



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

Instituto René Rachou – IRR/FIOCRUZ MINAS

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

AUTODETERMINAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES

por

Flávia Gontijo de Araújo

BELO HORIZONTE

2023

DISSERTAÇÃO

MSC – IRR

F. G. ARAÚJO

2023

FLÁVIA GONTIJO DE ARAÚJO

AUTODETERMINAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração Políticas Públicas, programas e serviços de saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Paula Dias Bevilacqua

BELO HORIZONTE

2023

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB 6 3740

A14a Araújo, Flávia Gontijo de.
2023

Autodeterminação Sexual e Reprodutiva de Mulheres / Flávia Gontijo de Araújo. – Belo Horizonte, 2023

IX, 91 f., il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 73-77

Dissertação (Mestrado) – Dissertação Obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Políticas Públicas, programas e serviços de saúde.

1. Aborto legal/estatística & dados numéricos. 2. direitos sexuais e reprodutivos/tendências. 3. Autonomia Pessoal. I. Título. II. Bevilacqua, Paula Dias (Orientação).

CDD – 22. ed. – 363.46

FLÁVIA GONTIJO DE ARAÚJO

AUTODETERMINAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – área de concentração Políticas Públicas, programas e serviços de saúde.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Paula Dias Bevilacqua (IRR – FIOCRUZ MINAS) Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Ana Pereira dos Santos (IRR – FIOCRUZ MINAS) Titular

Prof^ª. Dr^ª. Laís Barbosa Patrocino (UEMG) Titular

Prof^ª. Dr^ª. Paloma Ferreira Coelho Silva (IRR – FIOCRUZ MINAS) Suplente

Dissertação defendida e apresentada em Belo Horizonte. 02/10/2023

Dedico esse trabalho a

Todas as mulheres que compartilharam suas histórias de vida comigo.
A construção dessas páginas não seria possível sem vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Paula, pela orientação e pela oportunidade de debater um tema tão sensível e ampliar meu olhar para a minha prática cotidiana no SUS.

À minha avó Maria, mulher forte e de luta, que sempre me mostrou a importância dos estudos e trabalhou para que eu tivesse oportunidades que ela não teve.

À minha mãe Margarete, exemplo de força, inspiração e superação. O carinho, respeito e a admiração que sinto são diretamente proporcionais a mulher que você é.

À Dri, que não mediu esforços para que eu realizasse tudo a tempo. A Edna que me mostrou que era possível. A Roberta e Alê pela parceria.

Ao Davi e a Júlia, pela paciência e por entenderem minhas ausências. Obrigada por estarem comigo nos desafios dessa caminhada.

RESUMO

O aborto é uma questão de saúde pública e figura como uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Sua criminalização gera problemas de saúde, potencializa desigualdades e dificulta o acesso ao sistema de saúde devido aos aspectos legais, morais, sociais, religiosos e culturais. Estima-se que uma em cada cinco mulheres aos 40 anos já realizou ao menos um aborto no país, mulheres de diferentes crenças, classes sociais e cores. A restrição do aborto não reduz a realização do mesmo e acaba por expor as mulheres a morbidades e óbitos evitáveis. No Brasil, a criminalização do aborto ratifica um sistema que aumenta situações de vulnerabilidade social, provoca complicações hospitalares e busca tardia por atendimento. O objetivo do estudo foi analisar a atuação de um programa de planejamento familiar na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva das mulheres atendidas e de que forma situações de vulnerabilidade e a intersecção entre marcadores sociais como classe, raça e cor constituem a decisão pelo método contraceptivo. Trata-se de estudo qualitativo e fenomenológico, no qual o trabalho de campo foi realizado no período de fevereiro a abril de 2023, da qual a coleta de dados foi realizada em entrevistas com 13 mulheres que foram atendidas no programa de planejamento familiar analisado. Coletou-se dados por meio do diário de campo e questionário sociodemográfico. Para análise e interpretação dos dados foi realizada a leitura exaustiva e integral das transcrições repetidas vezes. Como método analítico foi utilizada a análise temática que possibilitou a compreensão das experiências das participantes por meio da interpretação dos dados. As entrevistadas são 13 mulheres pardas, com baixa escolaridade, fizeram uso de múltiplos métodos contraceptivos, com idade média de vinte anos na primeira gestação e tiveram, em média, três gestações. Pontos comuns surgiram durante as entrevistas, como a solidão das mulheres diante as decisões reprodutivas, a maternidade compulsória e políticas públicas que reforçam e reproduzem as desigualdades de gênero. A maternidade no contexto social apresentado é fator de empobrecimento e limita o acesso das mulheres ao mercado de trabalho e a recursos econômicos, junto a marcadores sociais como classe, gênero, raça e religião, faz com que essas mulheres vivenciem seus direitos sexuais e reprodutivos em piores condições. O discurso religioso é uma variável que produz o apagamento da mulher das políticas públicas e a menor valia de seu corpo, que é reduzido ao biológico. Destaca-se a necessidade da urgência da descriminalização e legalização do aborto e que o mesmo, seja pensado no campo da saúde pública e que essas sejam reconhecidas como sujeito de direitos.

Palavras-chave: aborto, autonomia, direitos sexuais e reprodutivos

ABSTRACT

Abortion is a public health issue and is one of the main causes of maternal mortality in Brazil. Its criminalization generates health problems, increases inequalities and hinders access to the health system due to legal, moral, social, religious and cultural aspects. It is estimated that one in five women at the age of 40 has had at least one abortion in the country, women of different beliefs, social classes and colors. Restricting abortion does not reduce abortion and ends up exposing women to avoidable morbidities and deaths. In Brazil, the criminalization of abortion ratifies a system that increases situations of social vulnerability, causes hospital complications and late search for care. The objective of this study was to analyze the role of a family planning program in guaranteeing sexual and reproductive rights from the perspective of the women served and how situations of vulnerability and the intersection between social markers such as class, race and color constitute the decision for the contraceptive method. This is a qualitative and phenomenological study, in which the fieldwork was carried out from February to April 2023, from which data collection was carried out in interviews with 13 women who were assisted in the family planning program analyzed. Data were collected through a field diary and a sociodemographic questionnaire. For data analysis and interpretation, the transcripts were read exhaustively and repeatedly. As an analytical method, thematic analysis was used, which enabled the understanding of the participants' experiences through the interpretation of the data. The interviewees are 13 brown women, with low schooling, who used multiple contraceptive methods, with an average age of twenty years in the first pregnancy and had, on average, three pregnancies. Common points emerged during the interviews, such as women's loneliness when facing reproductive decisions, compulsory motherhood, and public policies that reinforce and reproduce gender inequalities. Motherhood in the social context presented is a factor of impoverishment and limits women's access to the labor market and economic resources, together with social markers such as class, gender, race and religion, making these women experience their sexual and reproductive rights in worse conditions. Religious discourse is a variable that produces the erasure of women from public policies and the lower value of their bodies, which are reduced to the biological. It highlights the urgent need for the decriminalization and legalization of abortion and that it be thought of in the field of public health and that these are recognized as subjects of rights.

Keywords: abortion, autonomy, sexual and reproductive rights

LISTA DE TABELAS

	página
Tabela 1 – Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas e que participaram do programa de planejamento familiar	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

CEDAW – Convenção Internacional para Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DIU – Dispositivo Intrauterino

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

STF – Supremo Tribunal Federal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3 JUSTIFICATIVA	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 Direitos humanos e direito das mulheres	15
4.2 Direitos sexuais e reprodutivos	17
4.3 Legislações sobre aborto	19
4.4 Gênero e regulação dos corpos	24
4.5 Interseccionalidade	28
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO	30
5.1 Referencial Teórico Metodológico	30
5.2 Caracterização do local de estudo e do programa de planejamento familiar	34
5.3 Construção dos dados	37
5.4 Análise dos dados	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
6.1. As mulheres do Programa de Planejamento Familiar	41
6.2 Políticas Públicas em saúde e a solidão das mulheres	55
6.3 Autodeterminação, autonomia e justiça reprodutiva	62
6.4 A moral religiosa e seus efeitos	66
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXO 1	78
ANEXO 2	80
ANEXO 3	81
ANEXO 4	82
ANEXO 5	83
ANEXO 6	84
ANEXO 7	86
ANEXO 8	88

1 INTRODUÇÃO

O aborto é uma questão de saúde pública e figura como uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. É um tema inserido no campo de gênero, sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, dos direitos humanos e saúde. Segundo Diniz (2012), a criminalização do aborto não coíbe sua prática, potencializa desigualdades e dificulta o acesso ao sistema de saúde pois envolve um conjunto de aspectos legais, morais, sociais, religiosos e culturais.

Para Biroli (2014), a prática do aborto é universal, sendo uma realidade para diversas culturas e mulheres, presente em seus percursos sexual e reprodutivo. A ilegalidade da prática do aborto brutaliza a vida das mulheres e aponta para um distanciamento entre a realidade social e as leis que a regulam, em geral, bastante restritivas.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que o número de abortos no mundo seja de 40-50 milhões por ano, sendo que cerca de 22 milhões ocorrem de forma insegura (OMS, 2015). Dessas gestações, aproximadamente a metade se caracteriza por gestações indesejadas, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interrompê-las.

Em estudo publicado na revista *Lancet*, em 2020, estima-se que as gestações não intencionais sejam de 121 milhões e, dessas, 61% terminam em aborto, um total de 73,3 milhões de abortos anuais, calculados no período de 2015 a 2019 (Bearak et al. 2020). Apesar dos valores apresentados, a situação de ilegalidade do aborto o coloca em lugar de subnotificação e de difícil mensuração quanto a sua magnitude.

Historicamente, a prática do aborto é antiga e utilizada como contracepção em diversas culturas, sendo entendida e realizada no âmbito da vida privada até o século XIX. As concepções e uso que se faz da mesma (contracepção, itinerário reprodutivo, ligado a crenças) são o que a diferencia de cultura para cultura. Existe, contudo, um ponto convergente, as proibições ligadas a interesses sociais, econômicos e políticos e a condenação moral relacionada às convenções religiosas, notadamente, as do cristianismo (Rebouças, Dutra, 2011).

As legislações sobre a prática do aborto no mundo caminham entre legislações extremamente restritivas e aquelas em que a decisão da interrupção da gravidez é uma decisão da mulher. Hoje, na Europa, 95% das mulheres em idade reprodutiva residem em países que permitem o aborto, nos Estados Unidos, o aborto é legalizado em todos os estados (Reproductive Rights, 2021).

Na América Latina e Caribe, tem-se um quadro geral de países com as legislações mais restritivas do mundo, sendo o aborto considerado crime na maioria dos países da região. O aborto é proibido totalmente em El Salvador, Honduras, Nicarágua, Haiti e República Dominicana; e permitido em situações específicas, por exemplo, quando a vida da mulher está em risco, no Chile, Brasil, Paraguai, Venezuela, Panamá, Guatemala e México. No México, a prática do aborto é legalizada na Cidade do México, desde 2007, e em Oaxaca, que legalizou a prática em 2019. Em países como Bolívia, Peru, Equador, Colômbia e Costa Rica, os permissivos legais para preservar a saúde da mulher foram adicionados. Em Cuba, o aborto foi legalizado em meados da década de 60; no Uruguai, em 2012 e na Argentina, em 2020 (Politize, 2021). Apesar dos recentes avanços, a região da América Latina e Caribe ainda permanece como um reduto de países que condenam a prática em qualquer situação e, apesar de alguns governos se proclamarem ‘progressistas’, o direito das mulheres decidirem sobre a gravidez não é reconhecido (Gutiérrez, 2010).

Legalizar o aborto é apenas um dos pontos relacionados à questão da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O acesso ao aborto legal e a serviços de saúde que realizam o procedimento ainda não é uma realidade, até mesmo em países nos quais o aborto é legalizado em qualquer situação. Caso esse dos Estados Unidos, país com elevado número de mortes maternas evitáveis e onde 90% das cidades não têm serviço de saúde provedor de aborto (Reproductive Rights, 2021).

A política de criminalização da prática do aborto não coíbe sua realização, na verdade, o que ocorre, são mulheres expostas a morbidades e a óbitos evitáveis, além de altos custos para o sistema de saúde. Para Anjos et al. (2013, p.509), “enfrentar o fenômeno do aborto como uma questão de saúde pública significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e não como um ato de infração moral”. Para além, os autores apontam, que a perspectiva da saúde pública engloba um estado laico, o que deveria afastar a questão do aborto do viés moral vinculado à religião e aproximar esse debate da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

No Brasil, a criminalização do aborto penaliza e culpabiliza as mulheres e sanciona um sistema que amplia situações de vulnerabilidade social, provoca comprometimentos biopsicossociais, complicações hospitalares e busca tardia por atendimento (Anjos et al., 2013).

Rebouças e Dutra (2011) citam estudo da OMS, sobre as diversas razões que levam mulheres a realizar um aborto:

econômica, incluindo pobreza, falta de suporte do parceiro e desemprego; preferências de constituição familiar, como postergar a maternidade ou deixar um espaço saudável entre as gravidezes; problemas de relacionamento com o marido ou parceiro; risco à saúde da mãe ou do bebê; estupro ou incesto. As causas mais

próximas são a dificuldade de acesso a métodos contraceptivos ou falha na contracepção (Who, 2006 citado por Rebouças; Dutra, 2011).

Segundo Corrêa (1996), a posição social da mulher é um determinante sobre a tomada de decisão quanto a resoluções que tratam de aspectos sexuais e reprodutivos, dentro dos princípios éticos de integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade. Anjos et al. (2013) reforçam que a ilegalidade do aborto é uma forma de injustiça social que atinge de maneira distinta mulheres mais vulneráveis, pobres e negras. Cecatti et al. (2010) mostram que as condições socioeconômicas se cruzam às dificuldades de acesso à informação, à prática do aborto realizada como planejamento familiar, ao aborto de repetição e à morbimortalidade materna.

Dada a relevância das discussões referentes à criminalização do aborto e às altas taxas de morbidade e mortalidade, essa pesquisa procura compreender como a criminalização do aborto amplia situações de vulnerabilidade das mulheres que experimentam uma gravidez não planejada e como isso afeta a decisão pela prática do aborto. Nessa pesquisa, minhas reflexões e interpretações serão articuladas aos conceitos de direitos sexuais e reprodutivos, gênero e interseccionalidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação de um programa de planejamento familiar na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva das mulheres atendidas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as concepções de autonomia, aborto e direitos sexuais e reprodutivos entre usuárias da atenção primária à saúde.

Compreender como situações de vulnerabilidade e a intersecção entre classe e raça constituem a decisão pelo método contraceptivo.

Compreender como a criminalização do aborto afeta a autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres.

3 JUSTIFICATIVA

O interesse em aprofundar o estudo sobre a criminalização do aborto e suas implicações na vida das mulheres, principalmente mulheres negras e pobres, relaciona-se à minha experiência profissional na rede de atenção primária de um município do Centro Oeste de Minas Gerais. O trabalho realizado no município tem como principal objetivo acompanhar mulheres no âmbito do Programa de Planejamento Familiar. No meu percurso de trabalho desenvolvido como psicóloga nesse programa, identifiquei que as mulheres atendidas são majoritariamente migrantes de regiões do norte de Minas Gerais, com poucas condições sociais e econômicas, que tiveram a primeira gestação na adolescência e com pouco ou nenhum acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Durante as entrevistas e acolhimentos para o procedimento de esterilização cirúrgica, escutei muitas histórias dessas mulheres sobre situações de não adaptação aos métodos contraceptivos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Experiências sobre o uso da pílula anticoncepcional oral, da injeção anticoncepcional (mensal ou trimestral) e do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e sintomas associados ao uso desses métodos, como dor de cabeça, náuseas, alteração do fluxo menstrual, aumento de peso e queda da libido, eram relatos frequentes dessas mulheres.

Nas histórias, pude perceber que embora esses sintomas fossem descritos aos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), as queixas não eram acolhidas ou (re) avaliadas novas possibilidades de métodos e técnicas contraceptivas. Tais condutas profissionais levavam as mulheres a desistirem do uso dos contraceptivos prescritos e também a não buscarem outro meio de contracepção por terem suas demandas não acolhidas pelos profissionais. Outro aspecto relevante que caracterizava os relatos era a dificuldade do uso do preservativo masculino, pois não era aprovado pelo parceiro, com a justificativa de perda de sensibilidade no pênis. As dificuldades de acesso ao procedimento de esterilização voluntária devido aos requisitos necessários para a realização do mesmo, como capacidade civil plena, idade acima de vinte e cinco anos ou, pelo menos, dois filhos vivos, além do prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, também surgiram como queixas durante o processo de trabalho como psicóloga no atendimento a essas mulheres.

Essa experiência trouxe questionamentos no formato como o Programa de Planejamento Familiar é ofertado e realizado, em como ele subtrai o acesso de mulheres à promoção, prevenção e educação continuada, referente ao exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos e como isso as leva a buscarem o abortamento como forma de contracepção e como este impacta de forma violenta suas vidas.

Isto posto e pensando no tema dessa pesquisa, é sabido que a criminalização do aborto, no mundo e no Brasil, é causa de morbidades e óbitos evitáveis e impõe às mulheres maiores condições de vulnerabilidade, já que acabam realizando procedimentos inseguros. Discutir a criminalização do aborto é necessária para proporcionar a promoção e o aprofundamento do debate com os profissionais de saúde sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e possibilitar a redução de agravos à saúde.

No campo político, o debate sobre aborto e direitos sexuais e reprodutivos, no Brasil, é extremamente influenciado pela religião e pelo enquadramento do aborto como uma questão da moral e dos costumes, afastando a discussão do campo dos direitos humanos. Para Miguel (2012), as questões quando tomadas pela perspectiva da moral, por causarem controvérsia, permanecem como parte integrante da ordem de segunda categoria nas agendas políticas.

No campo jurídico, o direito ao aborto garantido por lei vem sofrendo ataques. Dados do Centro Feminista de Estudos e Assessoria apontam que o período de 2019 a 2022 apresentou o maior número de proposições na Câmara referente ao aborto, totalizando 54, sendo 37 contrárias e 17 favoráveis. Contudo, o ano de 2023 possui, até agosto, o maior número de projetos de lei contrários ao aborto.

