordo com análises produzidas pelo Grupo Brasileiro de Estudos de Co-

vid-19 e Gravidez, articulação científica composta por doze universidades e instituições públicas de pesquisa, constatou-se que, no intervalo da primeira notificação de doença e 18 de junho de 2020, 77% dos casos de mortalidade materna em razão de Covid-19 do mundo ocorreram no Brasil.

A precariedade dos nossos serviços de saúde, agravada nos últimos anos pelos incisivos ataques ao Sistema Único de Saúde, bem como a naturalização do racismo institucional e da relativização da dor das mulheres pavimentaram o cenário para que a pandemia de uma doença respiratória colocasse nosso país em destaque por casos de mortalidade materna. Mulheres como Janaína vivenciam itinerários gravídicos marcados pela ausência de atenção qualificada e pela reprodução de condutas violentas.

Em descompasso com a orientação de atenção ao parto humanizado, Janaína esperou mais de 17 horas para parir, enquanto sentia dor e medo de morrer, de perder seu filho e de se contaminar com a doença que se alastrava rapidamente pelo país. É ainda madrugada quando uma enfermeira entende que já não é mais possível esperar e chama o médico para fazer o parto:

Ele veio e perguntou: “O que está acontecendo aí?” Com a cara fechada, veio sem máscara, sem o uniforme né? E chegou na sala de pré-parto, ele que colocou as luvas lá, então ele não tava adequado para uma sala de parto né? E ela (a enfermeira) dava a ideia de me levar pra sala de parto, mas ele não deixou. E a dor vinha, o bebê vinha, mas não dava ponto de sair, aí ele falou que não ia me levar pra sala de parto, mandou eu abrir as pernas e fazer força ali mesmo. Aí ele puxou meu bebê com muita força pela cabeça, foi quando machucou o bracinho dele né? Deu uma lesãozinha no braço dele.

Importante frisar que a cena do relato acima ocorreu em um momento de crescimento vertiginoso dos casos de Covid-19 no Brasil e na cidade em questão, sendo obrigatório o uso de equipamentos de proteção individual, os EPI’S, principalmente as máscaras de proteção, principal instrumento de contenção da transmissão do novo agente do coronavírus. Ainda que o próprio Estado brasileiro reconheça os direitos sexuais e os direitos reprodutivos como direitos humanos invioláveis (BRASIL, 2013), o que Janaína nos relata é uma experiência vexatória, impositiva, violenta e constrangedora que atrelou ao nascimento de seu filho sequelas físicas e psíquicas. *“Foi um parto muito sofrido assim eu achei, eu fiquei chorando uns três dias assim chorando só sabia chorar eu não recomendo não... fica aquele traumaquinho na cabeça né, fiquei inchada demais as partes íntimas andava devagar porque doía foi horrível pra mim”*. Enquanto algumas perspectivas feministas naturalizam o parto como experiência biológica para a qual o corpo feminino é preparado a priori (BADINTER, 2011), o sofrimento psíquico de mulheres como Janaína ficam sem lugar e sem acolhimento, ou esbarram em leituras patologizantes de uma dor que não é individual, mas construída a partir de uma violência ainda invisível, mesmo quando deixa marcas no corpo. Para Leal et al (2017) e Andrade et al (2016), quanto maior o grau de vulnerabilização social da mulher em processo de parturição, maiores são as chances de sofrer alguma agressão. Nas pesquisas de Andrade et al (2016), foi apresentado índices maiores de violência obstétrica em mulheres com ensino médio incompleto e menor instrução, como é o caso de Janaína. Similares as reflexões de Leal et al (2017), que sinalizam que, para além de questões socioeconômicas, a cor/raça também é um fator decisivo, visto que mulheres negras têm maiores chances de sofrer descaso, violência e desassistência pela equipe médica no momento do pré-natal, parto e puerpério. O caráter estrutural dessas violências é perceptível quando obser-

vamos que mulheres negras também são maioria nos casos de violência institucional e nos casos de atenção ao aborto legal (GONZAGA, 2015; GÓES, 2013), como alvo de projetos de esterelização em massa com fins eugenistas (DAMASCO, MAIO E MONTEIRO, 2012; WERNECK, 2004) e no acesso a serviços preventivos (GÓES, 2018)

