



Direitos sexuais e reprodutivo de mulheres: dispositivo biopolítico

Women's sexual and reproductive rights: biopolitical device

Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: dispositivo biopolítico

2025 • 17, esp • pp. 01-11

Fernanda Teixeira de Barros Neta

Professora de Psicologia Social e políticas públicas da UNIFAP

E-mail: fernandatbn@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0192-5868>

Flávia Cristina Silveira Lemos

Profa Titular de Psicologia Social na UFPa

E-mail: flaviacslemos@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4951-4435>



Recebido em: 03/05/2025 - Aceito em: 30/07/2025. Este artigo da Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity é habilitado sob uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial 3.0 Não Adaptada.

Endereço para correspondência: Fernanda Teixeira de Barros Neta • E-mail: fernandatbn@gmail.com

Resumo

Este artigo surge a partir de um trabalho realizado em um pós-doutorado em Psicologia, na Universidade Federal do Pará (UFPA). O texto teve o objetivo de analisar algumas políticas sexuais e reprodutivas de mulheres e seus desafios para a sociedade contemporânea. O texto traz uma análise de alguns aspectos biopolíticos do dispositivo de sexualidade na relação com os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres. O acesso às políticas públicas relativas à temática em tela tem sido um contínuo movimento de luta pela garantia de direitos das mulheres. A ampliação das pautas feministas tem trazido novas questões para o âmbito das análises a respeito das resistências aos preconceitos e discriminações sofridas por mulheres na sociedade que trazem dimensões sexistas, étnico-raciais, etaristas, territoriais, classistas e de gênero. Trata-se de lutar contra essas colonialidades em relação ao dispositivo de sexualidade que atravessa e compõe os corpos de mulheres, em um plano interseccional é um movimento que demanda incursões aos feminismos e à crítica contundente às lógicas morais, biomédicas e de opressões cristalizadas.

Palavras-chave: Mulheres; Autonomia; Coragem; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Sociedade.

Abstract

This article arises from a postdoctoral study in Psychology at the Federal University of Pará (UFPA). The text aimed to analyze some sexual and reproductive policies for women and their challenges for contemporary society. The text analyzes some biopolitical aspects of the sexuality apparatus in relation to women's sexual and reproductive rights. Access to public policies related to this topic has been a continuous movement in the struggle to guarantee women's rights. The expansion of feminist agendas has brought new questions to the analysis regarding resistance to prejudice and discrimination suffered by women in society, which have sexist, ethnic-racial, ageist, territorial, classist, and gender dimensions. The fight against these colonialities in relation to the sexuality apparatus that permeates and composes women's bodies is a movement that demands intersectional explorations of feminism and a forceful critique of moral, biomedical, and entrenched oppressive logics.

Keywords: Women; Autonomy; Courage; Sexual and Reproductive Rights; Society.

Resumen

Este artículo surge de un estudio postdoctoral en Psicología en la Universidad Federal de Pará (UFPA). El texto tuvo como objetivo analizar algunas políticas sexuales y reproductivas para las mujeres y sus desafíos para la sociedad contemporánea. El texto analiza algunos aspectos biopolíticos del aparato de la sexualidad en relación con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El acceso a políticas públicas relacionadas con este tema ha sido un movimiento continuo en la lucha por garantizar los derechos de las mujeres. La expansión de las agendas feministas ha traído nuevas preguntas al análisis sobre la resistencia a los prejuicios y la discriminación que sufren las mujeres en la sociedad, que tienen dimensiones sexistas, étnico-raciales, edadistas, territoriales, clasistas y de género. La lucha contra estas colonialidades en relación con el aparato de la sexualidad que permea y compone los cuerpos de las mujeres es un movimiento que exige exploraciones interseccionales del feminismo y una crítica contundente de las lógicas opresivas morales, biomédicas y arraigadas.

Palabras clave: Mujeres; Autonomía; Coraje; Derechos Sexuales y Reproductivos; Sociedad.

Introdução

Este artigo visa pensar alguns aspectos sobre os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, sobretudo, quando estas são alvo de inúmeras perseguições, medicalização e criminalização. A busca de gerir os corpos das mulheres tem sido uma luta que é uma disputa permanente na relação entre os modos de governar as condutas por meio do empresariamento das existências, do Estado e dos corpos, na sociedade contemporânea (Foucault, 1988).