A agenda do campo jurídico e legislativo, nos últimos anos, caminhou em conjunto com o governo federal e o Bolsonarismo, com projetos de leis fundamentalistas que pautaram a subtração dos direitos das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos. Durante o processo eleitoral de 2022, o atual governo defendeu que o aborto é uma questão de saúde pública e um direito das mulheres, porém não ampliou a discussão e não voltou a mencionar o tema durante o período eleitoral, com restrições até mesmo da base aliada sobre o tema. Em 2023, acontecem alguns avanços quanto ao tema, por exemplo, com o desligamento do governo brasileiro do Consenso de Genebra sobre saúde da mulher e fortalecimento da família. Esse grupo, integrado por 37 países, posiciona-se de forma favorável ao direito à vida e cita que não há direito internacional ao aborto. Outro avanço foi a revogação da Portaria GM/MS nº 2.561, de setembro de 2020, que dispunha sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previsto em lei, inclusive determinando que nos casos em que houvesse indícios ou confirmação de estupro, o fato deveria ser comunicado à autoridade policial.

É necessária que a discussão sobre a descriminalização do aborto saia exclusivamente do campo jurídico e, também, seja tratada na agenda dos direitos das mulheres, pois envolve a autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e o acesso à cidadania.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Direitos humanos e direito das mulheres

A história dos Direitos Humanos não tem um percurso linear e é marcada por um conjunto de fatores que interfere em seu desenvolvimento e sua conceitualização. Karel Vasak, jurista húngaro, desenvolve a Teoria das Gerações, em 1979, em palestra proferida na França. Para ele o percurso dos Direitos Humanos é dividido em três gerações que se complementam e cuja divisão teria em si fins didáticos. A primeira geração está ligada aos direitos civis e políticos, a segunda geração se refere aos direitos econômicos, sociais e culturais e a terceira geração consiste nos direitos de solidariedade. As gerações citadas têm como referencial os ideais da Revolução Francesa, *liberté, égalité e fraternité* (Souza, 2021).

A primeira geração dos direitos humanos surge como uma resposta ao pós-Segunda Guerra Mundial e às atrocidades perpetradas nos campos de concentração e à descaracterização sofrida pelo ser humano no contexto totalitarista da guerra. Para Lafer (1997), os campos de concentração seriam o modelo da dominação e do terror ao colocar os seres humanos como supérfluos e destituídos de cidadania e liberdade.

Monteiro (2008) argumenta que os direitos civis e políticos da Declaração Universal de 1948 são a base para as demais gerações de direitos, pois sua constituição está ligada ao direito mais básico de todos, o direito à liberdade. Contudo, para Piovesan (2012), a universalidade e abstração do sujeito de direito, conforme concebido na Declaração Universal de 1948, são insuficientes para tratar as especificidades e singularidades de diferentes indivíduos, como mulheres, crianças, migrantes.

O documento que amplia os direitos humanos e aborda especificamente os direitos das mulheres é a Convenção Internacional para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, conhecida como Convenção da Mulher (CEDAW, sigla em inglês) (Mattar, 2012). No artigo 1º da Convenção da Mulher, conceitua-se a discriminação contra a mulher como toda “a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher” (ONU, 1979, p.2). Em seu texto, é também incluída a garantia de informação sobre planejamento familiar e assegurada a função de reprodução quando trata do direito à proteção da saúde e à segurança no trabalho. É o primeiro documento a tratar a mulher como sujeito de direito e a mencionar em seu texto a questão da reprodução.

Anteriormente, duas outras importantes conferências mencionam os direitos das mulheres e os direitos reprodutivos em seus documentos. A I Conferência Internacional de Direitos Humanos, do Teerã, em 1968, e a Conferência Mundial sobre População, de Bucareste, em 1974. Na conferência de Teerã, tem-se a menção ao direito sobre o número e espaçamento entre filhos; a conferência de Bucareste aborda a necessidade de se viabilizar meios e acesso à informação para garantia de escolhas (Mattar, 2012).

Contudo, é na Declaração de Direitos de Viena (ONU, 1993), no parágrafo 18, que pela primeira vez são assinalados os direitos das mulheres e meninas como constitutivos dos direitos humanos de forma inalienável, integral e indivisível. A Declaração de Viena apresenta outro marco importante quanto ao direito das mulheres, ao incluir a busca pela erradicação da discriminação vinculada ao sexo e orientar os Estados-membros sobre medidas para garantia desses direitos:

Pode-se conseguir isso por meio de medidas legislativas, ações nacionais e cooperação internacional nas áreas do desenvolvimento econômico e social, da educação, da maternidade segura e assistência à saúde e apoio social. Os direitos humanos das mulheres devem ser parte integrante das atividades das Nações Unidas na área dos direitos humanos, que devem incluir a promoção de todos os instrumentos de direitos humanos relacionados à mulher. A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos insta todos os Governos, instituições governamentais e não – governamentais a intensificarem seus esforços em prol da proteção e promoção dos direitos humanos da mulher e da menina (ONU, 1993, p.5).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, define, amplia e conceitua de forma mais clara a desigualdade de gênero e os direitos humanos ligados à reprodução. É a partir da CIPD que o controle populacional e a agenda de programas de desenvolvimento e população sofrem uma mudança de paradigma (ONU, 1994). Para Corrêa (2006), essa mudança se caracteriza pela adoção de uma agenda cujo foco não são mais as políticas de controle de natalidade e sim a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos.

A CIPD reconhece em seu texto, no capítulo VII, que um número significativo de mortes maternas ou danos irreversíveis à saúde estão ligados a abortos realizados de maneira insegura e autoinduzida. Nas ações referentes ao capítulo citado, os Estados são chamados a avaliar e considerar os impactos do aborto inseguro e a fornecer acesso à informação confiável. Tem-se, ainda, nesse documento a recomendação sobre a necessidade de ter serviços de qualidade para ofertar atendimento às mulheres com complicações nos pós aborto (ONU, 1994).

A Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Pequim, em 1995, reconhece o conceito de gênero em seu texto. As situações de desigualdades vividas pelas mulheres, antes analisadas em seus aspectos biológicos, ganham nova perspectiva ao serem analisadas a partir da categoria gênero e das relações de poder (ONU, 1995). O texto da conferência aponta as desigualdades de acesso a recursos da saúde, relacionando-as à categoria gênero, e reconhece o aborto inseguro como um problema de saúde pública. São feitas recomendações aos países signatários para reavaliar as legislações que penalizam as mulheres que realizam o aborto inseguro.

Ambas as conferências, Cairo e Pequim, fazem parte do Ciclo Social da Organização das Nações Unidas (ONU), que trazem consigo a perspectiva de gênero e dos direitos humanos ligados à reprodução, à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos. Apontam a inadequação dos serviços de saúde para atendimentos de demandas relativas à sexualidade e reprodução e ressaltam que mulheres jovens e pobres são as que correm maiores riscos diante das necessidades de saúde não atendidas (Díaz; Cabral, 2004).

A legitimação dos direitos sexuais e reprodutivos se deu de forma gradativa no âmbito dos direitos humanos e sempre foi pautada pela luta das feministas sobre a autodeterminação reprodutiva (Côrrea; Ávila, 2003). Temos um ciclo de conferências que prescrevem as medidas necessárias a serem tomadas pelos governos e organizações internacionais para garantir desses direitos, porém as recomendações referentes aos direitos sexuais e reprodutivos ainda não são contempladas em sua totalidade pelos países signatários das conferências em suas políticas públicas.

4.2 Direitos sexuais e reprodutivos

A inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos na agenda das políticas públicas foi uma conquista do movimento feminista e dos movimentos sociais. Até meados da década de 70, o paradigma das políticas sobre saúde da mulher estava ligado a uma visão biológica e de base reprodutiva (Giocliani et al., 2021). O tema, que ganha dimensão nas décadas de 60 e 70, busca a igualdade entre os sexos e aponta que:

desde o início do século XX, pioneiras feministas como Margareth Sanger e Emma Goldman chamavam a atenção para o fato de que a autonomia nos campos da sexualidade e da reprodução não poderia ser negligenciada nas lutas pelos direitos das mulheres. A partir dos anos 70, o direito de escolha e a liberdade de decisão nos assuntos sexuais e reprodutivos tornar-se-iam aspectos inegociáveis da pauta feminista no Brasil e no mundo. Assim, vão ganhando relevância as questões relativas

à saúde integral da mulher e à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso à contracepção e ao aborto seguro (Côrrea, Alves, Jannuzzi, 2006, p.39).

Ao discutir sobre os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais, Côrrea (1999) problematiza a necessidade de se evitarem simplificações quanto ao uso dos mesmos, para não perder de vista a perspectiva dos direitos reprodutivos, que traz, em si, as atribuições de autonomia e liberdade, amplamente contestadas por instituições conservadoras desde as Conferências do Ciclo Social.

Os direitos reprodutivos são aqueles que resguardam a livre decisão pelo número, espaçamento e quando ter filhos, além do acesso a informações. Abrangem a decisão sobre reprodução livre de discriminação e sem coerção ou violência (ONU, 1995). Os direitos sexuais são definidos na Conferência de Pequim como aqueles relativos à sexualidade e à livre decisão a seu respeito, sem coerção, discriminação ou violência (CNDM, 1996).

Os direitos reprodutivos estão no bojo do movimento feminista e na pauta dos direitos e cidadania, caminham em conjunto com a saúde como direito de todos e visa a garantia de autonomia e liberdade nas esferas da sexualidade e reprodução. Já os direitos sexuais nascem no contexto do movimento gay e lésbico, como direitos humanos no campo da sexualidade e ganha legitimidade em menor medida que os direitos reprodutivos. Segundo Côrrea (2003), o sentido dos direitos sexuais abrange diversos atores e perspectivas e sua legitimação, na conferência de Beijing, ocorre antes do desenvolvimento completo do conceito.

Concomitante ao desenvolvimento dos conceitos de direitos sexuais e reprodutivos, efetiva-se o conceito de saúde reprodutiva e saúde sexual. Segundo Côrrea e Ávila (2003), o conceito de saúde reprodutiva é elaborado pela própria OMS com o objetivo de ampliar a visão biologicista e de controle demográfico preconizada até então. Também no caso da saúde reprodutiva, tem-se a mudança de paradigma de políticas de controle de natalidade para uma agenda da saúde e dos direitos humanos. Quando a OMS, em 1988, adota o termo saúde reprodutiva, amplia-se

a grade de análise, no sentido de incorporar as dimensões sociais da reprodução e desenhar políticas que não estivessem restritas ao planejamento familiar, mas pudessem responder a outras necessidades como o pré-natal, parto, puerpério, aborto, doenças ginecológicas e câncer cervical (Côrrea, Alves e Jannuzzi, 2006, p.43).

O conceito de saúde sexual acompanha a mudança de paradigma do conceito de saúde reprodutiva. Sua primeira definição, pela OMS, em 1975, pautava-se no caráter biologicista, fortemente ligado à sexologia. O discurso é ampliado com a epidemia de HIV/aids na década

de 90 e na Conferência do Cairo, quando é acrescido ao conceito de saúde sexual uma vida sexual segura e satisfatória. Ao final da definição do conceito de saúde sexual no Cairo, os termos qualidade de vida e relações pessoais são ampliados à definição (ONU, 1994).

O esforço para diferenciar os conceitos deve ser mantido, assim como a necessidade de apontar as especificidades destes no sentido de não reforçar a visão biológica de que sexualidade e reprodução estão interligadas em seu exercício, pois:

a constante reabsorção da sexualidade na reprodução está associada, de um lado, à tendência a fusionar gênero e sexualidade e, de outro, às pressões do conservadorismo moral no sentido de que a regulação da sexualidade seja sempre orientada para a procriação. Assim sendo, é muito importante compreender que gênero, sexualidade e reprodução são esferas da vida humana que se tangenciam – e, eventualmente, confundem-se – mas que ao mesmo tempo correspondem a terrenos distintos em termos de representação, significado e prática sexual. O claro discernimento entre direitos reprodutivos e direitos sexuais é parte deste mesmo esforço de esclarecimento (Côrrea, Alves e Jannuzzi, 2006, p.48).

É na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos que a articulação entre campo individual e a perspectiva social se articulam. Para Lemos (2014), o conceito de direitos sexuais e reprodutivos é um instrumento de ação política, pois retira a discussão de temas como aborto, homossexualidade e contracepção dos campos restritos da saúde e da legislação para o campo dos direitos humanos.

Nesse sentido, os direitos sexuais e reprodutivos, como valores democráticos, devem fazer parte da agenda política do Estado que precisa assegurar os meios para o pleno exercício desses. Para Ávila (2003), na perspectiva feminista, reprodução e sexualidade são dois campos distintos que têm seu alicerce na igualdade e liberdade, o que significa colocar ambos os campos na dimensão da cidadania e da vida democrática.

4.3 Legislações sobre aborto

A OMS define o aborto como a interrupção da gravidez, na idade gestacional máxima de 20-22 semanas ou nos casos em que o peso do feto é menor que 500 gramas. Classifica o aborto como precoce (até 12 semanas de gestação) ou tardio (entre 12 e 22 semanas) e, após as 22 semanas, reconhece como óbito fetal intraútero (OMS, 2013).

Além da idade gestacional referida acima, o aborto é também classificado quanto ao tipo, espontâneo ou natural e provocado ou induzido. O aborto provocado ou induzido pode ser classificado como autoaborto, quando realizado pela própria mulher ou heteroaborto, quando

realizado por outra pessoa. É em torno do aborto provocado/induzido que gira o debate político (Rocha, 2003).

A OMS estima que o número de abortos no mundo seja de 40-50 milhões por ano, uma média aproximada de 125.000 abortos por dia. Cerca de 22 milhões de abortos acontecem de forma insegura, em uma proporção maior nos países de média e baixa renda (OMS, 2015). Em estudo recente publicado pela revista *Lancet*, estima-se que entre o período de 2015-19 ocorreram, anualmente, 121 milhões de gestações não intencionais no mundo. A proporção é de 64 gestações por 1.000 mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos). Dessas gestações não intencionais, 61% terminam em aborto, um total de 73.3 milhões de abortos anualmente (Bearak et al., 2020).

O estudo de Bearak et al. (2020) aponta que nos países onde a legislação referente ao aborto é restritiva, os números de gestações não intencionais e de abortos são maiores em comparação a países onde a legislação permite o aborto legal.

O Centro de Direitos Reprodutivos acompanha em tempo real as legislações referentes ao aborto e suas variações ao redor do mundo. Segundo o Centro de Direitos Reprodutivos (CDR), instituição que acompanha em tempo real as legislações referentes ao aborto e suas variações ao redor do mundo, as legislações podem ser divididas em cinco categorias: proibição irrestrita; permitido para salvar a vida das mulheres; permitido para preservar a saúde; permitindo considerando circunstâncias sociais ou econômica; e legalizado, sendo que os limites gestacionais para o abortamento variam (CDR, 2021).

A primeira categoria engloba 26 países, a exemplo de El Salvador, Nicarágua, Egito e Iraque. Segundo dados do CDR, são 90 milhões de mulheres em idade reprodutiva vivendo sob legislações extremamente restritivas (CDR, 2021).

A segunda categoria abrange 39 países nos quais a legislação permite o aborto quando a gestação oferta risco à vida da mulher com permissivos legais adicionais, o Brasil é um deles. A terceira categoria engloba países como Costa Rica, Colômbia, Polônia e Paquistão e o aborto é autorizado por motivos de saúde ou terapêutica. A quarta categoria considera as circunstâncias sociais e econômicas da gravidez na vida da mulher e a quinta categoria inclui países onde o aborto é legalizado e a idade gestacional é o parâmetro para o permissivo legal, sendo o limite gestacional de 12 semanas o mais comum (CDR, 2021).

Para Torres (2012), o tema aborto e as formulações legislativas dos últimos dois séculos foram discutidas por vezes dentro de uma perspectiva masculina e outras como uma demanda

feminina. As primeiras legislações apresentam uma perspectiva masculina, moralista e teológicas com reflexo nas leis, como na França, em 1870, na qual o aborto foi considerado crime contra a pessoa e uma questão de tutela do Estado, assim como o ideário nacionalista pós Primeira Guerra Mundial, com componente ideológico ligado ao crescimento econômico, à expansão colonial e ao crescimento do território.

Apenas após a Segunda Guerra Mundial e com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, é que ocorre uma mudança gradativa no componente ideológico vigente. Segundo Mattar e Diniz (2012), é iniciado um sistema global com vistas à proteção dos direitos humanos que só foi possível devido ao fortalecimento e luta do movimento feminista. Dentro desse novo conjunto de condições, Torres (2012) realiza um apanhado das mudanças legislativas que aconteceu em toda a Europa. Na Inglaterra foi aprovado o Abortion Act, em 1967; a Alemanha, em 1974, aprova legislação favorável a legalização do aborto; e a França, em 1975, tem-se a aprovação da Lei Veil. Na Itália, em 1981, ocorreu um referendo que garantiu e reconheceu a autodeterminação das mulheres sobre seu próprio corpo.

As mudanças legais nas legislações referentes ao aborto foram provenientes de luta política, contudo, junto com elas vieram as reações conservadoras contrárias à legalização. Segundo Corrêa (2004):

Tão logo se deram as primeiras vitórias legislativas ou jurídicas, sobrevieram as reações conservadoras. Nos EUA, por exemplo, quase imediatamente após a decisão da Suprema Corte, que legalizou o aborto no país – conhecida como *Roe vs Wade* (1973), a Comissão de Relações Exteriores do Senado, presidida pelo ultraconservador Jesse Helms, estabeleceria como regras que os recursos da cooperação americana ao desenvolvimento (USAID-US Agency for International Development) não poderiam ser usados para financiar serviços de aborto. Esta medida foi precursora da chamada política da Cidade do México e da lei da Mordaça adotada por George Bush imediatamente após assumir a presidência em janeiro de 2001. Na Europa, ainda de que forma mais discreta, também se constituiria um movimento antiabortcionista que teve no médico francês Dr. Lejeune sua expressão mais conhecida (Corrêa, 2004)

O movimento político nos Estados Unidos, durante os períodos Regan e Bush, foi de guerra ao aborto, com sanções econômicas a países, principalmente na América Latina, favoráveis a legalização do aborto. O que possibilitou a mudança nesse percurso de guerra ao aborto foi a eleição de Bill Clinton, em 1992, que viabilizou incluir o tema como questão de saúde pública na Conferência do Cairo, em 1994 (Corrêa, 2004).