De acordo com Souza e Amorim (2021), pré-natal deficitário, violência obstétrica, problemas em conseguir acesso aos serviços, problemas crônicos na assistência à saúde da mulher no Brasil, escassez de recursos e leitos e ainda o que denominam de disparidades raciais, mas que aqui entendemos como reverberações no racismo institucional, são aspectos basilares na vulnerabilização de mulheres negras no que tange ao fato de que estas estão morrendo duas vezes mais do que mulheres brancas em razão de covid-19 na gravidez e puerpério. Diante disso, é fundamental compreender narrativas como a de Janaína a partir de uma perspectiva de justiça reprodutiva, onde as desigualdades estruturais já operam de modo a interferir nos itinerários gravídicos e abortivos, dificultando acesso a serviços de atenção primária de saúde, produzindo e/ou agravando comorbidades e definindo modos de nascer e morrer no Brasil.

De acordo com a mais recente edição do manual de vigilância sanitária, existe uma significativa discrepância entre as probabilidades de óbito infantil e fetal a depender da região de nascimento (BRASIL, 2009). Os maiores índices de mortalidade infantil foram localizados na região Nordeste e Norte, 27,2 para cada 1000 nascidos, representando 40% a mais que os índices nacionais e 2,1 % que a região Sul do país. Neste mesmo mapeamento, foi constatado também maiores probabilidades em crianças pobres, negras e indígenas, 40% a mais comparado a crianças brancas. Ainda é lacunar dados que apresentem um mapeamento dos casos como o do filho de Janaína, cuja mobilidade de um dos braços foi afetada logo ao nascer e que, por ser de uma família de poucos recursos financeiros, pode não ter acesso ao acompanhamento terapêutico adequado para sua reabilitação. Crianças como o filho de Janaína são vítimas colaterais dos casos de violência obstétrica, ocultos na sombra que se estende sobre as dores de suas mães.

5. O Puerpério e a Agência do Inegociável: “Ai ele veio puxou um pedaço do resto da placenta com a mão [...] eu chorei porque doeu demais, e me disse: tá liberada!”

Ainda que as correlações de prejuízos à saúde física da mulher grávida e do neonato em alguma proporção estejam sendo mapeadas, os impactos psicossociais de vivenciar um parto atravessado pela violência obstétrica nesse contexto são inúmeros e se agravam diante das desigualdades sociais e raciais que muitas vezes impossibilitam assistência adequada. Jimenez-Lucena (2014) defende que as políticas coloniais são forjadas a partir da tensão entre uma pressuposta universalidade e a valorização desigual das vozes de colonizadores e colonizados. De acordo com a autora os serviços de saúde revivem relações coloniais onde mulheres são lidas como o OUTRO da razão e da ciência, corpos reduzidos a imperativos biológicos, ao passo que os profissionais de saúde seriam detentores da verdade e da legitimidade sobre os processos de saúde e doença que se desenrolam para além desses espaços (JIMENEZ-LUCENA, 2014). No dia seguinte ao parto, o filho de Janaína teve alta e foi para casa. Nesse mesmo dia, um domingo, recebeu ameaças de que sofreria penalizações por descumprimento de ações que são de obrigação institucional:

Ela (a enfermeira) só pegou meu filho pra tirar sangue do braço e da mãozinha dele e depois liberou pra vim pra casa e não fez nenhum dos exames nele e

nem deu o cartão de vacina, nem nada, aí eu vim pra casa tomei um banho e fui dormir um pouco. Aí a enfermeira chega aqui correndo, vindo me buscar porque eu não tinha feito os exames no meu neném e que podia ligar para o conselho tutelar porque eu podia tá fugindo com meu neném.