Ao longo do século XX e no início do século XXI, houve uma intensa preocupação em intensificar os esforços de vários segmentos da sociedade voltados às tentativas de controle dos corpos de mulheres pelo dispositivo de sexualidade. Corpos construídos por uma ordem biomédica e jurídica são regulados pelas práticas educativas, legais, culturais, sociais, políticas e econômicas nas maneiras de subjetivar e objetivar as existências em torno da figura da maternidade compulsória e da retirada do direito de gerir em que medida as mulheres irão se submeter ou não às encomendas do Estado, das empresas, dos setores conservadores da sociedade e das lógicas ligadas às colonialidades historicamente.

Costa (1989) analisou que os corpos das mulheres foram objetivados como mães devotadas, cuidadoras incansáveis e educadoras voltadas aos(as) filhos(as) e ao cônjuge, em uma relação heterossexual como modelo de viver e se constituir. A medicalização das mulheres e a regulação jurídica dos corpos delas foi minuciosamente sendo construída por manuais, leis, regulamentos, práticas e saberes visando controlar pelo crivo biomédico e criminalizador os corpos e subjetividades de mulheres com vistas à modulação das existências delas como submetidas ao lugar de mãe colado ao dos direitos sexuais e reprodutivos como um destino inevitável e irrecusável ao longo de suas vidas.

Não aceitar esse lugar ou buscar interrogá-lo e deslocá-lo é um movimento de resistência constante de mulheres que tentam criar outros modos de existir. Ser mãe e se relacionar sexualmente para escolher quando e como e se querem vincular o prazer sexual aos desejos de maternidade e cuidado em uma relação baseada no modelo familiar é um direito sexual e reprodutivo de mulheres que tem sido alvo de ataques permanentes de uma sociedade que produz as mulheres como propriedade não somente de homens, no patriarcado, mas de empresas, do Estado e das organizações que tentam lucrar e regular os seus corpos. Assim, busca-se pensar a respeito desse processo e trazer algumas práticas de resistências a essas lógicas do dispositivo de sexualidade dirigido às mulheres nas suas maneiras de se governar.

Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres como governo de si

Para Foucault (2010), se governar e pensar como fazer essa prática é uma relação de cuidado de si e da cidade em que se pensa a vida, os corpos e as relações como uma maneira de decidir às quais normas e regras iremos nos submeter e como iremos fazer esse processo, a partir de quais regras e maneiras de nos guiar e conduzir condutas. Em 1978, em uma conferência sobre governamentalidade, Foucault (1979) apresentou uma análise detalhada sobre as artes de governar as condutas e como essas maneiras de governo foram sendo construídas na sociedade contemporânea.

Para se governar, buscava-se trazer regimes de verdade, regras de como se pensar, das decisões a tomar na relação social e dos valores a cultivar ou não. O governo não seria apenas na macropolítica, mas no cotidiano das práticas por meio de um exercício das relações entre mãe e filhos, casais, entre professores(as) e estudantes etc. Assim, o governo seria uma maneira de conduzir condutas, em uma política da vida como espécie e como valor (Foucault, 1979; 1988).

As lutas das mulheres por direitos, ao longo do século XX, trouxe efeitos diversos na sociedade, em especial, no capitalismo fabril e empresarial. Há uma tentativa de captura dos corpos, desejos, pensamentos, valores, sonhos, projetos e afetos das mulheres que buscam colonizar suas existências e seus corpos. Assim, o feminismo se tornou uma luta contra o capitalismo também, pois, úteros e desejos das mulheres não poderiam ficar restritos ao projeto de controle populacional do Estado, das empresas, das organizações educativas, médicas e jurídicas (Federici, 2019).

Há, ao longo da história das mulheres práticas de governo dos corpos de forma biomédica e jurídica desse grupo social. Descolonizar corpos e afetos tem sido uma luta feminista central que também é uma resistência ao capitalismo, aos modos de organizar e dividir o trabalho e de organizar o dispositivo de sexualidade.

O movimento social feminista emerge com várias racionalidades, ações e disputas nas pautas dos direitos das mulheres. Vários grupos feministas se formam com diferentes posições, regimes de verdade e formas de pensar a governamentalidade das mulheres e não apenas da categoria mulher por meio da biologia naturalizada.

Historicamente, são cunhadas as perspectivas de que existiriam ondas feministas e elas estariam divididas em determinados momentos. Porém, esse processo não é linear nem causal, muito menos, unitário. Há trocas e partilhas, lutas e alianças que criam modos específicos de organizar os movimentos sociais e os concatenar a determinadas verdades e até mesmo a produzir outras.