Na América Latina, o panorama sobre os direitos sexuais e reprodutivos e a legalização do aborto é frágil. Para Barbieri (2021), o aborto é tema de controvérsia no continente latino-americano devido a um já existente e crescente movimento conservador de políticos e

religiosos, além das desigualdades sociais existentes e da discrepância nos papéis de gênero tão presentes no modelo patriarcal.

A América Latina é composta por 20 países, contudo, apenas quatro deles têm legislação que legaliza o aborto: Argentina (2020), Cuba (meados dos anos 60), Uruguai (2013) e Colômbia (2022). El Salvador, Honduras, Nicarágua, Haiti, República Dominicana, Guatemala, Paraguai e Venezuela mantêm legislação proibitiva em qualquer situação. Em Honduras a legislação tornou-se mais restritiva em 2021. O país já tinha uma legislação que proibia o aborto em qualquer situação, até mesmo em casos de estupro ou incesto, porém, a reforma legislativa impossibilita qualquer alteração na legislação futuramente. A pressão para que ocorresse essa reforma legislativa partiu de grupos religiosos e de um congresso composto em sua maioria por homens. Cabe ressaltar que dados da ONG Women's Rights Center apontam que Honduras é o país com uma das maiores taxas de violência sexual do mundo e que 1 a cada 3 meninas com 15 anos já sofreram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo. Os demais países têm legislações com permissivos legais que legalizam o aborto em diferentes situações, como comprometimento fetal, estupro, incesto e salvar a vida da mulher (Aguiar et al., 2018).

Porém, mesmo nos países com permissivos legais, a dificuldade de acesso para realizar o aborto de forma segura leva mulheres a se submeterem a este de maneira clandestina. Os dados da OMS fornecem um quadro geral da situação no continente latino-americano. No período de 2010-14, foram realizados, anualmente, na América Latina, 6,4 milhões de abortos, sendo que destes 76,4% de maneira insegura. A proporção de abortos inseguros é de 34 para cada 1.000 mulheres em idade reprodutiva, a maior do mundo (OMS, 2017).

Os dados referentes ao aborto inseguro no Brasil são incertos devido à subnotificação, contudo, a morte materna é a quarta maior causa de mortalidade de mulheres no país. Segundo Cardieri e Peres (2021), a situação de ilegalidade do aborto no Brasil dificulta estimar números anuais, porém dossiês publicados pela Rede Feminista de Saúde falam em um milhão de abortos anuais no país.

Segundo Cardoso et al. (2020), a distribuição de óbitos por cor de pele teve maior número de registros no período de 2006 a 2012, no grupo de mulheres de cor preta, entre 2013 e 2014 no grupo de mulheres indígenas. A pesquisa foi realizada considerando o período de tempo de 10 anos (2006 a 2016), no período avaliado o grupo de mulheres de cor preta manteve o maior número de óbitos por razão de mortalidade materna (RMM). A conclusão do estudo traça um perfil sociodemográfico das mulheres que morreram devido ao aborto e as complicações

advindas do aborto, realizado de forma insegura, são mulheres solteiras (68%) e negras (70,5%), que em sua maioria tem menos de 7 anos de estudo.

A Pesquisa Nacional de Aborto, realizada nos anos de 2016, 2019 e 2021, também ressalta que as legislações restritivas e que criminalizam o aborto afetam 46% a mais mulheres pretas e pardas, expondo-as a maiores riscos se comparadas a mulheres brancas. O levantamento realizado pelo estudo estima que aos 40 anos, 1 em cada 5 mulheres negras terá feito um aborto, enquanto 1 em cada 7 mulheres brancas terá realizado um aborto. A pesquisa também aponta três implicações da criminalização do aborto, sendo uma delas diretamente ligada às legislações restritivas, que seria a prevenção do aborto. A criminalização do aborto seria um impeditivo para realizar discussões adequadas, na medida em que discutir o tema pode ser considerado apologia ao crime e para além, afeta a atenção que o sistema de saúde pode ofertar as mulheres e ao aborto por repetição (Diniz, Medeiros, Goés, 2023).

No Brasil, o aborto é crime previsto no Código Penal de 1940, em seus artigos 124, 125 e 126. O artigo 124 criminaliza a gestante que provoca o aborto em si ou que consente que outro o provoque. E os artigos 125 e 126 criminalizam terceiros, que realizam o aborto sem ou com consentimento da gestante. Os permissivos legais estão no artigo 128, que especifica que não se pune o aborto quando praticado por médico nos seguintes casos: quando necessário, isto significa quando não há outro meio para salvar a vida da gestante; e quando a gravidez é resultante de estupro (Brasil, 1940).

Outra situação na qual o aborto é permitido no Brasil está prevista na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF 54), do Distrito Federal, de 2012. Esta teve como relator o Ministro Marco Aurélio, que deliberou de forma positiva sobre o aborto nos casos de fetos anencefálicos. A arguição permite que seja uma opção de a mulher realizar o aborto ou não em casos de inviabilidade da vida extrauterina (STF, 2012).

A única mudança na legislação brasileira, desde o Código Penal de 1940, foi a ADPF 54, de 2012. A lei que criminaliza as mulheres continua inalterada e impede o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. O que se observa é um fortalecimento da frente conservadora no Senado Federal. Segundo dados do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), no primeiro semestre de 2021, seis projetos de lei sobre aborto foram apresentados na Câmara, todos contra os direitos das mulheres.

Nesse primeiro semestre, quatro requerimentos nesse sentido foram apresentados para sessões solenes, em homenagem: 1) ao Dia do Nascituro; 2) ao Dia da Criança por Nascer; 3) à Semana Nacional da Vida e do Nascituro; 4) à Marcha Nacional pela Vida; e 5) ao Provida de Anápolis (GO). Requerimentos também foram usados para

pressionar o andamento de propostas, a exemplo do REQ 597/2021, apresentado pela deputada Chris Tonietto (PSL/RJ), que requer a distribuição de proposições para as comissões competentes. As propostas de interesse dela são: o PL 2.893/2019, que revoga o art. 128 do Código Penal; o PL 1.945/2020, que aumenta a pena em caso de aborto realizado em razão de malformações do feto; e o PL 434/2021, que institui o Estatuto do Nascituro. Ou o REQ 585/2021, apresentado pelo deputado Filipe Barros (PSL/PR), que requer o despacho de proposições, entre elas o PL 2.893/2019, que revoga o art. 128 do Código Penal (CFEMEA, 2021).

O Brasil caminha na contramão em relação a outros países da América Latina, como Argentina e México, quanto à legislação e descriminalização do aborto. A situação de ilegalidade criada pelas legislações restritivas e proibitivas não impede que mulheres realizem o aborto, na verdade, coloca essas em risco e é causa de sequelas, agravos de saúde e morte, pois impede que as mulheres acessem os serviços de saúde e tenham negado seu direito a tratamento devido a complicações do aborto inseguro, por medo de represálias (Diniz, 2012).

Para a Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, o quadro legislativo do Brasil, referente ao aborto, é uma grave violação dos direitos humanos, pois inviabiliza o exercício da autonomia das mulheres sobre seus corpos por medo de denúncias e represálias (RFS, 2021). Ainda sobre o exercício dos direitos humanos, Rocha (2006) menciona Noberto Bobbio (1987), que correlaciona as restrições sobre a questão do aborto às desigualdades de gênero e classe em nosso país.

4.4 Gênero e regulação dos corpos

O conceito de gênero é problematizado nesse tópico no intuito de trazer os debates que marcaram o percurso e os avanços dos estudos sobre ele. Busco aqui trazer à tona as representações sociais acerca do ser mulher, dos papéis sociais vinculados a gênero/sexo e ao exercício da sexualidade e autonomia individual. Para tal, faz-se necessária uma síntese geral sobre a construção do conceito de gênero, pois é essencial desvincular as concepções universais e naturalizadas referente ao corpo, às diferenças sexuais e aos direitos reprodutivos.

Ramírez (2002) discorre sobre as primeiras concepções relativas a gênero e aponta que essas eram sustentadas por uma base biologicista e por um sistema sexo/gênero que amparava um discurso de oposição homem/mulher. Esse sistema sexo/gênero apresentava um modelo de base universalista e de naturalização. As discussões eram sustentadas pela centralidade do corpo e das diferenças biológicas, apresentando um sujeito pré-discursivo e a naturalização do lugar secundário da mulher fundamentado nas funções reprodutivas.

É a obra *O Segundo Sexo*, de Simone de Beauvoir (1949), que fundamenta as primeiras discussões sobre como gênero opera nas relações sociais, ela é referência para a construção de um novo paradigma e é percussora da segunda onda do movimento feminista. Outros trabalhos que desconstruem a universalização e a naturalização do sistema sexo/gênero, apenas a título de exemplo, são o trabalho da antropóloga Margaret Mead, que reflete que o comportamento homem/mulher não é natural e tão pouco universal; da pesquisa etnográfica de Strathern (1980), realizada em uma comunidade na Melanésia sobre assimetria sexual e divisão do trabalho e tece críticas aos modelos que importam noções ocidentais para compreender comunidades que vivem fora do ocidente e os estudos de MacCormack (1980) sobre fertilidade feminina e sua não naturalidade em outras culturas (Ramírez, 2002).

Piscitelli (2008) apresenta também os escritos de Scott (1988), Haraway (1991) e Butler (1990) como textos críticos que questionaram os paradigmas totalizantes e universais, segundo ela essas autoras:

questionam, também, as abordagens que formulam uma compreensão da diferença tendo como referência um Outro exógeno, externo, procedimento que mantém o princípio de uma unidade e coerência cultural interna. Essas teóricas trabalham com a ideia de dissolução do sujeito universal autoconsciente; valorizam a linguagem e o discurso como práticas relacionais, que produzem e constituem as instituições e os próprios sujeitos como sujeitos históricos e culturais e compreendem, enfim, a produção de saber e significação como ato de poder (Piscitelli, 2008, p.265).

A crítica ao paradigma de bases universais, naturalistas e pré-discursivas também justapõe uma noção de opressão e dominação patriarcal única e hegemônica. Para Butler (2021, p. 20) “um “antes” não histórico torna-se a premissa básica a garantir uma ontologia pré-social de pessoas que consentem livremente em ser governadas”. A análise prossegue e aponta que o modelo universal descontextualiza as intersecções da categoria gênero, com classe, raça e etnia, ao pensar a categoria mulher como homogênea.

Butler apresenta o primeiro ponto para um pensar crítico, uma leitura pelo materialismo histórico, no qual a produção das condições objetivas e subjetivas de existência é realizada pelo próprio ser social. Essa construção se daria dentro de discursos e dispositivos de regulação, na relação entre sujeitos que são constituídos socialmente. Gênero seria dessa maneira um efeito dessa prática reguladora e, assim, uma performance (Butler, 2021).

Na teoria performática, o original é uma paródia da ideia do original. Segundo Ramírez (2002), para Butler, gênero é uma imitação sem original. Sendo gênero um efeito discursivo e

o corpo um produto desse discurso, as divisões universais são desconstruídas e as relações de gênero podem ser analisadas dentro das relações de poder.

As relações de poder são pensadas por Foucault (2021) como instrumento de análise. Em sua obra, *Microfísica do Poder*, Foucault reflete sobre o poder, as relações de poder e o inclui em uma perspectiva política, que ele chama de genealogia. Aqui o percurso realizado se assemelha ao percurso de gênero, pois, para Foucault, o poder não é algo unitário ou universal, é uma prática social construída historicamente.

O distanciamento entre Estado e poder também é apontado em sua obra. O poder não tem um lugar específico dentro das instituições, hospitais ou escolas, ele é uma prática, uma relação, exercida e disputada de forma bilateral. Ao construir o conceito de genealogia do poder, Foucault indica que as relações de poder não têm apenas caráter de repressão, há também nela uma eficácia reprodutiva. Essa economia do poder tem como objetivo básico gerir os corpos e as vidas das pessoas, que Foucault chama de poder disciplinar. Machado (2021) especifica a disciplina como:

uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder; são “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” ... fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e à manutenção da sociedade industrial, capitalista (Machado, 2021, p.21).

Ao pensar a genealogia do poder, Foucault (2021, p.52) apresenta o poder como um instrumento de análise, ou seja, ele busca compreender o campo do poder por meio de uma postura reflexiva, ao identificar e evidenciar campos e discursos específicos, assim como mecanismos e estratégias empregadas nas relações de poder, e aponta este como uma prática social constituída, que atinge de maneira concreta os corpos dos indivíduos e a vida cotidiana. Para Almeida (2019), o poder em sua forma produtiva possibilita discursos e formas de saber que se dão via prática social como efeitos desse poder.

O poder disciplinar dos corpos figura no exercício da sexualidade e da reprodução, e, de forma mais intensa, no corpo feminino e nas relações de gênero. Para Foucault (2020, p. 112), a sexualidade é a forma mais instrumentalizada de poder, devido à quantidade de manobras e articulações às quais pode estar articulada. Nesse sentido, o autor chama a atenção para quatro conjuntos de estratégias que reverberam na produção do saber e na ordem do poder, a histerização do corpo da mulher, a pedagogização do sexo da criança, a socialização das condutas de procriação e a psiquiatrização do prazer perverso. Foucault define a histerização do corpo da mulher como um tríplice processo:

como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual este corpo foi integrado, sob efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, por meio de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a mulher “nervosa”, constitui a forma mais visível dessa histerização (Foucault, 2020, p. 112).

Em seus escritos Foucault avança ao definir biopoder e suas formas, como uma biopolítica da população e como anátomo-política. A biopolítica diz de saberes e práticas voltadas para o controle da população, e, em sua outra forma, a anátomo-política, refere-se ao controle do corpo humano enquanto produto. Furtado e Camilo (2016, p.37) apresentam exemplos do exercício da biopolítica como, “práticas que permitam gerir taxas de natalidade, fluxos de migração, epidemias, aumento da longevidade”.

Na América Latina, a esterilização de corpos femininos, com bases em uma perspectiva eugenista, fez-se presente no início do século XX. Uma política de controle populacional direcionada para mulheres indígenas, negras e pobres. Segundo Biroli (2018), o racismo e a eugenia deram contorno a uma política de estado cujo objeto era o corpo e a autonomia das mulheres. Apenas no Peru, estimam-se 400 mil esterilizações nesse período. No Brasil, essa intervenção se dissipou de maneira mais ampla pelo Nordeste e Centro-Oeste do país.

Para Cortelini e Marques (2021), a política de controle populacional na América Latina é um exemplo de como o discurso de direitos reprodutivos foi utilizado para dar vazão a uma política Malthusiana, além de representar uma violência sistemática do corpo da mulher e violação dos direitos sexuais e reprodutivos. Os autores chamam atenção, também, para como a interseccionalidade entre gênero, raça e classe estabelece uma nova e diferente configuração de poder em corpos de mulheres, negras e pobres.

Referente à socialização das condutas de procriação, na América Latina, percebemos de sobremaneira a intervenção da Igreja Católica e sua oposição ao controle de natalidade e uso de contraceptivos, além de um ideal familiar, que limita a figura feminina à condição de mãe. Segundo Biroli (2018), o exercício do controle da Igreja Católica sobre a autonomia reprodutiva das mulheres é também uma maneira de suspensão da condição da mulher como indivíduo. Para além, enfatiza que a destituição da mulher como indivíduo, retira dessa o acesso a direitos, a exemplo da criminalização do aborto.

O controle da sexualidade via poder disciplinar e a objetificação dos corpos apontam para a existência de corpos que importam, nesse caso, especificamente para a condição

feminina, em que a vida das mulheres ocupa um lugar de menor majoração e menos valia. Para Biroli (2018, p.137), os direitos sexuais e reprodutivos dizem do exercício de autonomia e autodeterminação, porém sua “definição e efetividade são historicamente distintas para mulheres e homens, além de terem como referência a heteronormatividade”.

O referencial heteronormativo e a criminalização do aborto implicam em construções normativas distintas para os indivíduos, pois as leis restritivas referentes ao aborto impossibilitam que as mulheres exerçam direitos fundamentais, como os direitos sexuais e reprodutivos, direito à vida e à igualdade de gênero (Biroli, 2018).

A história do controle populacional na América Latina mostra que as questões ligadas aos direitos sexuais e reprodutivos não afetam as mulheres igualmente. As violências vivenciadas no processo eugenista de controle da natalidade assinalam que convergências de gênero, sexualidade, classe e raça marginalizam grupos de população, principalmente grupos de negras e pobres.

4.5 Interseccionalidade

Uma ferramenta analítica importante para a discussão de gênero e direitos sexuais e reprodutivos é a interseccionalidade. Collins (2017) a define como uma forma de investigação crítica e de práxis, que nasceu dentro do contexto de políticas emancipatórias da década de 90. A jurista Kimberlé Crenshaw é reconhecida como a pessoa que criou o termo, não no sentido de dar origem aos estudos, mas sim de possibilitar um marco estrutural, com seu artigo *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color*, publicado em 1991 (Collins, 2017).

Outro documento de referência para os estudos sobre interseccionalidade é o documento “Background Paper for the Expert Meeting on Gender – Related Aspects of Race Discrimination”, que faz parte o Dossiê da III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobias e Intolerâncias Correlatas, que aconteceu em Durban, África do Sul, no ano de 2001. Nesse encontro caracterizado pela forte presença e atuação das mulheres e ativistas, Crenshaw (2002) realiza uma crítica à forma como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, ao aspirar uma aplicação universal de direitos humanos sem distinção de gênero, cria grupos marginais diante da garantia de direitos básicos.