A Portaria nº 822, e Lei 12.303/10, dispõe que hospitais e maternidades são obrigados a realizar gratuitamente testes neonatais (BRASIL, 2010). O ideal é que seja realizado antes da alta hospitalar, e, quando ocorridas após a alta, a usuária deve contar com um documento que a oriente sobre o dia e local. De todo modo, a instituição deve ser responsabilizada pelos exames no prazo de 30 dias e não a usuária, como fez parecer (BRASIL, 2010; 2001). Fica explícito, mais uma vez, o descumprimento das normativas nacionais ao longo da experiência de Janaína. Privada, ela e seu filho, de informações, orientações, procedimentos e imunização que lhe são garantidos por lei, ela se vê mais uma vez sob constrangimento e ameaça de um profissional que deveria ser um garantidor e não violador de seus direitos. A responsabilização das mulheres pelas vulnerabilidades produzidas pelas desigualdades estruturais e pela ineficiência do Estado é uma forma perniciososa de constrangê-las e garantir que se silenciem por medo de serem repreendidas e não protegidas pelas políticas públicas.

Marques e colaboradoras (2019) apontam como o discurso médico-sanitário tem operado em prol de ações punitivistas e institucionalizantes, ações como a que Janaína vivenciou, sustentados na legitimação de uma leitura socialmente estabelecida da vulnerabilidade como risco. Essa leitura legítima, por exemplo, os incisivos cortes nos orçamentos da atenção primária de saúde nos últimos anos, centralmente voltados para bairros periféricos e regiões interioranas, ao passo que se aumenta os investimentos em segurança pública, que tem como alvo essas mesmas regiões. De acordo com as autoras, os cortes em saúde e assistência nesses territórios fere o princípio de equidade do SUS, enquanto o reforço da segurança como primordial oculta o projeto de aniquilação de grupos sociais pobres e marcados pela discriminação racial.

Nesse sentido, Jimenez-Lucena (2014) destaca que, para analisar o projeto colonial e seus modos capilarizados de hierarquização dos indivíduos, é essencial que nos debruçemos sobre os discursos *científicos* e seu potencial de criação de verdades sobre corpos e subjetividades, verdades com efeito de poder para além dos muros institucionais. Janaína, após ser ameaçada por uma profissional de saúde e precisar retornar à unidade no domingo em que teve alta, precisa retornar novamente na segunda ao sentir dores intensas decorrentes de restos de placenta que ficaram em seu útero, situação que desvela a continuidade da violência que se iniciou no pré-parto:

Quando fui fazer xixi descobri que tinha um pedaço de pele nas minhas partes íntimas aí voltei ao hospital, olhou e viu que tinha realmente resto de parto aí ela tirou com a mão e tinha bastante pus e contração que ela me contou que tinha mais resto de parto, eu chorei porque doeu demais e parecia que era tratado como animal, aí ela me liberou como eu não estava tendo sangramento nem nada e pediu pra voltar na terça-feira para fazer a curetagem

Ao mencionar que se sentiu tratada como um animal, Janaína revela o que Lugones (2008) denominou de lado oculto/escuro do sistema de gênero moderno/colonial, o lado profundamente violento da redução de pessoas negras e indígenas a condição animalizada que se instaurou a partir do marco civilizatório colonial e que continua operando nos modos de subjetivação das sociedades

hierarquizadas racialmente. A introjeção subjetiva da desumanização de pessoas negras e indígenas legitima desde a exploração laboral crônica até a aniquilação corporal de mulheres pela violação sexual, pelo feminicídio e pela violência no contexto da reprodução. Janaína, entre idas e vindas ao serviço de saúde em plena pandemia de Covid-19, onde violências se repetiam em diversas modalidades, precisou retornar mais uma vez para realizar um procedimento de curetagem que poderia ter sido evitado se seu parto tivesse sido concluído com a atenção e os cuidados necessários ou, ainda, que poderia ter sido feito no momento que a médica identificou os restos de parto em seu corpo.