A chamada primeira onda feminista trazia uma discussão sobre o direito ao voto, aos direitos civis e políticos. Já, a denominada segunda onda do feminismo, caracteriza-se por ter sido o momento do encontro do movimento com os estudos da mulher, com a história das mulheres ao tornar visível aquela que fora ocultada, pois havia uma invisibilidade da mulher enquanto sujeito, uma ausência feminina nas ciências, nas artes, nas letras.

Lançou luz para temas e problemáticas que, até então, não habitavam o espaço acadêmico, ao abordar sobre o cotidiano da família, da sexualidade, do doméstico, das emoções, trouxe o caráter político sobre as vidas femininas. A discussão acerca da maior autonomia reprodutiva e sexual das mulheres no Brasil, sobretudo a partir do advento da pílula anticoncepcional.

Feministas ocidentais preocupavam-se em quando, como, quanto e se as mulheres queriam ter seus filhos. Esse é um ponto importante de inflexão do movimento feminista para se pensar os direitos sexuais e reprodutivos ligados à cultura, à política, à economia e ao governo da subjetividade da mulher no contexto de uma sociedade marcada pela vida como valor e da própria entrada da vida na história como espécie.

A Organização das Nações Unidas (ONU), com efeito por meio da Conferência da ONU, no Cairo, e 1995, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, temos a promulgação dos direitos sexuais e reprodutivos, respectivamente, dentro do escopo dos direitos humanos como proposta aprovada e essa pauta se torna uma ação política que gerou e até hoje produz inquietações e tensões extremas na disputa da sociedade pelos corpos, desejos, pensamentos e decisões das mulheres.

Além da vertente de gênero e classe do dispositivo da sexualidade, temos também a questão étnico-racial, territorial e etária a serem analisadas com atenção. As colonialidades estão articuladas em interseccionalidades e operam como modos de governo das condutas por meio de regimes de verdade nas tentativas de controle dos corpos das mulheres (Segato, 2015). Não há tática de submissão das mulheres apenas de gênero, separadamente das questões dos dispositivos de racialização e etnicização, da faixa etária, da classe social, da escolaridade, do território em que vivem e de como decidem se relacionar sexualmente.

Portanto, os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres estão em uma rede de práticas biopolíticas, de acordo com Foucault (1988; 2008) nos contextos tanto liberal quanto neoliberal de governamentalidade, pois, a autonomia surge como ideário liberal em uma disputa entre liberdade e segurança no capitalismo por meio de cálculos na economia política, na ordem biomédica e jurídica de como governar e em que medida se pode fazer um governo como ação sobre ação que seja elástica e ofereça mediações de verdades que favoreçam o mercado juntamente com a ideia de segurança sem abrir mão das diferenças na tensão de interesses da liberdade formal instituída de controle dos corpos, valores, relações sociais e subjetividades.

Nesse ponto, o racismo e a idade entram em um vetor de governo das condutas que pode trazer à tona a realidade do racismo de Estado e de sociedade enquanto racionalidade de subjetivação e objetivação. Não haveria biopolítica para Foucault (1999) sem a gestão racializada e etária das existências na discussão feita pelo filósofo.

No Brasil, no que se refere à saúde reprodutiva da população de mulheres, temos o dado histórico que as mulheres negras foram vítimas de esterilização compulsória e cirúrgica na década de 80, no século XX, sob o discurso oficial de controle da natalidade e um discurso oficioso racista de controle da criminalidade (Damasco, Maio e Monteiro, 2002).

Em termos deste ponto, no Brasil, houve uma presença das mulheres negras que passaram a questionar a invisibilidade das especificidades das vidas das mulheres a partir da negritude nos feminismos e, sobretudo, no plano da saúde coletiva e da política sexual no território, na economia, na cultura e sociedade. Quando se vincula sexualidade e racismo com faixa etária, há uma forte composição de ações de preconceito, de estigma, de um deixar morrer e até mesmo matar em nome da vida. Mas de quais vidas, efetivamente?

Durante os anos oitenta, houve uma campanha nacional contra a esterilização de mulheres negras liderada pela médica e ativista negra Jurema Werneck cujo lema era “Esterilização: do controle da natalidade ao genocídio do povo negro”. Segundo Damasco, Maio e Monteiro (2012), este cenário tensionou o movimento feminista brasileiro e impulsionou o desenvolvimento do feminismo negro, a partir da indissociabilidade entre gênero e raça, articulação tão bem deflagrada, estudada e escrita por Lélia Gonzalez (2020).