Crenshaw (2002) amplia a discussão ao trazer à tona a necessidade de inclusão da perspectiva de gênero para as discussões de direitos humanos, para que as diferenças

perpetradas pelas distinções de gênero sejam visualizadas e assumidas. Seria essa uma maneira de responsabilizar e apontar a necessidade de serem feitas análises dentro desse e de outros marcadores, como classe e raça. Ela define interseccionalidade como uma conceituação:

do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Creshaw, 2002, p.177).

O desempoderamento ocorre quando categorias como classe, raça e gênero interagem e processos de exclusão são produzidos com características e consequências específicas. Os sistemas de opressão são interconectados na intersecção dessas categorias e lugares sociais distintos são produzidos para grupos “periféricos” que são afetados de maneira sinérgica pelos múltiplos sistemas de poder (Collins, 2017; Stelzer, 2021).

Para Oliveira et al. (2020, p. 2), a intersecção entre as categorias estruturais de gênero, classe e raça leva à produção de iniquidades sociais e de saúde. A articulação proposta pela interseccionalidade apreende as várias dimensões de desigualdades que influenciam “diretamente as posições sociais, as experiências dos sujeitos e as relações de poder que estabelecem na sociedade” e que são determinantes do processo saúde-doença.

São condições que operam uma realidade, como forma de agenciamento e reproduzem condições sociais de exclusão. Regularmente destituem os grupos vulneráveis da capacidade política de gerir suas próprias vidas. O racismo, o patriarcalismo e a opressão de classes são eixos de subordinação que “balizam as decisões reprodutivas das mulheres de segmentos sociais excluídos e restringem sobremaneira suas possibilidades de escolha” (Brandão; Cabral, 2021, p.6).

As decisões reprodutivas não perpassam apenas as mulheres, envolvem relações sociais que abarcam parceiro, família, comunidade, além de múltiplos fatores sociais, econômicos e políticos. São fatores que restringem as decisões sexuais e reprodutivas, afetam a autonomia reprodutiva e perpetuam desigualdade de gênero, racial e social. São relações de poder que se dão dentro de quatro domínios: o estrutural, o cultural, o disciplinar e o interpessoal. O domínio estrutural fundamentado pelas instituições sociais, como mercado de trabalho e saúde. O domínio cultural constituído por ideias e organização cultural que permeiam as relações de

poder. O domínio disciplinar diz respeito às regras e regulamentações; e o domínio interpessoal se dá na convergência das demais (Collins; Bilge, 2021).

Para um grupo de mulheres (negras e pobres), a interação entre os eixos de dominação tem efeitos mais amplos e deletérios. São vidas precárias, que não gozam da hierarquia de sujeitos (Butler, 2019, p.20) e que mostram que a incidência dos discursos de poder não se dá de forma homogênea sobre os diferentes grupos sociais.

A pesquisa “Aborto e saúde pública: 20 anos de estudos no Brasil” aponta que qualquer mulher em idade fértil pode recorrer ao aborto em algum momento do seu percurso reprodutivo, independentemente de classe, raça, religião. O que a criminalização do aborto faz é afetar a vida de mulheres negras e pobres de maneira dolorosa, perpetuar desigualdades e vulnerabilidades sociais, e expor estas a maior risco de morbidades e mortalidade (Silva; Andreoni, 2012). É uma política que gera opressões e desempoderamento.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Referencial Teórico Metodológico

O estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa qualitativa em uma trajetória metodológica na qual busquei compreender e interpretar um fenômeno dentro da realidade vivida e compartilhada por mulheres que participaram do programa de planejamento familiar de um município do Centro-Oeste de Minas Gerais.

Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa tem como objetivo assimilar a lógica interna de grupos, instituições e atores, sendo seu *locus* o cotidiano e as experiências do senso comum. Assim, a escolha pela pesquisa qualitativa se fez pela possibilidade e necessidade de apreender a subjetividade inerente ao fenômeno pesquisado dentro das experiências cotidianas dessas mulheres.

No livro “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde”, Minayo (2014) aponta a necessidade de realizar uma crítica a pesquisas que fazem análises atomizadas e reduzidas e que desconsideram o signo da historicidade e a existência de uma base material para o simbólico. Para a autora, saúde é um fenômeno compartilhado por todos os segmentos e diversidades sociais e se cristaliza de determinada maneira para a pessoa ou sociedade na qual está inserida.

Creswell (2014) aponta que a pesquisa qualitativa tem determinadas características, tais como, a coleta de dados em campo e a utilização de múltiplos métodos, como entrevista, observação e outras fontes de dados, sendo um processo de pesquisa reflexivo diante as perspectivas e contextos explorados. Ao abranger o contexto social no qual as pessoas vivem, a pesquisa qualitativa contribui para compreender o comportamento social humano e representar múltiplas opiniões e perspectivas.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa busca a compreensão do significado individual e/ou coletivo do fenômeno para a vida das pessoas, e de que forma o significado, com sua função estruturante, aponta para maneiras de organização e modos de vida (Turato, 2005). Incluir a subjetividade e o social como elementos constitutivos das ciências da saúde possibilita uma maior clareza sobre o fenômeno estudado.

A escolha pela pesquisa qualitativa possibilita, neste trabalho, apreender as significações e sua atuação sobre a forma de viver e experienciar o fenômeno estudado. Turato (2005), citando Minayo (2004), pondera que a intencionalidade é inerente aos atos, assim, as estruturas sociais e as relações são construções perpassadas por significados.

Minayo (2014) assinala que a abordagem fenomenológica é a que tem maior relevância na área da saúde. Como abordagem metodológica, ela evidencia que as concepções de saúde e de doença são específicas de cada cultura e que o padrão imposto pelas políticas de Estado reverbera um padrão médico centrado. Assim, a fenomenologia é a abordagem metodológica utilizada no percurso deste trabalho, numa perspectiva de aproximação com a realidade dos sujeitos e com a forma como experienciam suas vivências.

A fenomenologia, conforme Husserl, assume papel de método, sendo um conjunto de procedimentos adotados que visa a descrição de fenômenos e modos de ver o mundo. Na perspectiva fenomenológica, é necessária a suspensão das ideias e conhecimentos do pesquisador. Significa que há necessidade de interrogar o que se considera natural dentro do contexto pesquisado e trazer novos questionamentos diante do fenômeno analisado (Oliveira, 2021).

Como método, a fenomenologia visa descrever os fenômenos como são vivenciados pelos sujeitos, apontando para a inexistência da neutralidade do pesquisador na construção do conhecimento, pois o pesquisador faz parte da relação com o pesquisado, ao atribuir significados e interagir com o outro. Garnica (1997) indica que não há conclusões na pesquisa

e, sim, uma construção de resultados. Assim, a fenomenologia exige do pesquisador um exercício constante de reflexão.

Minayo (2014), ao citar Schutz (1971), reflete sobre a distinção feita por esse autor sobre experiência e conhecimento. Essa distinção aponta que conhecimentos diferentes podem ser produzidos a partir de uma mesma experiência vivida, simultaneamente, por sujeitos distintos, a depender de sua bagagem biográfica.

A pesquisa fenomenológica se ocupa “com o fato de que as pessoas se situam na vida com suas angústias e preocupações, em intersubjetividade com seus semelhantes” (Minayo, 2014, p.144). Assim, não existe saber que não seja constituído sem sujeito e historicidade. Isto posto, a linguagem se apresenta como forma e meio para compreensão dos fenômenos, ao possibilitar a descrição de vivências e a interpretação do fenômeno vivenciado pelo sujeito.

Então, por que pensar a pesquisa em um percurso fenomenológico e feminista? O feminismo, segundo Missagia (2016), é um movimento de cunho político, teórico e uma forma de localizar a pesquisa na construção do conhecimento.

Assim, quando fenomenologia e feminismo estabelecem conexão, diversas questões relativas às vivências femininas – muitas vezes mantidas invisíveis no discurso filosófico – se tornam objeto de análise, do mesmo modo que se agregam ao debate feminista questões filosóficas amplas relativas à experiência da mulher enquanto sujeito (Missagia, 2016, p.166).

Para Haraway, o feminismo tem um posicionamento crítico cuja meta “*são melhores explicações de mundo, isto é, ‘ciência’*” (Haraway, 1995, p.33). Nesse sentido, partir da teoria feminista para a organização e construção do conhecimento abre possibilidades para ampliar a compreensão sobre o fenômeno estudado.

A operacionalização da categoria “mulheres” acaba por padronizar e universalizar uma análise que deve ser múltipla e diferenciada. Para além da categoria gênero, estudos sobre direitos sexuais e reprodutivos e aborto precisam de um olhar para as questões raciais e de classe, articulação teórica proposta pela interseccionalidade.

A interseccionalidade é uma ferramenta analítica que assinala que formas múltiplas de violência se sobrepõem nas relações de poder que geram ações e políticas de opressão. Para Collins (2020), a intersecção entre as categorias gênero, classe, raça, dentre outras, diz sobre como as experiências individuais são marcadas por diversidades sendo ela uma maneira de “*entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas*” (Collins, 2020, p. 13).

Assim, a fenomenologia e o feminismo, como recorte e forma de localizar a pesquisa, permitem explorar e realizar uma leitura da subjetividade das mulheres entrevistadas e localizar, por meio das categorias de análise, as formas de opressão que delimitam as políticas públicas e o cotidiano das mulheres que participaram do programa de planejamento familiar.

Na pesquisa qualitativa, os instrumentos de coleta de dados são uma forma de interlocução entre o referencial teórico e o campo que se deseja pesquisar (Minayo, 2014).

A entrevista semiestruturada não tem como objetivo seguir um roteiro rígido. Ela é formada por tópicos que buscam propiciar uma conversação que tem uma finalidade. Para Minayo (2014), as questões da entrevista semiestruturada devem possibilitar um processo de comunicação que consiga fazer emergir, por meio do discurso, a realidade, as representações e as vivências dos atores sociais.

Para a coleta de dados nesta pesquisa, foi utilizado um roteiro com questões norteadoras e informações sociodemográficas (Anexo 7). O roteiro utilizado possibilitou conhecer o percurso reprodutivo das mulheres entrevistadas, perpassando a temática da educação sexual, escolha de método contraceptivo, atendimento nas unidades de saúde, concepção de autonomia e aborto, além da experiência das entrevistas junto ao programa de planejamento familiar analisado.

Outro instrumento de coleta de dados utilizado foi o diário de campo, adotado com o objetivo de registrar e expressar minhas impressões, sentimentos, dúvidas e receios durante as entrevistas. O diário de campo também apoiou reflexões após as entrevistas e durante a fase de análise dos dados, constituindo elemento essencial para uma autoanálise da condução das entrevistas e para a reconstrução do campo durante a leitura das mesmas.

Para Cresweel (2014), na pesquisa fenomenológica, todos/as os/as participantes da amostra precisam ter vivenciado o mesmo fenômeno que é pesquisado sendo que o objetivo não é a generalização por meio do tamanho da amostra, mas possibilitar emergir o que é particular daquele fenômeno, para gerar uma compreensão do fenômeno pesquisado.

O tamanho da amostra nesta pesquisa foi definido com o andamento das entrevistas, a disponibilidade das participantes e a diversidade das experiências detalhadas durante as entrevistas. Os procedimentos para busca e acesso às mulheres que foram entrevistadas foram construídos com os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir das necessidades que foram surgindo quando iniciei o contato telefônico com as mulheres que fariam parte da pesquisa conforme será relatado mais à frente neste texto.

5.2 Caracterização do local de estudo e do programa de planejamento familiar

O município no qual foram realizadas as entrevistas está localizado no Centro-Oeste de Minas Gerais, com população estimada de 108.241 habitantes, salário mensal médio de 1,6 salários-mínimos e economia voltada para o setor calçadista (IBGE, 2020). Essa vocação econômica tornou o município conhecido na região como local de grande oferta de empregos sendo comum ouvir que “quem quer, trabalha”, “tem empregos pra todos”, “só fica à toa quem quer”. Porém, são falas que desconsideram as más condições em que as pessoas trabalham nas fábricas e até mesmo no trabalho informal, as chamadas “bancas”.

As fábricas estabelecem metas diárias e é comum ouvir nas unidades de saúde que o número de idas ao banheiro é monitorado, assim como as paradas para tomar água. O quantitativo de absenteísmo às consultas nas unidades de saúde é alto, pois, mesmo com o atestado médico, especificando a necessidade de afastamento do trabalho por motivos de saúde, os dias são cortados na folha de pagamento e benefícios, como cesta básica, são retirados. No final do ano, todos os contratos são rescindidos e as pessoas são recontratadas em fevereiro, assim, nos meses dezembro e janeiro, as fábricas param e as pessoas vivem com o dinheiro do acerto trabalhista.

Nas “bancas”, o serviço é ainda mais precarizado. Elas são montadas em garagens ou pequenos cômodos nas residências. Um determinado número de pares de sapato é repassado da fábrica para a banca, para manufatura. As pessoas que trabalham nesses locais recebem por número de sapatos produzidos, não havendo garantia de direitos trabalhistas, como férias, 13º salário ou acerto demissional.

Outro ponto que cabe ressaltar é o relativo aos custos fixos de vida no município. O valor do aluguel varia em torno de um salário-mínimo a um salário-mínimo e meio, para residências de dois a três quartos, além de custos com energia, água e alimentação. Gastos com lazer não fazem parte da realidade dessas famílias, que trabalham no setor calçadista. Como estratégia para contornar os altos custos fixos, muitas famílias dividem o aluguel com pessoas que migram para a cidade para trabalhar. É frequente, ao realizar o cadastro familiar no e-SUS, residirem na casa, a família e mais uma ou duas pessoas que vieram em busca de trabalho e alugam um dos quartos da residência.

Assim, é comum que adolescentes e crianças também trabalhem nas bancas, após o período escolar. Nesse caso, são responsáveis pelas atividades de menor remuneração, como aquelas relacionadas ao uso de cola-de-sapateiro e à apara de costuras. Esse grupo também

recebe por produção, uma média de R\$ 0,50 por calçado. Já as mulheres trabalham como pespontadeiras com uma média salarial de dois salários-mínimos. Já os cargos de gerência e ligados ao maquinário, como as injetoras, são centralizados na figura masculina e aos salários de maior valor.

Segundo dados da Fundação Getúlio Vargas (FVG Social), de fevereiro de 2023, a renda média da população do município no qual a pesquisa foi realizada é de R\$ 386,64 por pessoa. Dados do IBGE, referente ao índice de Gini, que mede a desigualdade social, sendo ‘zero’, menor desigualdade e ‘um’, maior desigualdade, demonstram 0,35 para o município.

Com relação aos dados da saúde, nos últimos cinco anos, houve investimento do setor público na APS. No ano de 2017, o município contava com população de pouco mais de 92.000 habitantes e 17 unidades básicas de saúde (UBS), representando 63,5% de cobertura de assistência da APS. Dados de abril de 2022, disponibilizado no site oficial da prefeitura, apontam que o município possui mais de 108.000 habitantes e conta com 24 UBS, atingindo 93,5% de cobertura da APS.

Dentre as ações ofertadas pela APS, o planejamento familiar é uma delas, sendo assegurado pela Lei Federal nº 9.263/96, fazendo parte da assistência integral à saúde e visando garantir o acesso a técnicas de concepção e métodos contraceptivos. O planejamento familiar abrange ações para regular a fecundidade, o aumento ou a limitação do número de filhos, da mulher e do casal. Dessa forma, o objetivo geral do planejamento familiar é possibilitar o direito da mulher ou casal de ter o número de filhos que desejar, no momento programado pelos mesmos e com a assistência à saúde necessária.

Engloba, também, ações de caráter preventivo e educativo, por meio do acesso à informação, auxílio à concepção e contracepção, pré-natal e assistência ao parto, puerpério e neonato. Atua, ainda, com o objetivo de prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o câncer de colo do útero e de mamas.

Porém, o que se pode observar no município, é que o programa de planejamento familiar, a partir do qual foram selecionadas as mulheres participantes da pesquisa, oferta, basicamente, ações de educação em saúde sobre métodos contraceptivos e prevenção de gravidez não desejada, focada na distribuição de contraceptivos e a esterilização cirúrgica para mulheres¹. As ações do programa não englobam temáticas sobre o direito de escolha de ter

¹ Conforme será explicado mais adiante no texto, para a indicação cirúrgica, as mulheres passam por acolhimento com psicóloga e assistente social, entretanto esses procedimentos apenas informam o relatório gerado para autorização da cirurgia, ou seja, a finalidade é o procedimento cirúrgico.

filhos ou não, ou a identificação e o acolhimento das demandas individuais (ou dos casais) relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, ou, ainda, ações de prevenção a IST e ao câncer de colo do útero ou de mamas.

Desde sua implementação, em 2014, as vagas para o procedimento de esterilização cirúrgica são divididas entre as unidades de saúde da APS, inicialmente com a orientação de que fossem priorizados os casos que mais necessitassem do procedimento. Apesar dessa orientação, não foi implementado protocolo com critérios que determinassem quais casos seriam considerados prioritários. Dessa maneira, as mulheres que participaram desses primeiros procedimentos foram selecionadas pelas enfermeiras coordenadoras das unidades, a partir dos critérios previstos na Portaria MS nº 144/1997² (Brasil, 1997) e na Portaria MS nº 48/1999³ (BRASIL, 1999) e, também, critérios próprios, provavelmente baseados em sua prática profissional e/ou subjetivos. Os critérios previstos nas portarias mencionadas incluem, capacidade civil plena, idade superior a vinte cinco anos, dois filhos vivos e prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Adicionalmente, são considerados riscos de agravos ou morte da mulher e/ou do futuro concepto, o que deve ser testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. No caso do programa de planejamento familiar objeto de estudo dessa pesquisa, esse testemunho é realizado conforme documento apresentado no Anexo 1.