A continuidade de violências que acompanhou a saga de Janaína implicou na falta de confiança no serviço e na equipe de saúde, bem como num medo de estar sozinha à mercê da intervenção destes que deveriam ser responsáveis por seu bem-estar. Janaína reiterou na entrevista que sentiu muito medo de entrar sozinha e, mesmo a equipe tentando impedir a entrada de sua acompanhante, ela se negou a realizar o processo sozinha, o que implicou na autorização de que sua mãe pudesse permanecer com ela. Curi (2016, pg. 2) nos ajuda a entender melhor sobre o momento de curetagem: segundo ela, “A chamada “medicina da mulher” tende a excluir do organismo os efeitos, nos corpos, dos significantes e da subjetividade”, reflete que o corpo feminino não é linear como a medicina espera, e como em muitas instâncias ignora, deste modo, a curetagem não é um fenômeno simplista, mas complexo, cheio de significados que podem reverberar no campo psíquico e físico a longo prazo, provocando traumas. No caso de Janaína, esse procedimento ocorre após um continuum de violações que não foram consideradas pela equipe na condução desse momento em que ela já se encontrava com medo, chorando e vivendo um puerpério cheio de intercorrências. Sobre a curetagem, ela nos relata que: *“Eu fiz e foi uma coisa horrível, porque eu estava vendo tudo através do espelho lá. [...] Ela retirou com a mão um pedaço e me pediu pra não pegar no seu braço, eu chorei porque doeu demais e parecia que era tratado como animal, aliás nem um animal merece ser tratado assim”*. Ainda que o procedimento realizado estivesse ocorrendo devido a uma falha do serviço, Janaína se viu mais uma vez sendo exposta e *“tratada como um animal”*. O medo de Janaína, assim como sua leitura sobre o tratamento que lhe foi dispensado, se repetem em outras narrativas, o que denota o caráter institucionalizado das práticas violentas nos serviços de saúde reprodutiva.

Pesquisas realizadas por Rocha e Grisi (2017) a partir do grupo Cirandeiras - Apoio ao Parto Humanizado e Maternidade Ativa, no Município de Vitória da Conquista, localizado no Sudoeste da Bahia, analisam narrativas de 7 mulheres que também relatam o medo após a experiência de violência obstétrica, bem como raiva, impotência e frustração. Duas das entrevistadas apontaram traumas posteriores em suas vidas cotidianas como: “o corte do períneo por muito tempo eu tive esse trauma, eu tinha relações sexuais e tinha medo literalmente de rasgar de novo aquele mesmo lugar. (M4)”; “ficou uma baixa estima às vezes eu lembro do meu parto eu choro [...] penso e já até deveria procurar ajuda psicológica pra resolver contar tudo aquilo que nem eu mesmo consigo por pra fora, mas está dentro de mim sufocando (M5)” (ROCHA & GRISI, 2017, pg. 10).

Dados similares às pesquisas mencionadas e à experiência de Janaína aparecem na investigação de Silva (2017) acerca dos sentimentos de 20 mulheres que sofreram violência obstétrica em uma cidade do Nordeste Brasileiro, onde medo, angústia e desespero são centrais na descrição da experiência de parto. Muitos relatos versam sobre o caráter multifacetado do sofrimento após sobreviver a essas violências, assim como no caso de Janaína: “(E14) Fiquei com muito medo de engravidar novamente. Pois a gente nunca esquece. Muito humilhante ser tratada como se fosse um animal.”; “(E7) Sinto vergonha porque fiquei com marcas de queloide na vagina.” (SILVA, 2017,

pg. 4). Além do que apontamos aqui, outras questões podem ser desencadeadas, como transtornos pós-traumáticos, fobias, problemas de autoestima, insegurança sexual por conta dos cortes na região vaginal, além de dores no ato sexual (ROCHA & GRISI, 2017; SILVA, 2017).

Ainda que sua narrativa nos traga tantos elementos de violação, dor e descaso, a história de Janaína difere positivamente do que a literatura indica em dois aspectos: o primeiro é a insistente tentativa de apoio de sua família ao longo do processo; o segundo é a decisão de denunciar a violência na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher da cidade.