É preciso problematizar a ideia subjacente dos direitos sexuais e reprodutivos de que sempre seriam uma suposta escolha consciente e marcada pelo respeito e autonomia. Se sabe que não se trata de uma “escolha”, meramente de uma pessoa e não se limita a uma opção da mulher a respeito. Fazer uma laqueadura, por exemplo, é de fato uma escolha em que se deve trazer em cena possibilidades de analisar as dúvidas a respeito da diversidade de métodos contraceptivos ofertados.

Porém, nesta proposta, é colocada em jogo também outras possibilidades de problematizar os direitos sexuais e reprodutivos ou ela é apresentada como uma política racista de controle da natalidade quando realizada sem consentimento? Oferecer o dispositivo intrauterino (DIU) que é previsto no Sistema Único de Saúde (SUS), às mulheres durante o trabalho de parto ou, então, logo após o parto, onde, reiteradamente, muitas nunca ouviram falar, não conhecem os possíveis efeitos colaterais, seria uma escolha contraceptiva sobre o próprio corpo e o exercício de sua sexualidade para mulheres?

Estariamos falando de que aspecto quando buscamos pensar a chamada autonomia reprodutiva ou uma tutela reprodutiva? Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1986), trazidos pela pesquisa de Damasco, Maio e Monteiro (2012), a pílula contraceptiva e a esterilização eram os dois métodos mais recorrentes entre as mulheres. Para Fonseca, Marre e Rifiotis (2021) a noção de autonomia feminina “reforça sutilmente políticas neoeugênicas objetivando coibir a fertilidade de pessoas de certa classe e cor” (p. 13), portanto, precisam ser analisadas na complexidade da oferta e demanda atravessada pelos dispositivos de sexualidade, pelo racismo, pelo conceito de classe e de faixa etária.

É preciso pensar os direitos sexuais e reprodutivos a partir de uma discussão de Justiça Reprodutiva para abrir espaço a respeito de discussões sobre: mortalidade materna e perinatal, mutilação genital feminina, esterilização compulsória e indesejada, violência sexual e infecções sexualmente transmissíveis (IST's), acesso ao aborto seguro; discriminação de gênero, violência obstétrica, dentre outras. Importa refletir que, tão importante quanto o direito a não ter filhos, é o direito a tê-los e a criá-los em condições dignas. Atesta-se que necessidades sociais e questões estruturais (racismo, machismo, misoginia, sexismo) podem impedir uma real “escolha” sexual e reprodutiva. Nossa decisão não está atravessada por pressões, contextos culturais, socioeconômicos nos quais vivemos? Liberdade pessoais requerem obrigações estatais de proteção social, de cuidado e acesso à saúde de que modo?

Tais problematizações nos levam a compreender a reprodução humana não como um fenômeno biológico, natural como quiseram nos fazer acreditar. Há interesses biopolíticos, coletivos, forças políticas que perpassam o tecido social – questões de gênero, de sexualidade, de raça, de etnia, de mercado, de Estado, de regimes morais, de economia. Algumas antropólogas feministas têm usado o conceito de *governança reprodutiva*. Portanto, a concepção de gênero, de relações de gênero, são ferramentas políticas e analíticas. Nas relações de gênero, a prática social se dirige aos corpos, outrossim, as instituições e as práticas sociais são constituídas e constituintes das relações de gênero. Desta forma, podemos e devemos conceber práticas de saúde generificadas.

Políticas de Saúde da Mulher e a assistência em direitos sexuais e reprodutivos

Evidencia-se que, no Brasil, o escopo da “saúde materno-infantil” ganhou força na década de vinte do século XX, reduzindo a saúde da mulher à saúde materno-infantil, atrelando-a à maternidade. Como se a única forma da mulher ser cuidada, acompanhada por práticas e políticas de saúde fosse na performance “mãe”. Tal prática estava condizente com os objetivos biopolíticos de controle sobre a reprodução humana e a construção de uma nação forte e sadia para o futuro do Brasil

Tal direcionamento por privilegiar esta política de saúde, a materno-infantil, ainda pode ser observado nas políticas mais atuais do Ministério da Saúde. Um exemplo prático pode ser visto nas Residências Multiprofissionais em que, muitas vezes, as atividades ofertadas são intituladas “Atenção à Saúde da **Mulher** e da Criança” (grifos meus), nas quais as (os) residentes, praticamente, não rodam em cenários de assistência referentes à saúde da mulher, mas sim em cenários que reafirmam que cuidar das mulheres é restrito à obstetrícia e ao planejamento familiar apenas. Ao promover políticas, manuais, campos de atenção e ensino que centralizam na mulher-gestante, mulher-puérpera, reduz-se aquela à maternidade e a anula no exercício de sua sexualidade que não seja para esse fim.