O fluxo para realizar o procedimento da laqueadura inclui a triagem da enfermeira na APS e o preenchimento da ficha de manifestação de desejo em realizar o procedimento de esterilização pela mulher atendida. Após o atendimento inicial na APS, acontecem os grupos de planejamento familiar no Núcleo de Saúde da Mulher do município, cujas etapas são: (i) grupo com enfermeira/o, para conferência da documentação e palestra onde são ofertados métodos contraceptivos de reversão disponibilizados pelo SUS e o passo a passo da cirurgia de laqueadura; (ii) um segundo momento, composto por entrevista individual com assistente social para levantamento da história social da paciente; (iii) entrevista individual com psicóloga/o, que busca avaliar maturidade emocional para encerrar o ciclo reprodutivo e situações que

² A Portaria MS nº 144/1997 define critérios para a autorização da esterilização voluntária; regulamenta os procedimentos cirúrgicos relacionados à esterilização feminina e masculina voluntárias, a cobrança dos procedimentos através da autorização de internação hospitalar e o credenciamento das unidades hospitalares para realização dos procedimentos (Brasil, 1997).

³ A Portaria MS nº 48/1999 estabelece normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para execução da esterilização voluntária e define critérios para a autorização da esterilização voluntária feminina e masculina (Brasil, 1999). A Portaria MS nº 48/1999 revogou a Portaria MS nº 144/1997.

possam coagir a mulher na tomada de decisão pelo método cirúrgico e (iv) entrevista com médica/o clínica/o geral para avaliação clínica.

A única profissional fixa no programa de planejamento familiar é a enfermeira da unidade Saúde da Mulher, onde acontece o grupo e as avaliações individuais. O atendimento do médico clínico geral é feito por escala e é sempre um profissional de uma das UBS. A avaliação psicológica e social também é realizada por meio de escala dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sendo seis psicólogas e três assistentes sociais.

Esse formato de escalas e sem uma equipe fixa faz com que o atendimento no programa seja apenas um procedimento. Não há um vínculo entre a equipe que presta o atendimento, apesar de o projeto preconizar a equipe multidisciplinar para a avaliação, as condutas são pontuais e individuais, não há troca de experiência. Tal formato, com ação pontual, torna todo o processo fragmentado, pois após as avaliações não sabemos se o processo deu andamento.

5.3 Construção dos dados

Ao apresentar a construção dos dados dessa pesquisa, cabe ressaltar que o itinerário pensado inicialmente nem sempre foi linear e como o esperado. Ao submeter a pesquisa para análise ética, recebemos três pareceres desfavoráveis por parte do comitê de ética responsável pela análise. Inicialmente, o comitê considerou que buscar compreender e analisar o aborto e as concepções que as usuárias da atenção primária tinham do mesmo implicaria em riscos, uma vez que o aborto é crime previsto no Código Penal. Para proteção das participantes o recorte temporal foi ampliado e inseridas mulheres que participaram do programa de planejamento familiar em outros anos. Os dados que poderiam apontar quais mulheres seriam entrevistadas foram retirados da pesquisa, como ano que participou do programa de planejamento familiar, nome, idade e ESF pertencente.

O parecer também apontava um possível viés metodológico relacionado ao fato de a pesquisadora assistente já ter trabalhado no programa de planejamento familiar do qual as participantes das entrevistas seriam selecionadas. Nesse sentido, foi realizado contato com o Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais para orientação sobre esse aspecto e o Conselho retornou que as entrevistas relativas à pesquisa e as entrevistas de avaliação realizadas no programa de planejamento familiar não tinham o mesmo objetivo e que o papel exercido pela pesquisadora seria distinto do papel da profissional de psicologia. Com essa orientação, respondemos ao parecer, explicando, ainda, que seria vantajosa a participação da

pesquisadora assistente, minimizando possíveis riscos e constrangimentos, já que a profissional conhecia a rotina do serviço e o perfil das mulheres que o acessavam.

Inicialmente, a proposta seria entrevistar apenas as mulheres que participaram do programa de planejamento familiar no ano de 2019, contudo, muitas já não residiam no município ou os cadastros no sistema e-SUS não estavam atualizados, o que inviabilizou o contato com as mesmas. De forma a ampliar o número de mulheres entrevistadas, foram incluídas mulheres que participaram do programa no ano de 2021. O ano de 2020 não foi incluído, pois, devido à pandemia de COVID-19 e como a cirurgia de esterilização é considerada eletiva⁴, não houve oferta do procedimento de laqueadura no município.

O acesso inicial às mulheres se deu a partir das fichas de cadastro mantidas na unidade de saúde especializada, Saúde da Mulher (Anexo 2). A ficha é composta pelo cadastro, com dados de identificação, história reprodutiva e de saúde da mulher. Na história reprodutiva, consta número de gestações, partos e abortamentos, tipos de parto, complicações na gestação, métodos contraceptivos já utilizados e, caso pertinente, o porquê do abandono do método contraceptivo utilizado. A história de saúde é composta por doenças e tratamentos, medicações em uso, história de infecções sexualmente transmissíveis, doença inflamatória pélvica, preventivos e escolha pelo procedimento cirúrgico.

Foram recuperadas 24 fichas de cadastro no programa no ano de 2019, nas quais constavam nome, endereço, cartão SUS, telefone de contato e histórico reprodutivo. Entrei em contato com as mulheres via telefone cadastrado na ficha. Tive sucesso no contato com três mulheres que aceitaram participar da pesquisa, os demais telefones constavam como inexistentes quando realizei as tentativas. Essa busca inicial foi feita em horários diversos.

Após essa primeira tentativa de contato, conversei com as enfermeiras das UBS e solicitei apoio na busca pelas mulheres que haviam participado do programa em 2019. Vinculamos as mulheres que ainda residiam no município à UBS, microárea e ao/à agente comunitário/a de saúde (ACS) responsável. Isso feito, foi explicado ao/à ACS o objetivo da pesquisa e a importância de realizar as entrevistas com as mulheres. Ao conversar com as ACS expliquei que, no momento, não estava trabalhando no município e que a entrevista não tinha vínculo com minha atuação anterior como psicóloga nas unidades de saúde. Por ter trabalhado no município durante treze anos, conhecia grande parte das ACS o que facilitou o acesso e

4 O procedimento eletivo pode ser agendado com antecedência ou adiado sem comprometer a saúde da paciente.

permitiu que elas se sentissem mais à vontade para tirar dúvidas e fazer perguntas. Acredito que outro ponto facilitador para esse processo de sensibilização foi o fato de que todas as ACS serem mulheres. Algumas, inclusive, relataram o desejo de contar sobre suas experiências com a laqueadura e as dificuldades de adaptação com os métodos contraceptivos.

Durante esses momentos com as ACS, várias fizeram comentários sobre as mulheres que eu entrevistaria, como número de filhos tidos, relação com os parceiros íntimos e autocuidado. Nesses momentos, também foi possível conversar sobre saúde reprodutiva, sexualidade e sobre o modo de execução das ações do programa de planejamento familiar.

Nas visitas domiciliares, as ACS apresentavam a pesquisa às mulheres e identificavam quais estariam disponíveis para participar da entrevista. Esse processo de busca pelas participantes do programa de planejamento familiar começou em fevereiro de 2023 e terminou em abril do mesmo ano. Com a participação das ACS, mais cinco mulheres aceitaram participar da pesquisa. As outras 16 mulheres identificadas a partir das fichas de cadastro do ano de 2019 haviam mudado do município, não tinham disponibilidade para participar da pesquisa devido à falta de tempo e/ou aos afazeres domésticos ou não manifestaram interesse em participar.

Com relação às mulheres que participaram do programa em 2021, foram identificadas 11 fichas de cadastro, sendo possível entrar em contato com oito mulheres e realizar a entrevista com cinco. Como eram cadastros mais recentes, encontrá-las pelo contato telefônico foi mais fácil, não sendo usada a estratégia de contato a partir das ACS.

A proposta inicial era entrevistar as 24 mulheres que participaram do programa de planejamento familiar em 2019, porém, como exposto acima, não foi possível. No total, foram entrevistadas 13 mulheres (oito que participaram do programa em 2019 e cinco em 2021).

A princípio, as entrevistas seriam realizadas nas unidades de saúde às quais as mulheres estavam cadastradas. Contudo, devido ao número reduzido de salas nas UBS, o horário de funcionamento da unidade ser até as dezessete horas e muitas mulheres poderem apenas após o horário de trabalho e/ou não terem disponibilidade de ir até a unidade, as entrevistas foram realizadas nas residências das mesmas.

Segundo Yin (2016), o trabalho de campo se dá onde a vida real acontece, quando as pessoas estão exercendo seus papéis e rotinas. Realizar as entrevistas nas residências dessas mulheres possibilitou uma compreensão maior das suas histórias, relações e vivências cotidianas.

Como local íntimo e privado da pessoa, no qual as relações interpessoais são vividas e constituídas, estar no domicílio das mulheres entrevistadas possibilitou entender de forma mais ampla o contexto de vida delas, hábitos, crenças e vivências com outros membros da família. Possibilitou, ainda, maior interação entre a pesquisadora e a mulher entrevistada, por permitir distanciamento entre o objetivo da entrevista (para fins de pesquisa) e o vínculo empregatício que tive em outro momento com a secretaria de saúde do município. O ambiente domiciliar tem a possibilidade de ser mais acolhedor que o ambiente de consultório das unidades de saúde, que muitas vezes são em casas adaptadas, com mobiliário precário e divisórias inadequadas, que não resguardam a confidencialidade.

Contudo, em alguns momentos, realizar a entrevista no domicílio trouxe elementos dificultadores e impasses éticos ao abordar temas como sexualidade e itinerário reprodutivo. Em uma entrevista específica, observei que a chegada do marido à casa, durante a entrevista, acabou inviabilizando aprofundar os temas e, ao perceber o desconforto da mulher com a presença dele, optei por encerrar a entrevista. Pude observar que algumas mulheres, no momento inicial, sentiam-se envergonhadas pela estrutura das casas, chegando a pedir desculpas pelas condições das moradias. Em alguns momentos, as crianças (filhas das mulheres) chegavam e permaneciam por um tempo no local onde a entrevista estava acontecendo, nesses momentos, o incômodo era mais meu do que das mulheres. Por considerar o tema sensível, quando isso acontecia, eu interrompia a entrevista e perguntava se poderia prosseguir, as mulheres, em geral, concordavam em seguir com a entrevista perto dos filhos.

Considero pertinente relatar, que senti insegurança durante algumas visitas, principalmente a domicílios localizados em área de tráfico de drogas e em horário após as dezoito horas, o que me levava a encerrar as entrevistas e deixar as residências já à noite. Em dois momentos, fui às residências com as entrevistas já agendadas e confirmadas, porém, quando cheguei, as mulheres que entrevistaria não estavam. Uma delas me atendeu em seu horário de almoço, no refeitório do trabalho, e os demais profissionais (três frentistas) que estavam no mesmo turno que ela respeitaram o momento, não entrando no local e, assim, não interrompendo a entrevista. A outra entrevistada me recebeu na casa de uma parente (tia), que também nos deixou a sós no jardim da residência para realizarmos a entrevista.

Conhecer o domicílio, ter a oportunidade de, em algumas entrevistas, interagir com outros membros da família, ou observar a interação entre a entrevistada e familiares, a rotina de chegada dos filhos das escolas, a interação com o marido/companheiro, a estrutura da casa,

quanto a mobiliário e acesso a bens de consumo, hábitos e cuidados com a residência, foi uma experiência enriquecedora para a construção do diário de campo.

Em algumas entrevistas, cheguei à residência das mulheres acompanhada pela ACS, quando a profissional tinha disponibilidade para me apresentar, voltando em seguida para a unidade de saúde. Em outras fui sozinha. Pude observar que as mulheres que entrevistei que foram contatadas pelas ACS tinham maior abertura quando da minha chegada à residência.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora. Foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 8), sendo o consentimento obtido de forma oral e gravado para resguardar a identidade das participantes da pesquisa. Os nomes utilizados na pesquisa são fictícios para preservar as mulheres entrevistadas.

5.4 Análise dos dados

Para análise dos dados, inicialmente, foi realizada a transcrição das entrevistas e a leitura exaustiva e integral dessas repetidas vezes. Como método analítico, foi utilizada a análise temática, onde, o tema, como núcleo de compreensão dos dados, é definido pela sua prevalência no conjunto de dados analisado, não significando que a maior ocorrência seja referente a um tema mais importante, é o pesquisador que vai definir o que é um tema dentre todos os dados coletados (Braun, Clarke, 2006).

Busquei realizar uma análise do conteúdo latente dos temas. Para Braun e Clarke (2006), a busca por significado subjacente nas palavras dos participantes possibilita o levantamento da perspectiva do participante e o sentido, conteúdo e compreensão das suas experiências por meio da interpretação dos dados. Para cada tema elencado busquei identificar o contexto sociocultural e as construções e vivências das participantes para identificar as histórias dentro de cada tema e com a as questões da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 As mulheres do Programa de Planejamento Familiar

As mulheres entrevistadas e que participaram do programa de planejamento são mulheres com baixa escolaridade, que, em sua totalidade, se autodeclararam pardas e que professavam uma religião. Em seu percurso de saúde sexual e reprodutiva, fizeram uso de

múltiplos métodos contraceptivos, a idade média na primeira gestação foi vinte anos e tiveram, em média, três gestações. Essas características são semelhantes a encontradas em pesquisas realizadas no Brasil.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas e que participaram do programa de planejamento familiar.

NOME*	IDADE (ANOS)	RAÇA/COR	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	NÚMERO DE GESTAÇÕES	IDADE NA PRIMEIRA GESTAÇÃO (ANOS)	MÉTODOS CONTRACEPTIVOS UTILIZADOS
Rosa	47	Parda	Primeiro Grau Incompleto	Evangélica	3	29	coito interrompido e anticoncepcional oral
Maria	33	Parda	Primeiro Grau Completo	Católica	3	24	anticoncepcional oral e anticoncepcional injetável
Márcia	39	Parda	Segundo Grau Incompleto	Católica	2	19	anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável e DIU**
Marta	34	Parda	Primeiro Grau Incompleto	Católica	5	22	anticoncepcional oral e anticoncepcional injetável
Elisa	37	Parda	Primeiro Grau Completo	Católica	6	16	anticoncepcional oral e camisinha
Roberta	37	Parda	Segundo Grau Completo	Evangélica	2	16	anticoncepcional oral
Stella	45	Parda	Primeiro Grau Incompleto	Católica	4	15	anticoncepcional oral e anticoncepcional injetável
Barbara	39	Parda	Primeiro Grau Incompleto	Católica	4	15	anticoncepcional oral e anticoncepcional injetável
Luana	34	Parda	Segundo Grau Completo	Evangélica	6	22	anticoncepcional oral, anticoncepcional injetável e DIU
Joyce	32	Parda	Segundo Grau Completo	Evangélica	4	21	anticoncepcional oral e anticoncepcional injetável
Luciana	37	Parda	Superior Incompleto	Católica	2	27	anticoncepcional injetável
Marcela	28	Parda	Primeiro Grau Completo	Evangélica	4	19	anticoncepcional oral e anticoncepcional injetável
Cristina	36	Parda	Segundo Grau Completo	Evangélica	4	15	anticoncepcional oral e anticoncepcional injetável

*Nomes fictícios. **DIU= Dispositivo intrauterino

A pesquisa não teve como prerrogativa apresentar a história de vida das mulheres entrevistadas, porém ao longo das entrevistas elas foram surgindo e os elementos que emergiram nos possibilitam uma melhor compreensão de como marcadores sociais como raça, classe social e religião e a intersecção entre eles produz maiores vulnerabilidades dentro do conjunto de mulheres entrevistadas. Apresento, a seguir, algumas especificidades e convergências dessas histórias.

Rosa

Mulher parda, 47 anos, heterossexual, casada, três gestações e evangélica. Foi a primeira mulher que entrevistei e conversamos em sua residência. Quando fiz contato com ela por telefone, expliquei sobre a pesquisa e seu objetivo, e Rosa foi muito solícita e disponível para participar. No mesmo momento, agendados data e horário para a entrevista. Durante a entrevista, Rosa relatou que veio morar no município em busca de trabalho e melhores oportunidades para ela e os filhos. Hoje trabalha em casa, com uma pequena banca nos fundos, prestando serviço para fábricas como pespontadeira.

O primeiro método contraceptivo utilizado por Rosa foi o anticoncepcional oral, sendo que seu uso se deu devido a uma orientação feita pela sogra. Nesse momento também relatou que a mãe nunca conversou com ela sobre saúde sexual e reprodutiva e que a primeira orientação sobre contracepção que teve em uma unidade de saúde, foi após sua primeira gestação.

Conheceu o programa de planejamento familiar do município durante um pré-natal. Nesse período, que correspondia a sua terceira gestação, ela teve trombose e devido a essa condição de saúde, o médico indicou a laqueadura após a gestação.

Quando conversamos sobre aborto, Rosa se disse favorável em situações que a mulher sofre violência sexual. Quando o aborto é uma opção da mulher e utilizado como forma de contracepção diante uma gestação não planejada, Rosa se disse contrária e, mesmo não planejada, considera que é “uma gestação dada por Deus.”

Maria

Mulher parda, 33 anos, heterossexual, casada, três gestações e três filhos vivos, católica. Nós conversamos na sala da residência, no momento da entrevista os dois filhos mais velhos estavam na casa e ficaram nos quartos durante a entrevista.

O primeiro método contraceptivo que utilizou foi o oral, prescrito por um médico, durante uma cirurgia para retirada de um cisto no útero. Após sofrer com efeitos colaterais, enjoo e ganho de peso, utilizou método contraceptivo injetável, com o qual também teve efeitos colaterais.

Duas das três gestações de Maria não foram planejadas e ela relata que não desejava ter mais filhos. Ela conheceu o programa de planejamento familiar por meio de uma amiga da mãe dela. Quando conversamos sobre as gestações não planejadas ela relatou que considera que é uma responsabilidade apenas da mulher fazer o uso correto do contraceptivo e que o parceiro/companheiro não tem responsabilidade em relação à contracepção.

Quando conversamos sobre aborto, seu posicionamento foi contrário em qualquer situação, mesmo em casos de violência sexual e em caso de risco para a vida da mulher. Para Maria, devido a questões ligadas à religião, o bebê deveria ser salvo, a opção é sempre optar pela vida, do feto.

Márcia

Mulher parda, 39 anos, heterossexual, casada, duas gestações e católica. A entrevista foi realizada em sua residência. Relata que veio morar na cidade em busca de emprego, aos 18 anos. Inicialmente, morou em um cômodo sozinha e, após um ano, seus pais se mudaram para o município.