Eu tava chorando, eu chorava no hospital, eu chorava em casa fiquei três dias em casa da minha mãe chorando. Aí fui na delegacia para denunciar o médico chorei também. Aí tudo que fica é aquele trauma na cabeça né. [...] A delegada da DEAM me recebeu super bem, ela é um amor de pessoa, são ótimos, não tenho nada para dizer sobre eles. Ela me passou pra psicóloga, me passou o remédio pra passar no meu filho e essas coisas.

A iniciativa de denunciar formalmente as recorrentes violências que vivenciou produzem um efeito significativo em Janaína que é o de ser acolhida em um equipamento público, isso revela como o aparato das políticas públicas tem efeitos de negação ou legitimação da condição de cidadania dos sujeitos em situação de vulnerabilidade. É grave que ainda não exista no Brasil uma legislação específica que norteie as discussões a respeito da violência obstétrica a nível nacional. E em contexto municipal o cenário não é diferente, embora instaurada a Lei N°1016.2018 – que Institui o dia Municipal de Ação pela Saúde da Mulher e pela Redução da Mortalidade Materna – no município, reconhecendo as problemáticas que perpassa o parto, nada é localizado a respeito sobre a violência obstétrica, pelo contrário, em 2017 um vereador levou um projeto de Lei que reconhecia a importância de estabelecer diretrizes de atenção humanizada ao parto no município, mas teve parecer desfavorável pela maioria dos membros votantes. Isso reforça a urgência do reconhecimento em instâncias federais, visto que, segundo a constituição Federal Brasileira no art 5º inciso XXXIX, nenhum cidadão pode ser acusado de um crime se não há menção, descrição e/ou definição do ato como criminoso.

Um dos esforços para enfrentar violações no âmbito da atenção ao pré-parto, parto e puerpério se deu em 1993 com a implementação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, que objetivava reestruturar a atenção obstétrica no país, otimizando os serviços, mas, principalmente, garantindo às usuárias um atendimento de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. Narrativas como a de Janaína explicitam como ainda há um longo caminho a ser percorrido para que esses princípios sejam respeitados e garantidos nos itinerários gravídicos e abortivos das usuárias do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres brasileiras são um alvo contínuo das políticas coloniais de saúde e atualmente, além de serem afetadas pela pandemia em si, também têm suas vidas marcadas pelas tentativas de contingência do vírus, a preocupação com a manutenção da vida em termos de subsistência, os cuidados com o neonato, os cuidados com seus próprios corpos, além das expectativas e frustrações muitas vezes vivenciadas solitariamente.

Em meio ao luto, ao medo e à insegurança que o crescimento vertiginoso de casos e óbitos de Covid-19 promove no Brasil, histórias como a de Janaína e seu filho se perdem no cotidiano como queixas inaudíveis. Tornando-se violentos e omissos para mulheres como Janaína e tantas outras mencionadas ao longo da pesquisa. É necessário interseccionar a formulação e as avaliações das políticas públicas, que considerem especificidades raciais, de classe, geração e territorialidade. Quem são as mulheres a quem se destina nossas políticas? Quais rostos, histórias, medos, cores, sonhos, violências as constituem? Quais territórios, disputas, potências e dificuldades marcam suas possibilidades de acesso à saúde?

Outro ponto que demanda atenção é a formação ético-política de profissionais atuantes em diferentes setores da saúde pública. Quando mulheres nos revelam se sentirem como animais ao serem alvo das intervenções de profissionais de saúde, elas nos revelam que esses profissionais contribuem para a continuidade da animalização de seus corpos e suas experiências, que acreditam e agem em torno de hierarquizações estruturais em nossa sociedade. Assim, é necessário reconhecer o caráter racista e sexista que formaram as bases das instituições brasileiras, inclusive de nossas universidades, e assumir um compromisso com a eliminação da violência de gênero e a violência racista em todas as suas modalidades, inclusive na violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016.
- AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- BADINTER, Elisabeth. *O conflito: a mulher e a mãe*. Editora Record, 2011.
- BAHIA, Governo do Estado da Bahia. (2012). *Plano Estadual de Habitação e Regularização Fundiária do Estado da Bahia*. Salvador.
- BAUER, Martin W. & Jovchelovitch, Sandra. “Entrevista narrativa”. In: *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Martin W. Bauer e George Gaskell (orgs.), São Paulo: Vozes, 2002, pp.90-113.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009
- BRASIL, Portaria nº 822, e Lei 12.303/10 – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 26) ISBN 978-85-334-1698-7
- BRASIL, Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 10/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, 2020.