Nesse bojo, problemáticas de saúde como controle do câncer de mama, intercorrências ginecológicas, controle do câncer de colo de útero, climatério, tratamento para Aids e IST's, violência sexual não recebem os mesmos holofotes. Vale ressaltar que, segundo relatório sobre “Estudo da Mortalidade de Mulheres, de 10 a 49 anos, com ênfase na Mortalidade Materna”, produzido pelo Ministério da Saúde em 2006, as quatro principais causas de morte em mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos foram, respectivamente: neoplasias (24,4%), doenças do aparelho circulatório (19,6%), causas externas (15,5%) e doenças infecciosas parasitárias (12,5%). Os óbitos referentes à gravidez, parto e puerpério (3,3%) ocupou o oitavo lugar.

É possível perceber que muitas mulheres atendidas em trabalho de parto pouco tiveram acesso às políticas de saúde da mulher na atenção básica e secundária; a grande maioria (tanto das pacientes quanto de suas acompanhantes – mães, tias, amigas, primas e afins) nunca havia feito o exame preventivo do

câncer de colo de útero (PCCU) ou o fizera há muito tempo, por exemplo. O momento prioritário no qual a mulher encontra e acessa a saúde é na condição materna nesse caso quando ela está refém ao dispositivo de sexualidade.

O Brasil ratificou e é signatário de tratados sobre os direitos sexuais e reprodutivos; o SUS tem políticas voltadas para a garantia destes direitos das mulheres, contudo tem-se contradições. O país não tem nenhuma legislação específica sobre educação sexual e, ao contrário, é atingido por uma onda conservadora que questiona a presença da educação sexual nas escolas por meio do programa saúde na escola; soma-se a este cenário, números alarmantes de violência sexual sofrida por mulheres, e quantitativo expressivo de situações que configuram violência obstétrica, além de alto índice de gestações não planejadas.

Segundo pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz realizada entre 2011 e 2012, 55% das gestações não foram planejadas no Brasil. O aborto é proibido e ilegal e, quando há a prerrogativa dos casos nos quais ele é legalizado, o acesso ao mesmo é restringido pela falta de informações, por poucos serviços disponíveis ativos e há obstáculos para o acesso aos métodos contraceptivos (sobretudo o acesso ao DIU e à esterilização voluntária – Lei 14.433/2022). Todas estas situações acima evidenciam a fragilidade para a efetivação destes direitos.

A criminalização do aborto opera como dispositivo de controle da sexualidade das mulheres, pois o significado da interrupção de uma gravidez questiona diretamente o imperativo da maternidade. É a própria figura da antinatureza. Todo esse pânico moral criado, asseverado por uma laicidade incompleta no Brasil, e a visão binária de certo x errado, contra ou a favor, escamoteia o fato de que o aborto é um evento comum na vida reprodutiva da mulher, não à toa, a curetagem é o procedimento cirúrgico ginecológico mais realizado do mundo; e de que este é um problema de saúde pública, problema que se consolida como um desafio global mais negligenciado.

Conforme a Pesquisa Nacional do Aborto (2022), cerca de meio milhão de mulheres já cometeram um aborto em idade reprodutiva de até 40 anos sendo que 67% têm filhos e 88% declararam ter alguma religião. Nota-se que o perfil das mulheres que abortam são as ditas ‘mulheres comuns’, diferente de toda uma estratégia discursiva que querem colocá-las como monstruosas, desumanas. A criminalização do aborto é uma forma biopolítica de “deixar morrer” e de produzir o esquecimento dessas mulheres comuns.

Tais apontamentos demonstram que a ilegalidade do mesmo não impede o acontecimento deste, mas sim, impede que as mulheres (que não podem pagar) o façam de maneira segura. Tal ilegalidade arregimenta uma rede clandestina (venda de citotec, clínicas clandestinas, práticas invasivas e métodos perfurantes etc.), a qual envolve vários atores e interesses econômicos, que coloca em risco a vida da mulher, pois esta se submete à prática de abortos inseguros que podem levar à morte e/ou danos à saúde, como aponta pesquisa de Diniz e Madeiro (2011). Segundo Santiago (2008), estima-se que 68.000 mulheres morrem, por ano, no mundo todo, em decorrência do aborto inseguro, fato este que aponta para manifestação de uma iniquidade social. Criminalizá-lo é atestar o fracasso do Estado no cuidado e atenção à saúde e aos direitos reprodutivos.