O primeiro método contraceptivo que utilizou foi o oral, o qual fazia uso sem orientação de um profissional da saúde. Durante o uso do contraceptivo, engravidou do parceiro com o qual mantinha um relacionamento estável há mais de um ano. Não foi uma gestação planejada e desejada, porém ela deu continuidade.

Após a primeira gestação, começou a utilizar o método injetável e depois, o dispositivo intrauterino. Foi em uma troca do DIU que conheceu o programa de planejamento familiar e, por indicação da enfermeira da unidade de saúde, optou por realizar a cirurgia de esterilização.

Relata que, inicialmente, o marido foi contra a ideia de que ela fizesse a laqueadura, pois ele queria ter mais filhos. Nessa época, ela tinha duas filhas e aguardava que o marido

fizesse a vasectomia, há cerca de 10 anos. Ela havia solicitado que ele fizesse o procedimento cirúrgico porque ela não queria mais utilizar métodos contraceptivos, como o oral e o injetável. Ela relata que realizou a laqueadura porque o marido não fez a vasectomia.

Márcia considera o aborto aceitável em situações de estupro e risco de vida para a mulher. Em situações de gestações não desejadas e não planejadas, ela não considera aceitável o aborto e, nesse momento, traz sua experiência de vida como justificativa. Relata que sua primeira gestação não foi desejada e que, assim mesmo, teve a criança, que “abri mão de muita coisa” que era importante para ela e perdeu muitas oportunidades de ter uma vida melhor. Ela entende que o aborto é um exercício de autonomia, contudo não concorda com a realização do mesmo como forma de contracepção.

Marta

Mulher parda, 34 anos, heterossexual, divorciada, cinco gestações e católica. Relata que mudou para o município em busca de emprego aos 22 anos, pois, na cidade em que residia, como a vocação era a siderurgia, as oportunidades de emprego seriam em “casa de família”.

Marta se casou aos 16 anos, momento que a mãe foi embora da cidade em que residiam e a deixou com a avó materna. Relata que o casamento foi o motivo de deixar a escola. Ficou nesse relacionamento por seis anos, quando se separou e migrou para o município onde reside atualmente em busca de emprego.

Ao chegar ao município, descobriu que estava grávida e, por esse motivo, retornou para a cidade natal e para o ex-companheiro. Porém, eles viviam um relacionamento conturbado, no qual ele a ameaçava quanto à guarda da filha. Após um período, ela retorna para o município em busca de emprego e leva a filha, então com três meses. Devido ao emprego, a criança ficava com a cunhada de Marta durante a semana e, aos finais de semana, aos cuidados de Marta.

Antes da primeira gestação, não fazia uso de métodos contraceptivos e relatou que ninguém nunca conversou com ela sobre contracepção. Apenas após a primeira gestação o médico clínico da unidade de saúde prescreveu para ela o contraceptivo oral, sendo que com o uso desse, teve muitos efeitos colaterais e não conseguiu manter o uso. Assim, foi-lhe prescrito o contraceptivo injetável, com o qual também teve efeitos colaterais, descontinuando seu uso. No momento da entrevista, relatou que estava na fila de espera para colocar o DIU. Além da primeira gestação, teve mais quatro filhos, sendo dois autistas que precisam de cuidados especializados e acompanhamento constante. Nenhum dos pais das crianças convive com eles.

Quando conversamos sobre aborto, inicialmente ela se diz contra, porém, quando apresento as situações em que o aborto é legalizado no Brasil, ela se diz favorável. No caso em que o aborto é induzido, por ser uma gestação não desejada, ela considera que é um homicídio, pois o feto já teria um coração batendo. Apresento a situação de uma mulher que faz uso do método contraceptivo porque não deseja ter filhos e que mesmo assim engravida, ela se posiciona contra o aborto nessa situação e sua justificativa é que se nessa situação a mulher engravidou seria devido a uma vontade de Deus.

Marta acredita que as mulheres engravidam por falta de cuidado e que a solução seria ir com a gestação até o final e entregar o bebê para adoção. Acredita, também, que se durante os nove meses de uma gestação a mulher não se afeiçãoou ao bebê é porque ela não nasceu para ser mãe.

Elisa

Mulher parda, 37 anos, heterossexual, casada, seis gestações e católica. Inicialmente, relata que teve seis gestações e que a primeira foi aos 16 anos e que todas haviam sido planejadas. À medida que fomos conversando, relata que morou com a avó materna até os nove anos. Quando tinha nove anos, a mãe a buscou para morar em São Paulo, para que Elisa cuidasse do irmão mais novo. Quando tinha 14 anos sofreu assédio pelo padrasto e relata que a mãe não acreditou nela. Saiu de casa e foi morar com uma amiga, assim, conheceu o primeiro companheiro, um homem de 28 anos.

Nesse período, relata que ninguém nunca havia conversado com ela sobre métodos contraceptivos e foi o momento em que ela teve a primeira gestação. Após a primeira gestação, foi orientada pelo médico da unidade de saúde sobre o uso de contraceptivo oral, do qual ela fez uso.

Referente ao programa de planejamento familiar, relata que desde sua terceira gestação não queria mais ter filhos, porém buscou ajuda e informação na unidade de saúde e a solicitação para laqueadura foi negada. Não sabe explicar o motivo da negativa anterior, vindo a conseguir acesso ao procedimento apenas após a sua sexta gestação. No momento da entrevista, relata que se arrependeu de ter realizado a laqueadura, porque seu ciclo menstrual aumentou e as cólicas também. Relata, ainda, que buscou ajuda da médica da unidade de saúde quanto ao aumento do fluxo menstrual e cólicas e que lhe foi dito que isso já era esperado e que é comum e normal tais efeitos colaterais.

Quando conversamos sobre aborto, ela disse ser contra em qualquer situação, quando apresento as situações nas quais o aborto é legalizado no Brasil, ela mantém o posicionamento de não ser favorável em nenhuma situação por já ter uma vida em formação.

Roberta

Mulher parda, 37 anos, heterossexual, quando pergunto seu estado civil se autodetermina amasiada, duas gestações e evangélica. Reside no município há quatro anos. A opção de residir no município foi pelo fato do pai da sua filha mais nova já residir na cidade e por ela querer fazer faculdade, porém, quando chegou na cidade, descobriu que estava grávida.

Relata que suas gestações não foram planejadas e que, na primeira gestação, ela tinha 16 anos. Nesse período, fazia uso de contraceptivo oral, que ela comprava em farmácia e sem orientação de um profissional de saúde. A primeira prescrição de contraceptivo em unidade de saúde foi após sua primeira filha nascer. A segunda gestação também não foi planejada, ela havia tido uma trombose e, por esse motivo, havia parado o uso do contraceptivo. Relata que o parceiro não usava nenhuma forma de contracepção, apesar dela não poder usar devido a complicações de saúde.

Após a segunda gestação, que foi de alto risco, ela foi encaminhada para a unidade de saúde para ser acompanhada no programa de planejamento familiar e realizar a cirurgia de laqueadura. Ela relata que nunca quis passar por esse procedimento, que passou porque não podia fazer uso de outros métodos contraceptivo e o marido não quis realizar a cirurgia de vasectomia.

Quando conversamos sobre o aborto, inicialmente, ela se disse contrária, quando provocado pela mulher. Após meu relato sobre as situações em que o aborto é legalizado no Brasil, ela considerou que nesses casos ela era favorável. Como justificativa para ser contra o aborto provocado, ela apontou que existem vários métodos contraceptivos e que uma gestação indesejada seria por falta de cuidado da mulher consigo.

Stella

Mulher parda, 45 anos, heterossexual, referente ao estado civil se autodetermina amigada, quatro gestações e católica. Mudou para o município a procura de emprego e reside há 22 anos no mesmo. Relata que sua primeira gestação foi aos 15 anos de idade. Nessa época,

a mãe da entrevistada havia falecido e seu pai a entregou para uma família, indo residir em outra cidade, em troca de moradia e comida. Pelo seu relato durante a entrevista, a mesma viveu em uma situação análoga à escravidão.

Nesse período, conheceu um homem de 27 anos com quem se relacionou por um tempo. Ambos não faziam uso de métodos contraceptivos e Stella relata que ela não conhecia nenhum, que a mãe ou outra pessoa não haviam conversado com ela sobre saúde sexual e reprodutiva. Ela tem a percepção que vivenciou uma situação de abuso com o genitor do seu primeiro filho.

Na época em que teve o primeiro filho, ela foi expulsa da residência em que morava. Conseguiu alugar uma pequena casa para ela e a criança, porém, após um período, a família paterna da criança conseguiu a guarda do bebê. Relata que, por esse motivo, não tem vínculo afetivo com esse filho.

Durante a sua segunda gestação, foi abandonada pelo companheiro, segundo seu relato ele saiu para fazer uma viagem e nunca mais retornou. Foi nesse período que ela mudou para o município atual em busca de emprego. No município, iniciou um novo relacionamento e teve sua terceira gestação. Após um tempo, o parceiro a abandonou com a criança. Hoje, está amigada e tem uma filha com seu atual companheiro.

Em seu percurso reprodutivo, relata que iniciou o uso de contraceptivo oral após a primeira gestação, que teve dificuldades devido a este ser de uso contínuo e aos efeitos colaterais, e que, posteriormente, utilizou o contraceptivo injetável. Relata que as demais gestações foram desejadas e planejadas. Contudo, quando conversamos sobre a última gestação, ela relata que não queria mais filhos, entretanto o marido não tinha filhos e queria. Menciona que optou por engravidar por receio de que ele a deixasse.

Quando conversamos sobre o programa de planejamento familiar, ela relata que pediu ao marido que ele fizesse a vasectomia, porém ele não aceitou realizar o procedimento. Atualmente, faz uso do contraceptivo injetável porque ainda não conseguiu realizar a laqueadura.

Referente ao aborto, ela é favorável em qualquer situação, respeitando o tempo de 22 semanas para realizar o mesmo. Relata que muitas mulheres são mães adolescentes e que é um grande sofrimento para elas.

Bárbara

Mulher parda, 29 anos, heterossexual, amigada, quatro gestações e católica. Relata que veio com a família para o município em busca de trabalho. Moradora de uma comunidade do Rio de Janeiro, perdeu o pai quando tinha 10 anos, devido ao tráfico de drogas. Aos 15 anos, conheceu o atual marido, que, na época, tinha 25 anos.

Sua primeira gestação foi aos 15 anos, relata que não conhecia nenhum método contraceptivo e foi nesse período que teve um aborto espontâneo. Devido ao aborto, foi acompanhada na unidade de saúde, época em que foi prescrito o primeiro contraceptivo oral. Sua segunda gestação foi aos 18 anos, não foi uma gestação planejada, ela fazia uso do contraceptivo oral e engravidou, optando por manter a gestação.

Durante todo o período que fez uso do contraceptivo oral, relatava para o médico da unidade de saúde que enjoava e vomitava com frequência, porém a prescrição da medicação não foi reavaliada. Ela teve três gestações fazendo uso constante do contraceptivo. Ela relata que após ter o terceiro filho o médico orientou que ela poderia participar do programa de planejamento familiar. Até o momento da entrevista ela ainda não havia realizado o procedimento de esterilização cirúrgica porque o marido não permite. Relata que não deseja ter mais filhos e que hoje utiliza o método da tabelinha.

Quando conversamos sobre aborto, ela se diz contrária em qualquer situação, pois percebe o feto como uma vida sendo gestada e que a criança não teria culpa da mulher não querer filhos e associa a opção pelo aborto com “falta de coração da mulher” e com mulheres que não nasceram para o exercício da maternidade.

Luana

Mulher parda, 34 anos, heterossexual, casada, cinco gestações e evangélica. Ela e o marido vieram morar no município em busca de trabalho. Sua primeira gestação foi aos 22 anos e não fazia uso de contraceptivo, ela teve um aborto espontâneo. Após o aborto, engravidou novamente e o bebê nasceu pré-maturo, é seu filho mais velho, atualmente com 12 anos de idade, na terceira gestação, sofreu outro aborto, na quarta teve o filho, que hoje tem quatro anos de idade e, na quinta gestação, teve novo aborto.

Em seu percurso de saúde sexual e reprodutiva, fez uso de múltiplos métodos contraceptivos. Em um primeiro momento, usou o dispositivo intrauterino, relata que ficava trinta dias menstruada e com cólicas frequentes, a enfermeira da unidade de saúde solicitou a troca e iniciou o uso do contraceptivo injetável. Relata que sofria com os efeitos colaterais do

contraceptivo injetável, inchaço nas mamas, desmaios e enjoos, porém manteve o uso por mais de um ano porque não queria engravidar.

Relata que tem o útero “infantil”, devido a essa condição de saúde passou pelos três abortos espontâneos e os dois filhos nascidos vivos, foram prematuros, sendo que o de quatro anos tem sequelas devido a data gestacional no parto. Quando pergunto sobre o atendimento na unidade de saúde, ela relata que, pelas questões dos efeitos colaterais dos medicamentos, foi agendado o especialista para atendê-la, porém devido aos cuidados com o filho mais novo não pode ir as consultas.

Ela não tem rede de apoio no município e os vínculos familiares são fragilizados, relata que prefere não manter contato com os familiares. No parto de sua quarta gestação, teve trombose, parada cardíaca e hemorragia interna, ficando no CTI durante quatro meses.

Ela buscou o programa de planejamento familiar para fazer a esterilização cirúrgica, porém, no dia do procedimento, já no bloco cirúrgico, teve um aumento de pressão e a cirurgia foi cancelada. Atualmente, não faz uso de nenhum método contraceptivo devido às condições de saúde.

Quando conversamos sobre aborto, ela se diz contrária em qualquer situação, pois a vida é um dom de Deus. Relata, ainda, que se tivesse outra gestação que optaria por ter o bebê e que se viesse a óbito seria uma “permissão de Deus”.

Joyce

Mulher parda, 32 anos, heterossexual, solteira, quatro gestações e evangélica. Sobre sua história de saúde sexual e reprodutiva, relata que nunca soube utilizar os métodos contraceptivos, comenta que sempre viveu na roça e que os pais não conversavam sobre o assunto e, por isso, não sabia como deveria usar o contraceptivo oral. Mesmo hoje, relata que aprendeu a fazer o uso correto do contraceptivo pela internet, que prefere não ir à unidade de saúde porque o atendimento é ruim.

Relata que o uso do contraceptivo foi apenas após a gestação do primeiro filho e que foi uma orientação de uma amiga. Relata, ainda, que seu primeiro preventivo foi feito há quatro anos, após o nascimento do seu quarto filho. Referente ao programa de planejamento familiar, cita que solicitou a laqueadura quando esperava o segundo filho, porque não queria ter mais filhos. Seu pedido foi negado pela médica que a acompanhava, com a justificativa de que a lei

não permitia o procedimento devido à idade dela. Após esse período, ela teve mais duas gestações, as quais não desejava ter. Relata que aguarda o procedimento de esterilização cirúrgica há três anos pelo SUS e que começou a pagar plano de saúde para realizar a laqueadura.

Referente ao aborto, relata ser favorável se for uma opção da mulher, porém que a realização do aborto teria uma consequência para a vida da mulher, porque “Deus vê tudo e que a mulher teve a oportunidade de se cuidar antes para não ter filhos.” Acredita que a responsabilidade pela contracepção é apenas da mulher, pois o homem não vai acompanhar os cuidados com os filhos, pois “não é uma responsabilidade que ele carrega.

Luciana

Mulher parda, 37 anos, heterossexual, solteira, duas gestações e católica. Morava em Belo Horizonte com os pais e os irmãos e todos vieram para o município para trabalhar. Relata que sempre utilizou como método contraceptivo o injetável, pois não conseguia utilizar o método oral conforme prescrição da bula. O uso inicial do contraceptivo oral se deu pela orientação de uma amiga e, após um período, devido aos efeitos colaterais, buscou orientação com o profissional da saúde.

Há quatro anos, foi à unidade de saúde para solicitar a laqueadura porque não queira ter mais filhos, porém, quando foi fazer os exames, estava grávida da sua segunda filha, de um relacionamento esporádico. Após o nascimento da filha, realizou a cirurgia de esterilização tubária.

Quando conversamos sobre métodos contraceptivos, ela acredita que o uso correto dos mesmos e que a prevenção da gravidez indesejada cabe à mulher. Justifica que os cuidados com os filhos não deveriam ser apenas da mulher, mas que o homem nunca se envolve na criação, educação e cuidados com os filhos. Ela exemplifica que o pai de seu filho não tem contato com a criança e que o pai de sua filha tem contato nos finais de semana, que a rotina e as dificuldades em relação à saúde e educação são responsabilidades apenas dela.

Referente ao aborto, ela diz que, mesmo sendo católica, é favorável ao mesmo, porém, se fosse com ela, teria dúvidas se realizaria ou não devido à religião e à culpa que sentiria diante de Deus. Cita em sua fala que os homens já abortam, ao não cuidarem dos filhos e que a maternidade é uma sobrecarga às mulheres. Relata que não terminou a faculdade devido aos

problemas de saúde da filha e que não consegue trabalhar devido aos cuidados com ela, ficando em uma situação financeira de insegurança, pois depende da família para seu sustento.

Marcela

Mulher parda, 28 anos, heterossexual, amasiada, quatro gestações e evangélica. Relata que morava na Bahia, na casa de uma família, onde foi babá dos 14 aos 18 anos de idade. Estudava no mesmo período que a criança que cuidava para poder frequentar a escola. Com 18 anos, mudou para o município onde reside atualmente em busca de emprego, passando a residir com uma pessoa que conhecia e a dividir as despesas da casa.

Cita que o primeiro método contraceptivo que utilizou foi o contraceptivo oral, relata que foi à farmácia e o atendente vendeu o que era mais utilizado. Comenta que a primeira gestação não foi planejada, que tomava a medicação, mas que tomava em horários alternados e/ou esquecia. No momento, faz uso do contraceptivo injetável, que foi prescrito pelo médico da unidade de saúde.