CURI, Paula Land. Da curetagem aos restos psíquicos. *Cadernos de Psicanálise-SPCRJ*, v. 32, n. 1, p. 52-59, 2017.

CRENSHAW, KIMBERLÉ. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 10, n.1, p.171-188, Jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso>.

DAMASCO, Mariana S.; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 133-151, 2012.

DECLARAÇÃO de Itapeçerica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras. Geledés, 1993.

DO PRINCÍPIO, Rede Parto. Violência obstétrica “parirás com dor”. 2012.

GOES, Emanuelle Freitas. Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional. 2018. Tese Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Instituto de Saúde Coletiva. Salvador

GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00278110, 2020.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo 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, p. 571-579, 2013.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; MAYORGA, Claudia. Violências e Instituição Maternidade: uma Reflexão Feminista Decolonial. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 39, n. spe2, e225712, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000600307&lng=en&nrm=iso>.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar. *Eu quero ter esse direito a escolha: formações discursivas e itinerários abortivos em Salvador*. 2015. 150 f. 2015. Dissertação (título de Mestre) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador.

JIMENEZ-LUCENA, Isabel. Género, Sanidad Y Colonialidad: La ‘mujer Marroquí’ Y La ‘mujer Española’ En La Política Sanitaria De España En Marruecos. In: *Género y Descolonialidad*. Org: Walter Mignolo, Buenos Aires. Del signo, 2014, 94 p.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana G. N. da; CUNHA, Cynthia B. da. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, p. 100-107, 2005.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017.

LEAL, Maria do Carmo et al. Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 26, n. 1, p. 319-334, 2019.

LEI n. 11.108. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 8 abr 2005.

- LUGONES, MARÍA. Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*, Bogotá, n.9, p.73-102, Dec. 2008.
- MARQUES, Camilla Fernandes et al. O que Significa o Desmonte? Desmonte Do que e Para Quem? *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 39, n. spe2, e225552, 2019.
- ONU MULHER - Organização das Nações Unidas Mulher, *COVID-19: Mulheres à frente e no centro*. 2020. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/covid-19-mulheres-a-frente-e-no-centro/>>
- PINA, et al. "Em duas semanas, número de negros mortos por coronavírus é cinco vezes maior no Brasil"; *Publica Agencia de Jornalismo Investigativo*. 2020. Disponível em: <<https://apublica.org/2020/05/em-duas-semanas-numero-de-negros-mortos-por-coronavirus-e-cinco-vezes-maior-no-brasil/>>
- ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. Novas opções, antigos dilemas: mulher, família, carreira e relacionamento no Brasil.
- ROCHA, Mágda Jardim; GRISI, Erika Porto. Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, v. 11, n. 38, p. 623-635, 2017.
- SILVA, Francisca Martins; DE LIMA SILVA, Milécyo; DE ARAÚJO, Flávia Nunes Ferreira. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, v. 3, n. 4, 2017.
- SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 21, supl. 1, p. 253-256, fev. 2021.
- UNFPA. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO. Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e AIDS: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas, Brasília, 2008.
- VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SoCERJ*, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.
- VENTURA, Miriam. Direitos reprodutivos no Brasil. In: *Direitos reprodutivos no Brasil*. UNFPA, 2009.
- WERNECK, Jurema. "O belo ou o puro? Racismo, eugenia e novas (bio)tec-nologias." In: *Sob o Signo das Bios*. Vozes Críticas da Sociedade Civil, editado por Alejandra Ana Rotania, e Jurema Werneck, 49-62. Rio de Janeiro: E-papers Serviços Editoriais, 2004.