Todas as mulheres pobres que, em algum momento, vivenciaram o aborto, seja espontâneo ou autoprovocado, irão recorrer ao SUS, quer seja para acessar o programa Aborto Legal, ou para tratar de um agravo à saúde em decorrência de um aborto inseguro (mulheres que chegam com hemorragia e necessitam de acolhimento pós-abortamento). Portanto, é preciso articular gênero, raça e classe social como determinantes de saúde das mulheres para assegurar uma assistência de qualidade e trazê-la para uma discussão de cidadania.

O aborto é um acontecimento que pendula entre a Lei e a Norma; no âmbito da Lei, tem o aspecto jurídico que o proíbe e o criminaliza, contudo, essa mesma lei, contém exceções onde prevê a prática dele

nos casos de mulheres vítimas de violência sexual, risco de óbito materno e anencefalia. E está no âmbito da norma quando ele está em uma trama discursiva onde há disputa de muitas narrativas, prescrições, recomendações, julgamentos.

É sabido que no serviço público, as mulheres ficam à mercê da disponibilidade ou postura ideológica do profissional, mesmo quando buscam o atendimento alicerçado em um direito, que é o caso do aborto legal previsto em lei, e nesses casos, são mais submetidas a um cuidado precarizado no âmbito da saúde, bem como, em uma burocratização de acessá-lo. Um dos discursos bastante veiculados pelo imaginário social, e que está presente nas práticas de profissionais de saúde, é calcado em julgamento moral acerca do livre exercício da sexualidade da mulher, onde a mesma “engravidou porque quis”, “por irresponsabilidade”. Tais discursos constroem a ideia de que a responsabilidade da contracepção é exclusiva da mulher.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003) todos os métodos contraceptivos são falíveis e podem levar a uma gravidez indesejada, sendo que, dentre os disponíveis (esterilização feminina, DIU, uso de preservativos, coito interrompido, tabelinha, diafragma, hormonais orais e injetáveis), a esterilização masculina ocupa o lugar de menos falível. Curioso que o método mais eficaz é, justamente, aquele que depende do homem, sendo o menos usado e que tem menor divulgação em termos de criação de políticas públicas de saúde para tal fim. Como se o homem fosse um ator coadjuvante no planejamento familiar e reprodutivo, pois a maternidade não é identitário para ele como o foi construído para a mulher.

Contudo, perante uma gravidez não desejada e com intenção de interrompê-la, são as mulheres que seguem sendo culpadas, criminalizadas quando do cometimento do aborto ilegal e mortas diante de um procedimento inseguro. Paradoxalmente, são os homens que mais se recusam a usar preservativo, que praticam a retirada do mesmo durante o ato sexual sem o consentimento (stealthing que já figura como uma violência sexual), que forcem o sexo mesmo em relações como namoro/casamento, que praticam o abandono afetivo paterno. Sobre isto, no Brasil, em 2021, segundo dados da Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (ARPEN), quase 100 mil crianças não tem o nome do pai na certidão de nascimento.

Diante de tais cenários, advoga-se que as mulheres possam ter pleno acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, bem como, autonomia sexual. Estes se referem à possibilidade de acessar diversos métodos contraceptivos, gestar quando quiserem, com acesso ao pré-natal de qualidade; parir sobre os princípios da política de humanização sem terem seus corpos violados com práticas de violência obstétrica; pode escolher se e quando, quantos e o espaçamento entre os filhos; e ter direito a um aborto seguro.

Uma das bandeiras de luta contemporâneas no Brasil em coletivos de mulheres, nos movimentos feministas e em articulação com alguns partidos políticos diz respeito à descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação; Inclusive, está tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF) uma ação apresentada pelo PSOL pela liberação do aborto até a décima segunda semana, que está sob relatoria da ministra Rosa Weber, a qual leu o seu parecer favorável na data de 22 de setembro, como último ato antes de sua aposentadoria.

Quando se nega o direito das mulheres de decidirem sobre o seu próprio corpo, estamos coisificando-as, colocando-as no lugar de subalternidade afirmando a opressão social do patriarcado.