Das quatro gestações que Marcela teve, uma delas resultou em aborto, devido a um descolamento de placenta. Segundo seu relato, o médico deu alta para que ela esperasse a criança morrer em casa, pois ele não poderia fazer mais nada por ela. Devido ao atraso no atendimento, ela precisou passar por cirurgia e ficou um período internada. Relata que, inicialmente, não queria a quarta gestação, mas que o marido sim, e que com o tempo aceitou e teve o filho que hoje tem dois anos de idade.

Quando conversamos sobre aborto, ela diz ser contra em qualquer situação. Abordo sobre a gravidez proveniente de um abuso sexual, ela relata que, nesse caso, seria aceitável realizar o aborto porque, futuramente, geraria um sofrimento para a criança. Nos demais casos do permissivo legal, ela se mostra contra e como forma de contracepção, também. Relata que segue a lei de Deus e que por ela o aborto não é permitido.

Cristina

Mulher parda, 36 anos, heterossexual, casada, três gestações e evangélica. Relata que veio para o município com o marido em busca de emprego. Sua primeira gestação foi aos 15 anos de idade e seu marido na época tinha 19 anos. Durante a primeira gestação, passou por um

aborto espontâneo. Foi após essa primeira gestação que recebeu as primeiras orientações sobre saúde sexual e reprodutiva e teve acesso a método contraceptivo.

Relata que durante o primeiro casamento sofria violência física pelo parceiro, devido ao uso de drogas e bebida. Conseguiu a separação apenas após medida protetiva. Ele se mudou e não tiveram mais contato. Ele é pai da sua primeira filha.

As duas gestações posteriores não foram planejadas, aconteceram com a troca do método contraceptivo e ela relata que a profissional de saúde não a orientou que poderia acontecer gestação devido à troca. No parto de seu último filho, relata ter sofrido violência obstétrica no hospital.

Relata que aguarda o procedimento de esterilização cirúrgica e que não recebeu retorno da unidade de saúde sobre sua solicitação. Ela gostaria que o marido fizesse a vasectomia, porém esse se nega a realizar o procedimento. Atualmente, ela usa o contraceptivo injetável, apesar dos efeitos colaterais.

Quando conversamos sobre aborto, ela se posiciona contra qualquer forma, mesmo as previstas em legislação e justifica, por meio de sua experiência, que o aborto traz muito sofrimento e deixa marcas, principalmente, na saúde mental. Relata que nos casos de violência sexual “fica em um meio termo”, mas que devido a Deus pensa que seria tirar a vida de um ser humano. Em casos de ser utilizado como forma de contracepção, ela também se posiciona contra devido à religião.

As histórias narradas pelas mulheres entrevistadas acabam por se encontrar em seus percursos e arranjos. As narrativas acima são um pequeno recorte da vida de mulheres que migraram para o município em busca de melhores condições de vida e de emprego. Essas mulheres por vezes migraram sozinhas, outras com familiares, contudo eram todas jovens quando mudaram para o município em questão. Outro ponto comum nas histórias, é o fato de não terem tido acesso a informações que abordassem saúde sexual e reprodutiva em qualquer fase da vida, provavelmente influenciando o fato de fazerem uso de múltiplos métodos contraceptivos e vivenciarem gestações não planejadas e não desejadas, resultando em uma experiência de maternidade compulsória.

Apenas após a primeira gestação é que essas mulheres acessaram as políticas públicas de saúde, que muitas vezes não reconhecem as necessidades específicas delas e que não abrange aspectos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos e raciais, de identidade de gênero e orientação sexual.

Suas histórias também convergem nos vínculos com os parceiros íntimos e nas relações que reproduzem desigualdades entre homens e mulheres, como o trabalho invisibilizado das mulheres com os filhos, a casa e maridos. A maternidade é, em geral, uma experiência solitária, já que os pais de seus filhos não assumem ou abandonam a paternidade.

Outro marcador de opressão presente e de forma quase onipresente é a religião, situada aqui em uma dimensão sexuada, na qual a mulher é vista como objeto para a reprodução, generificada, e racializada na história dessas mulheres. Uma combinação que agrava e aprofunda relações de desigualdade e opressão.

6.2 Políticas públicas em saúde e a solidão das mulheres

la salud tiene rostro de mujer

(Mascareño e Carvajal, 2015)

Foi na década de 80 que o movimento feminista, junto ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, conseguiu articular ações que marcaram avanços significativos nas políticas de saúde para mulheres no Brasil. A partir dessa articulação, foi proposta e elaborada uma nova política para atendimento das demandas de saúde das mulheres, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Segundo Souto e Moreira (2021), o PAISM conseguiu romper com o termo materno-infantil e incorporar a necessidade atenção Integral à Saúde da mulher. O debate trouxe em seu bojo a questão de gênero e relações de poder para as discussões sobre corpo, cuidado e saúde da mulher. Porém, as ações priorizadas com a implantação do PAISM foram relativas à saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna.

O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico e tratamento na clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar e câncer do colo do útero e de mama. Contudo no documento de princípios e diretrizes, sobre o PAISM, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004, os indicadores mostram que no período de 1998 a 2002, as ações priorizadas pelo programa foram referentes a redução da mortalidade materna. O estudo mostra que:

Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual. Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas, como a atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional;

saúde mental, doença infectocontagiosa e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (Brasil, 2004).

Em 2004, o PAISM passou de um programa para uma política e foi substituído pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, em 2005. A PNAISM tem como princípios norteadores o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde. O PANAISM recupera a preocupação com temas como a violência contra a mulher, saúde mental e amplia a atenção integral com discussões que inserem as mulheres negras, indígenas e lésbicas em suas ações. Busca também:

(...) consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (Brasil, 2015).

Contudo, desde 2017, o que percebemos é um movimento político que afeta o modelo assistencial da APS, com a habilitação do Programa Previne Brasil. Os indicadores do programa ligados a saúde da mulher têm seu foco na saúde materna, sendo eles: (i) proporção de gestantes com, pelo menos, seis consultas pré-natal realizadas; (ii) proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; (iii) proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; e (iv) proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS. Os indicadores apresentados expõem um retorno a ações materno-infantil e um retrocesso nas políticas públicas referentes a saúde da mulher (Brasil, 2017).

O programa de Planejamento Familiar (PF) no Brasil tem especificidades próprias ao longo de sua história. Até a década de 70, eram programas verticalizados e implementados por órgãos internacionais, de base higienista, médico centrada e que não atendiam a demanda da população. Na década de 80, com a Reforma Sanitária Brasileira, o movimento feminista e a implementação do PAISM, o acesso à contracepção e à regulação da fecundidade passaram a ser mais divulgados e disponibilizados para as mulheres. Contudo,

a assistência ao PF tem passado por descontinuidade ao longo dos anos, negando o que há de mais fundamental, que é a promoção da saúde sexual e reprodutiva de homens, mulheres e/ou casais, levando-se em conta aspectos culturais e socioeconômicos. Por sua vez, a variedade de métodos anticoncepcionais (MAC) é limitada e sua provisão é irregular, percebendo-se, pois, uma distância entre o que está proposto como política e o que é realizado na prática (Silva, 2011).

No Brasil, o planejamento familiar é um conjunto de ações ofertada pelas equipes de saúde da Família, com trabalho de base comunitária, que tem como objetivo facilitar o acesso e o vínculo entre usuário e equipe, em um cuidado longitudinal. O programa de planejamento não deve ser limitado à contracepção; atividades educativas, clínicas e garantia de assistência e promoção da saúde são ações que também fazem parte do programa (Brasil, 2013). Porém, o que percebemos são ações e assistência ofertadas de forma isolada, sem caráter emancipatório e que não abarca as reais necessidades das mulheres e seu pluralismo.

A realidade do programa de planejamento familiar que acompanhei durante um determinado período como trabalhadora e depois como pesquisadora, diz de um conjunto de ações voltadas para a esterilização cirúrgica e focadas nas mulheres. Conforme apresentado na seção 5.2, após o atendimento inicial na APS, são organizados grupos de planejamento familiar no Núcleo de Saúde da Mulher do município, os quais passam por uma etapa de conferência de documentos com a enfermeira e, posteriormente, etapas de entrevista individual com assistente social, psicólogo e médica/o clínica/o geral, respectivamente. Essa organização se constitui em uma formalização de que as informações sobre os métodos contraceptivos disponíveis foram repassadas para as mulheres. Contudo, de fato, as mulheres dos grupos estão aguardando os atendimentos para receber as guias e a documentação para ter acesso à cirurgia de esterilização.

Segundo o Art. 3º, da Lei nº 9.263/96 (Brasil,1996), o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Contudo, os grupos de planejamento familiar organizados no município, incluem apenas mulheres, casadas/amasiadas, heterossexuais. Aquelas que não têm parceiro, devem buscar alguém que assine a documentação por elas (no período em que as mulheres entrevistadas participaram do planejamento familiar, ainda era obrigatório a assinatura do conjugue/parceiro), as ações voltadas ao homem e/ou casal não acontecem.

A solidão das mulheres diante das decisões reprodutivas faz parte do percurso sexual e reprodutivo das mulheres que foram entrevistadas nesta pesquisa, exemplificando o que é aceito e reforçado pela sociedade de que a maternidade, o cuidado dos filhos e o controle da fecundidade são considerados uma função feminina.

Santos e Freitas (2011) indicam que o planejamento familiar realizado pela APS é centrado na figura feminina e com prioridade social, ficando a cargo da mulher a decisão sobre número de filhos e escolha do método contraceptivo.

Para Scott (1989), o gênero é o elemento que constitui as relações sociais, baseado nas diferenças, sendo uma construção social e histórica. Para ela as relações sociais não são definidas apenas pela diferença entre os sexos, mas nas relações de poder. O gênero implica relações de poder que geram desigualdades entre homens e mulheres, tais desigualdades são determinantes do processo saúde doença e de políticas públicas. As desigualdades de gênero acabam por aprofundar desigualdades sociais, de classe e raça.

Gênero como categoria de análise retrata como a construção das diferenças entre homens e mulheres é percebida na sociedade e fundamenta a construção dos papéis masculinos e femininos perpetuando e aprofundando desigualdades. Essa caracterização de papéis é importante para refletirmos sobre opressões invisibilidade vividas pelas mulheres no contexto das políticas públicas como a do planejamento familiar.

A forma como o papel da maternidade é compreendida e os significados que lhe são dados em nossa cultura vão definir o que é ser mãe e orientar as relações de gênero. Para Porto (2011), a construção desses códigos, que tecem o imaginário e a dimensão simbólica, define e normatiza o direito à sexualidade e à procriação, a partir de relações de poder efetivadas nas relações econômicas, políticas e afetivas.

Stella, uma das entrevistadas, relata que, devido a uma condição de saúde que a impedia de utilizar o método contraceptivo oral e injetável, buscou o programa de planejamento familiar para realizar a laqueadura. Na época, a médica que a acompanhava devido à condição de saúde orientou que seria melhor o marido realizar a vasectomia devido ao pós-operatório e ao seu quadro clínico. Em consulta na unidade de saúde, a enfermeira que a atendeu informou que havia, naquele momento, possibilidade de realizar a vasectomia. Stella solicitou ao marido que realizasse a vasectomia, porém ele se negou a fazer a cirurgia.

Eu que procurei o enfermeiro do posto de saúde, porque logo que eu descobri o artrite e comecei a fazer o tratamento, a médica falou comigo, vai no posto porque se você engravidar tem 90% de chance de você engravidar e nascer com sequela. Aí eu apresentei o papel e aí fiz o que eles pediu, até que saiu... (Stella).

Não eles não aceita não. É tanto que antes de eu procurar pra fazer a ligadura a médica conversou com meu marido pra ele fazer, porque é uma coisa mais prática, mais barato, mais rápido. Ele falou que não aceita de jeito nenhum. É o lado machista deles. Não fez, não quis fazer, eles tem medo que a cirurgia, que essas coisa, atrapalha ele na relação. Que modifica alguma coisa. Mas isso é psicológico mesmo, porque pelo que a médica falou é muito mais simples, mais prático e mais barato pru homi. Só que eles é muito difícil deles fazê... (Stella).

Para Bárbara, a preocupação com a contracepção foi compartilhada com outra mulher, o marido não acompanhou o processo e, também, negou-se a fazer a vasectomia, além de não permitiu que ela realizasse o procedimento quando esse foi agendado para ela.

...Nessa época que você engravidou da sua primeira filha, você estava com quinze anos. Você conhecia algum método contraceptivo ou fazia uso de algum? (Pesquisadora). Não. Assim, (...) a minha cunhada falou, assim, vai na médica pra você pega remédio. Aí eu fui na médica peguei remédio, tomei e eu não sabia que eu tava grávida, aí eu perdi (Bárbara).

Teve um período que fazia vasectomia, ele faria? (Pesquisadora). Eu acho que não, porque ele é daqueles homi bem ativo, eu acho que não. Eu acho que não. Não. Porque assim, vou falar a verdade aqui, quando eu quero uma coisa eu mesmo faço, meu marido não se mete viu. Assim se eu fala é assim é assim. (Barbara). Na escolha da laqueadura também? (Pesquisadora). É porque eu quero fazer e ele não quer deixar. Porque como ele falou que se Deus me livre que morre, aí a gente, aí eu falei com ele, não tem nada disso, eu já passei por isso, já fui pra uma sala de cirurgia. Não quer (Bárbara).

Para Luana, o cuidado com os filhos impactou diretamente seu acesso à consulta e ao método contraceptivo, devido a não ter uma rede de apoio e a unidade de saúde a qual ela estava vinculada não pensar ações para possibilitar o acesso dela a essa consulta.

Encaminhou, encaminhou várias vezes pra ginecologista só que sempre que tinha consulta pra mim ir, ele passava mal, aí eu não ia. Porque das crises, das crises de apneia dá crise constante, aí eu não ia. Fui ficando, fui ficando, aí agora espera. Tanto é que eu não procurei médico pra poder ficar internada por causa do negócio da alergia, por causa dele (do filho) (Luana). Você não conseguiu ir por causa dos cuidados com seu filho e hoje você e seu marido utilizam qual método contraceptivo? (Pesquisadora). Eu não previno não, não previno não. Pode acontecer de engravidar a qualquer tempo (Luana). E você não pode engravidar e não quer também (Pesquisadora). Eu não posso mas também não posso tomar anticoncepcional, entendeu? E meu marido ele não previne não (Luana).

As relações assimétricas entre os casais, podem ser percebidas no acúmulo de funções pelas mulheres, funções domésticas e profissionais, pela centralização e responsabilização dessas pelas decisões reprodutivas e pelo controle do número de filhos, assim como os cuidados com os filhos, desde acompanhamento das demandas escolares, cuidados quando em caso de adoecimento, e sobreposição de cargas de trabalho. A maneira como mulheres e homens são definidos e percebidos em nossa cultura orienta as inter-relações da vida social e do casal. Joyce, outra entrevistada, tem a percepção que o planejamento do número de filhos e a contracepção deveriam ser de responsabilidade do casal, porém, aponta que, a realidade que ela vivenciou é outra, pois a sobrecarga e a responsabilidade dos cuidados com os filhos ficam para a mulher. Por vivenciar dessa maneira a maternidade e a divisão das tarefas e cuidados com os filhos ela considera que é responsabilidade da mulher a contracepção.

(...) mais então, eu acho assim, que a gente tem que pensar por exemplo, eu não quero ter um filho agora, eu quero fazer a laqueadura. Só que até eu fazer a laqueadura, ela sabe, eu não vou ficar aí na fé. Eu tenho que me prevenir de alguma maneira, aí então se a pessoa não quer ter o filho no momento. Eu vou falar por mim, porque eu errei muito nessa questão, se eu tivesse a cabeça que eu tenho hoje, talvez eu tinha pensado melhor. Se a pessoa não quer ter um filho, ela não pode ir lá e transar sem camisinha e deixar os caras fazerem o serviço se ela não quer (Joyce). Aí seria então uma responsabilidade apenas dela? Mesmo ele também não querendo um filho? (Pesquisadora). Só dela. Não, dos dois, só que mais da mulher porque não é ela que não quer? O homem infelizmente essa responsabilidade eles não carregam. Eles tem mas eles não carregam, eles não tá nem aí. Se acontecer, paga pensão, pagou pensão é isso. O carinho, o cuidado, a preocupação, tudo é pra mãe. Por isso que quem tem que pensar bem é nós (Joyce).

Quando há falha no método contraceptivo, uma gestação não planejada, divórcio ou dissolução das relações, o cuidado com a educação e criação dos filhos, já centralizado na figura da mulher, ganha maior dimensão. Some-se a isso, a dificuldade de acesso a creches públicas e ter que conciliar trabalho com as tarefas domésticas e responsabilidades com os filhos, que acabam por limitar e onerar ainda mais as mulheres, ampliando as desigualdades (Moreira; Araújo, 2004). Para Luciana, os cuidados com os filhos inviabilizam a busca por emprego, tornando a mulher dependente do auxílio dos familiares para questões básicas, como alimentação e moradia.

E por mais que ajuda, eu sempre falo, que pode pagar o dinheiro que fô, mais o vinte quatro hora, o dever, o levar, a responsabilidade de levar na escola, médico, busca, abrir mão, por exemplo eu sempre falo isso. Hoje, aqui não falta emprego mas como que eu, é difícil arrumar um emprego aqui de sete às cinco. Como que eu vou fazer com os meninos? Essa minha aqui, ela é anafilática, ela vive doente. Então assim, eu tô buscando alguma coisa que eu consiga conciliar. Porque é difícil ter uma semana que não tem que levar no médico. Então acaba que é muito difícil. Por isso que eu falo do dinheiro, é claro que o dinheiro ajuda, não vamos negar, mas que é difícil é (Luciana).

O dia a dia, o vinte quatro hora é puxado. Eu acho que mais por isso. Eu sempre cuidei dos meus meninos, eu acho que mais por isso que eu sempre tive essa certeza na minha cabeça que eu não queria mais. Mais aí a Alice veio, ela, e graças a Deus já fez a laqueadura. Deus abençoe que dê certo. Morro de medo (Luciana).