No que tange às políticas de saúde, e ao fazer ético-clínico-político da psicologia, diante da vivência do desamparo, da ambiguidade de sentimentos vividos – luto, ansiedade, culpa, alívio, tristeza etc. – devemos nos pautar na premissa do atendimento humanizado, bem como, problematizar e estar atenta às práticas de saber-poder-verdade. Ter acesso ao aborto legal, seguro, pautado na ética do cuidado é um procedimento de proteção psíquica e redução do dano emocional.

No que se refere à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, no período da pandemia de COVID-19, houve uma ameaça aos direitos sexuais e reprodutivos a partir da adoção de novos protocolos de segurança em que se paralisou ou diminuiu significativamente os atendimentos dos serviços de planejamento familiar e, em especial, nos casos que previam interrupção da gestação nos casos previstos em lei. Sobre isto, a OMS lançou recomendação de que os serviços de aborto legal deveriam ser considerados essenciais e indispensáveis, apesar desta recomendação.

O Ministério da Saúde lançou a conflituosa e confusa Portaria n. 2.282/2020, a qual exigia que a polícia fosse informada por médicos e demais profissionais da saúde de todos os casos confirmados ou com indícios de estupro; a guarda de material genético para exames de DNA; indicação de visualização do feto por meio de ultrassonografia, sendo necessário o registro do desejo da gestante. Tal portaria mostrou como um nono obstáculo de acesso das mulheres ao serviço de aborto legal nos casos de violência sexual. Após diversas manifestações e movimentos contrários a ela, fora revogada pela portaria de n. 2.561/2020.

Políticas de saúde são construídas em cima de dados epidemiológicos não em cima de discursos moralistas e religiosos. Sobre o acesso ao aborto legal, após 80 anos de previsão legal, o Estado brasileiro não se mostrou capaz de apresentar uma resposta adequada para essa grave situação. São abortos inseguros, complicações e sequelas na saúde (hemorragia, perfuração de órgãos, infertilidade, infecções, óbitos de mulheres e maternos) que atingem as mulheres.

Durante a vigência da pandemia de COVID-19, tal quadro se agravou. O número dos serviços públicos em saúde é insuficiente, há escassez de serviços ativos, com barreiras de acessos dantescas – geográficos, fluxos institucionais, burocráticos, objeção de consciência, morais, técnicos, de ausência de informação; os entraves para a realização do aborto legal também estão nas entrelinhas.

Em 2021, o Grupo Curumim, ligado ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), lançou uma cartilha cujo título “Barreiras de acesso ao Aborto Legal na Bahia no período da pandemia da covid 19: 2020 e 2021”, elencando os principais entraves de acesso a este direito. São eles: vazio assistencial; falta de informação e pouca visibilidade; deficiência na estrutura física dos hospitais; a curetagem como método mais utilizado em detrimento da aspiração manual intrauterina AMIU e do aborto ginecológico (estes últimos são os mais recomendados pela OMS); limite do tempo gestacional; objeção de consciência; valores morais e religiosos e a desconfiança da/do profissional em relação à palavra da paciente; formação insuficiente, falta de sensibilização e capacitação sobre atenção ao aborto.

Considerações finais

Ao nos debruçarmos sobre as realidades descritas acima, percebemos que os direitos sexuais e reprodutivos estão aquém de serem efetivados. Em pesquisa realizada por Madeiro e Diniz (2016), foi observado que, em 2015, havia no Brasil 68 instituições habilitadas para realização da interrupção da gestação nos casos previstos em lei, entretanto, somente 37 dessas instituições realizavam, de fato, o procedimento. Dados mais atuais do DATASUS, de 2020, sinalizam a existência de 97 serviços de saúde cadastrados pelo Ministério de Saúde.

No site “Mapa do Aborto”, segundo última atualização em 28 de setembro de 2022 havia 132 equipamentos em saúde (dentre hospitais, clínicas, centros de saúde, outros) cadastrados no CNES, destes, 73 instituições são hospitais que realizam o aborto e 20 que, apesar de cadastradas, não efetivam esse

atendimento. Dentre as instituições em saúde cadastradas, 9 (nove) estão na região Norte tendo apenas uma no estado do Pará – a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) desde 1997.

A FSCMP é a única instituição de saúde do estado do Pará na qual ocorre o Programa do Aborto Legal. Fato, por si só, que já questiona a acessibilidade e a garantia deste direito, visto que o Pará é um estado continental, com diversas realidades regionais e dificuldades de acesso e deslocamento à capital. Em que medida este direito tem sido assegurado? Soma-se ao fato que a porta de entrada de atendimento para o referido hospital é a triagem e neste setor encontram-se as urgências e emergências obstétricas as quais seguem a classificação de risco, assim, diante de gravidezes de alto risco, partos prematuros, patologias obstétricas, a mulher que vem em busca de serviço do abortamento previsto em lei não é a prioridade, sendo comum a demora no atendimento.

Paralelamente, pesquisas como a de Cruz (2018), Diniz e col. (2014), Viana (2008) apontam que nos serviços de saúde que prestam a assistência ao abortamento legal, notadamente nos casos de violência sexual, nota-se atendimentos arraigados em valores religiosos, julgamentos morais e práticas tutelares sobre o corpo feminino, onde há suspeição da narrativa da mulher. Conforme pesquisa de Giugliani et al 2021 “de todos os permissivos legais para a interrupção da gravidez prevista em lei hoje no Brasil, o que encontra menos adesão pelos profissionais da saúde é o aborto por violência sexual (p. 93).

Nos casos de violência sexual não é exigido o boletim de ocorrência para a condução do procedimento, contudo, observa-se que a mulher precisa provar que é vítima por meio de sua narrativa. É onde mais se apresenta objeção de consciência por parte dos médicos; onde ocorre mais julgamento moral da mulher e menos acolhimento dentro da lógica do cuidado pelos profissionais de saúde. Opera-se uma lógica pericial a partir do nexos causal, no qual a história relatada precisa estar de acordo com a idade gestacional, cuja é comprovada por meio do exame de ultrassonografia. Se, originalmente, a ultrassonografia era solicitada para definir melhor conduta, sublinharmente, tem servido para descredibilizar o testemunho da mulher e funciona como prática de inquérito pela verdade do estupro.

Vale ressaltar que, para conseguir acessar e efetivar o direito de interrupção de gestação nos casos previstos em lei, existe um protocolo composto por cinco documentos que precisam ser preenchidos, são eles: Termo de relato circunstanciado – documento no qual a mulher descreve detalhes sobre a situação da violência sexual; Parecer técnico – documento assinado pelo profissional da medicina, no qual atesta o nexos causal, após avaliação clínica e de exames; Termo de consentimento livre e esclarecido – contém a declaração da mulher informando sua livre escolha pela interrupção da gestação; Termo de responsabilidade – neste a mulher é informada acerca do enquadramento legal e a penalização do crime por falsidade ideológica e Termo de aprovação do procedimento de interrupção da gestação – informa o consenso da equipe multiprofissional em realizar o procedimento.

Nota-se que para acessar e garantir este direito, as mulheres passam por uma verdadeira via Crucis. Em todos os níveis de saúde (primária, secundária e terciária) a problemática do aborto autoprovocado e do acesso ao aborto legal figura como uma das principais formas de violação dos direitos sexuais e reprodutivos. Giugliani et al 2021 corroboram com essa ideia ao dizer “parece haver dificuldade em compreender esse tipo de procedimento como um cuidado em saúde necessário dentro dos direitos sexuais e reprodutivos” (p. 86).

Referências

- Cruz, C. R. P. (2018). *Assistência às mulheres que sofreram violência sexual: debates em um serviço de profilaxia e abortamento previsto em lei*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Pará. 112 páginas.
- Damasco, M. S.; Maio, M. C. & Monteiro, S. (2012). Feminismo negro: raça, identidade saúde reprodutiva no Brasil (1975 a1993). *Estudos Feministas*. Vol. 20, p. 133-151, Florianópolis.
- Diniz, D.; Dios, V. C.; Mastrella, M. & Madeiro, A. (2014). A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista Bioética*. Vol. 22; p. 291-298.
- Diniz, D. & Madeiro, A. (2012). Cytotec e o Aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol 07, p. 1795-1804.
- Fonseca, C.; Marre, D. & Rifiotis, F. (2021). Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. *Horizontes antropológicos*. N 61, p. 7-46.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1988). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo: Paz & Terra.
- Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2002). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *O nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). *A coragem da verdade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Giugliani, C.; Ruschel, A. E.; Patuzzi, G. C. & Da Silva, M. C. B. (2021). *Violência Sexual e Direito ao Aborto Legal no Brasil: Fatos e Reflexões*. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ.
- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano*. RIOS, F.; LIMA, M. (Org.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Santiago, R. C. Saúde da Mulher e aborto. (2008). In: Maia, M. B. *Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto*. Belo Horizonte, Autêntica.
- Segato, R.L. (2015). *Crítica da colonialidade em oito ensaios: E uma antropologia por demanda*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo: Editora.