Algumas mulheres entrevistadas relataram que os parceiros não realizariam a cirurgia de vasectomia por questões como, acreditar que podem ficar impotentes ou perder a libido. Cristina aguarda a laqueadura, porém não gostaria de passar por mais um procedimento cirúrgico, após três cesáreas e uma internação por hemorragia no último parto, sendo que o marido/parceiro se nega a realizar a vasectomia.

Com medo (de fazer a laqueadura). Hum hum. E eu peço meu marido, oh Juninho faz vasectomia, porque é mais fácil (Cristina). Ele não quer fazer não? (Pesquisadora). Nossa senhora, faz não. Medo, sei lá. Acha que num vai mais com o homem. Num sei o que passa na cabeça de homem não. Já pedi e ele num faz não, não faz (Cristina).

Muito foi dito do lugar social e político da categoria mulher e como atravessamentos se dão nesse contexto, como acesso ao mercado de trabalho, intervenções e regulação de seus corpos, a desigualdade nas relações afetivas e conjugais e a sobrecarga da maternidade, que alavancam vulnerabilidades. Outra questão central é a inoperância das políticas públicas. O planejamento familiar, no Brasil, cumpre seu papel ou perpétua iniquidades? Possibilita um espaço para o exercício da autonomia ou opera uma política de encargo para a mulher?

Conforme os relatos das mulheres que foram entrevistadas, elas só se tornaram visíveis às políticas públicas de saúde dentro do contexto da maternidade, tendo sido incluídas nas ações da APS quando estavam grávidas. A partir de seus relatos, podemos perceber que o acesso à consulta e a orientações referente à saúde reprodutiva se dão quando já estão grávidas. De tal maneira que, no início da vida sexual, os métodos contraceptivos utilizados pelas entrevistadas foram escolhidos conforme experiências trocas com amigas ou adquiridos em farmácias considerando a disponibilidade financeira

Eu tive uma primeira sogra muito aberta comigo, nossa ela era chique demais (...) minha mãe nem falava sobre nada comigo, nem, nossa, é ainda aquela moda antiga. Então assim eu fui aprendendo com ela e procurando por fora foi aí que eu me entendi como gente (...) minha ex sogra que me ajudou, depois com a vida mesmo (Rosa).

(...) bom, na verdade, eu nunca soube usar um método contraceptivo, tipo assim nois foi criado nim roça. Então a gente não tinha acesso a essas coisa. Meu pai não deixava a gente aprender esses trem. Então nois cresceu sem sabe nada. (...) Então eu nem sabia como tomava anticoncepcional, tomava num horário, tomava nim outro, esquecia, entendeu? (Joyce). Quando você iniciou sua vida sexual você não fazia uso de nenhum método contraceptivo? (Pesquisadora). Não, eu nem sabia que tinha, não sabia. E foi com dezoito ano. (...) Nem quando foi minha menstruação a primeira vez. Porque eles (os pais) era muito fechado sabe, num conversava com a gente sobre essas coisa. (...) Nem ia no médico não. Só pro cê tê ideia eu comecei, eu vim fazê preventivo eu tinha, quando eu tive ele (o terceiro filho), que eu fiz o primeiro preventivo na minha vida (Joyce).

(...) eu peguei perguntei pru farmacêutico que eu queria um remédio assim que não me fizesse mal, que não me engordasse. Aí ele falou assim, nos tem aqui o microvilar, ele é muito bom, aí caso se você não se dê bem com ele, você pode voltar que a gente passa outro pra você. Aí foi que foi que eu acostumei (Marcela).

Os indicadores do PREVINE Brasil confirmam esse ‘enquadramento’ das mulheres, já que as metas de saúde definidas privilegiam as ações relacionadas à gestação. Além disso, não prevê indicadores referentes à saúde do homem. Para Moreira & Araújo (2004), o princípio de conceder controlando e incluir restringindo, característico da estruturação da cidadania no Brasil nos anos 30, ainda vigora hoje, dentro das instituições de saúde por meio de “inconformidade nas práticas de saúde, das representações pejorativas sobre a população atendida, da negação ou desconsideração de seus valores e modos de vida.”

Especificamente em relação ao planejamento familiar, percebe-se uma política generificada, onde as ações realizadas reforçam a responsabilização das mulheres sobre quando ter ou não filho e quantos filhos ter, além dos métodos contraceptivos disponibilizados incidirem, prioritariamente, sobre o corpo feminino, alvo do ‘controle’ da saúde e das políticas públicas.

6.3 Autodeterminação, autonomia e justiça reprodutiva

Toda autonomia é construída na história (seja pessoal ou social) e é fruto de um processo.

Campos (2006)

Os direitos sexuais e reprodutivos têm como fundamentação a liberdade individual e a igualdade de gênero, envolvem o conhecimento e também o controle do próprio corpo, a sua integridade, possibilidade de obter conhecimento sobre sexualidade e satisfação sexual, a possibilidade de as mulheres recusarem sexo e gravidez indesejada, dentro dos preceitos de igualdade, autonomia pessoal e integridade corporal (Corrêa, 2004).

A autodeterminação está ligada à dimensão de decidir sobre o que vai acontecer ao seu próprio corpo, nas questões sexuais e reprodutivas, sendo a defesa pela autodeterminação corporal amparada na ideia de autonomia e direito a seu corpo e direitos de personalidade que perpassam a própria subjetividade (Freitas et al., 2019).

A autonomia corresponde à dimensão de controle que a mulher tem sobre sua própria vida, por meio de recursos materiais e sociais dentro do espaço social que ela ocupa, na família e na comunidade. Os recursos materiais se referem à renda, moradia e alimentação, recursos sociais incluem conhecimento, poder e influência. Para Chacham (2012, p.390) a autonomia tem cinco dimensões, sendo elas: “autoridade para tomar decisões econômicas e relacionada a filhos; mobilidade; ausência de ameaça do companheiro; acesso a recursos econômicos e sociais; e controle sobre recursos econômicos”.

A Constituição Brasileira de 1988 garante que todos são iguais perante a lei, têm igual acesso à liberdade e à autonomia e sem distinção de qualquer natureza. Contudo, a desigualdade de gênero e a configuração que as hierarquias entre os indivíduos ganham, organizam de forma distinta, na sociedade, as possibilidades de os indivíduos ampliar ou restringir o exercício de seus direitos. Para Biroli (2013), mesmo em sociedades nas quais os valores liberais são base

da constituição e a igualdade entre indivíduos é reconhecida, livre de barreiras de coerção, a realidade não corresponde a possibilidades iguais de autodeterminação por parte dos indivíduos, posto que as vantagens e desvantagens tem origem nas desigualdades de gênero.

A exemplo da saúde sexual e reprodutiva, que envolve para além da mulher, no mínimo o parceiro e as relações familiares, não podendo assim ser reduzida a uma escolha individual. E, para além do núcleo familiar, as decisões sexuais e reprodutivas envolvem condições e possibilidades para exercício da autonomia. Para pensar em justiça reprodutiva há que se refletir sobre a garantia de direitos sociais e econômicos:

Não se pode falar em autonomia (autodeterminação) reprodutiva quando há obstáculos estruturais que impedem tais escolhas, ou ainda, que perpetuam a desigualdade social, racial e de gênero. Tal compreensão implica o descentramento da responsabilidade das próprias mulheres por sua (in)capacidade de gerir sua vida sexual e reprodutiva; e obriga o Estado a ampará-las em algo que alude à reprodução da vida em sociedade (Brandão, Cabral, 2021, p.7).

O exercício da autonomia é uma questão política, pois existem condições que possibilitam seu exercício, como educação, moradia, que possam garantir justiça social, aqui, em específico, justiça reprodutiva.

O conceito de justiça reprodutiva não é novo entre nós. No Brasil, contamos com aporte de ilustres feministas negras (como Lélia Gonzalez, Lucia Xavier, Sueli Carneiro, Jurema Werneck e outras) na construção de uma perspectiva crítica ao paradigma dos direitos sexuais e reprodutivos, articulada ao contexto de expressiva desigualdade social vigente no país. Nota-se que, em texto seminal sobre o arcabouço ético, teórico, político e jurídico sobre direitos sexuais e reprodutivos, Corrêa e Petcheskyá exploravam as múltiplas tensões entre os princípios da liberdade individual e da justiça social que permeiam o debate feminista há décadas. Defender a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres sem condições sociais estruturais para manutenção de uma vida digna não nos permite ir muito longe. As circunstâncias sociais que balizam as decisões de vida das mulheres de segmentos sociais excluídos restringem sobremaneira suas possibilidades de escolha (Brandão, Cabral, 2021, p.6).

Assim, existem mulheres que vivenciam seus direitos sexuais e reprodutivos em piores condições, articuladas principalmente aos marcadores sociais, que acabam por construir diferenças em contextos específicos no entrecruzamento de gênero, raça e classe. As mulheres entrevistadas no percurso dessa pesquisa tinham perfil sociodemográfico específico, eram mulheres heterossexuais, pretas ou pardas de baixa renda e baixa escolaridade. Em sua totalidade, nenhuma delas teve acesso à informação e educação sexual na adolescência e/ou início da vida sexual, todas migraram com suas famílias para outra cidade em busca de emprego e melhores condições de vida. Adicionalmente, o acesso ao serviço de saúde, aqui em referência às políticas públicas de saúde, deu-se, apenas, após a primeira gestação. Sobre as cinco

dimensões de autonomia, enumeradas por Chacham e citadas mais acima, podemos perceber, pelas falas das mulheres entrevistadas, que o exercício e acesso a elas não é a realidade das mulheres que foram entrevistadas.

Meu pai era pedreiro, minha mãe ela era dona de casa, ela começou a trabalhar depois que ela separou. Depois que ela separou dele, nós, aí que nós saí de São Paulo, que ela teve que vim embora, porque meu pai bebia, meu pai bebe, ele é alcoólatra. Aí nois morava em São Paulo, ela não tinha família nenhuma, era só nos pequeno, ela não, vou embora, vou volta pra Minas (...) Eu tô construindo, a gente mora lá num cômodo, é só um cômodo grandão assim, eu tô dividindo com o guarda-roupa, então eu divido assim, ela fica aqui e eu aqui. Aí a minha mãe, minha mãe mora com meu irmão numa parte da casa lá, é feito de tábuas. Um cômodo, porque agora que a gente tá mexendo com construção (Cristina).

Aí menina, ou esse dia vô fala pro cê, eu tô viva hoje porque planos de deus na minha vida mesmo. Ele entrou dentro de casa e eu tava no telefone chamando a polícia pra ele. Ele entrou dentro de casa, passou a mão na faca e veio, aí ele pôs a faca assim. Eu vi a faca na mão dele e gritei. Porque pra mim ele ia em cima da minha mãe. Só que ele não ia na minha mãe. O negócio dele era eu. Aí ele veio pra cima de mim, eu corri. E eu lembro, era uma rampinha, um morrinho assim na casa da minha mãe. Mas eu não tava conseguindo correr de tão assustada, de tanto que eu tava gritando. Aí eu caí. No que eu desci rolando assim, eu só escutava o barulho da faca, vrum, vrum, passando em mim. Só que ele tava tão ruim, e eu tenho certeza que foi também as mãos de deus. Ele não conseguiu acertar a faca ni mim. Meu tio já chegou na hora e pegou ele pelo pescoço. Meu tio pegou e conseguiu pegar a faca dele e falou assim, oh some daqui se não vai dá problema pro cê. Ele saiu (Cristina).

Ele tinha uns amigos que trabalhava em Belo Horizonte, então os filho mais velho ele mandou pra Belo Horizonte. Igual eu, minhas três irmã mais velha, tudo fomo trabalhar pra já mora e vive pra já ter alimentação lá. Tipo assim uma responsabilidade a menos pra ele, que já tinha tanta criança pra poder cuidar (...) eu não tinha salário, a gente trabalhava pra ganhar comida, roupa, se adoecesse um remédio, um trem assim na época (...) A gente sofre muito, a gente se transforma em verdadeiro escravo, sabe. Você lava, você passa, você cozinha, cê tem que ser mãe, ser cozinheira, cê tem que ser tudo (Stella).

(...) eu sempre colocava meus horário de escola junto com o menino que eu olhava. Então eu levava ele e de lá eu estudava (...) Mas só que tinha sim, não tinha como eu continuar sem dinheiro. Aí eu peguei, eu queria, ter vontade de conhecer outras coisa, outras pessoa, aí eu peguei larguei os estudo e vim embora (...) peguei e vim embora. Sozinha Flávia. Com cinquenta reais no bolso. Sem destino nenhum, sem destino nenhum. Minha vontade era, eu tinha vontade de conhecer outro lugar, outras coisa. Entende? (Marcela).

Na verdade a última eu nem queria, porque eu já tinha o meu menino e já tinha a menina que eu tanto queria. Mas aí infelizmente eu fui obrigada a ter por causa dele. Que não seria justo ele passa a vida inteira criando filho meu sem ter um filho dele, já que ele é um excelente marido (Stella). Mas não era seu desejo (Pesquisadora). Não, hora nenhuma, mas pra equilibra a balança, pra fica justo, até minha sogra conversou comigo. Arruma sô. Arruma porque no futuro ce vai arrepender. E realmente hoje graças a Deus eu tive minha filha hoje. Porque eu acho que hoje, eu não posso mais ter, eu ia me arrepender se tivesse deixado pra mais tarde. Porque aí ele ia querer eu não posso por causa da minha doença e as vez nem junto a gente tava mais por causa disso (Stella).

A falta de acesso ou a ausência de informação sobre saúde sexual e reprodutiva foram um dos principais motivos para não evitar a gravidez, muitas não sabiam onde buscar informação e orientação sobre contracepção. Referente ao tema da educação sexual, Santos e

Freitas (2011) assinalam que o planejamento familiar muitas vezes é iniciado apenas após a primeira gestação. O acesso à informação segura sobre reprodução e sexualidade não é realidade no cotidiano dos serviços de saúde, ou anteriormente, na adolescência, como prática socioeducativa nas escolas e no ambiente familiar. A propositura de ações intersetoriais entre escola e saúde quanto à informação e orientação sobre educação sexual acaba por não cumprir seu papel. Segundo Salvador e Silva (2018), o despreparo dos professores para abordar sexualidade e gênero acaba fortalecendo preconceitos e discriminações, que se reproduzem no ambiente familiar e cerceiam a construção e o exercício de uma sexualidade de forma autônoma.

Não, a gente não conversava isso não. Hoje minha mãe e eu conversa as coisa, mais antigamente minha mãe era muito fechada. Hoje não, hoje ela é mais aberta, hoje a gente conversa mais as coisa, antigamente não tinha isso. Igual hoje eu sou com minha menina de dezesseis anos. Oh é assim, assim e assado (Cristina).

Na época eu trabalhava em Belo Horizonte, trabalhava e morava na casa de uma senhora e infelizmente eu engravidei. Assim, por falta de conhecimento mesmo. Porque minha mãe nunca foi de conversar com a gente. Então assim, se fosse hoje, igual eu converso com meus filhos, eu não teria engravidado. Foi falta de conhecimento mesmo, com um cara doze anos mais velho que eu, então eu penso assim, se fosse hoje, se fosse hoje eu não teria engravidado não. Pois então, naquela época, na forma de pensar, as primeira vez que você mantinha relação pra mim eu não ficaria grávida. Entendeu, falta de conhecimento mesmo. Eu fui criada na roça, tive oito irmão, tudo pequeno, aquela escadinha, tudo criado na roça. Então minha mãe e meu pai nunca conversou com a gente sobre sexualidade, sobre assim, quando você vira moça, é tanto que quando eu virei moça, eu trabalhando na roça, eu comecei a chorar, achando que eu tinha machucado, trabalhando na roça. Então assim falta de conhecimento mesmo né. Não igual hoje que a gente conversa com os filhos. Meus filho hoje, essa de doze anos, ela sabe de tudo (Stella).

Não, não. Eu e minha mãe, nos nunca teve assim, essas conversa sabe. Eu não sei se porque eu sempre fui independente, eu, portanto que eu comecei a cozinha eu comecei a cozinha sozinha, sem ninguém pra me ensinar a fazer um arroz. Eu sempre fui independente, desde que eu comecei a trabalha, desde os meus treze ano, Eu sempre fui independente, eu num, eu procurava é fazê minhas coisa é do meu jeito. Eu nunca fui de chega e fala eu tô passando por isso, assim, assim e assado. Tô precisando de ajuda. Eu nunca fui de procura ajuda (Marcela).

A que se destacar que a maternidade, no contexto apresentado, é fator de empobrecimento e amplia desigualdades, limitando o acesso das mulheres ao mercado de trabalho e sendo, ainda, um trabalho invisibilizado e não reconhecido. Como falar da possibilidade do exercício de autonomia no entrecruzamento de maternidades compulsórias, coerção, não acesso a recursos econômicos e sociais? São mulheres excluídas, historicamente, por eixos de opressão e subalternização.

A necessidade de programas e de políticas que garantam os direitos das mulheres e que estejam pautados na equidade de gênero e raça é o caminho possível para viabilizar o exercício

da autonomia e da justiça reprodutiva, tão caras às mulheres. Políticas públicas que busquem, ao menos, mitigar esses fatores e seus efeitos precisam ser pensadas pelo Estado.

Reivindicar a utilização do conceito de justiça reprodutiva entre nós significa cobrar do Estado brasileiro o amparo a todas as mulheres que desejam ter seus filhos em condições seguras e àquelas que não desejam ter mais filhos ou ter filho algum. A escolha sobre ter ou não um filho é bastante complexa, especialmente considerando uma nação sem oferta de creches públicas e de escolas para primeira infância; e culturalmente não familiarizada com a divisão sexual do trabalho doméstico. Indo além, é necessário reconhecer os múltiplos processos de produção de desigualdades sociais e propor políticas públicas capazes de enfrentar (ou ao menos mitigar) as disparidades produzidas pelos múltiplos feixes de subordinação e hierarquização social aos quais os indivíduos (uns mais do que outros) estão submetidos. A perspectiva da interseccionalidade, aliada à da justiça reprodutiva, são importantes arcabouços teórico-políticos para proposição de intervenções que levem em consideração os processos complexos de produção de desigualdades sociais e formas possíveis de enfrentamento dos seus impactos na saúde. Em momento de apreensão social coletiva, punir ainda mais as mulheres, deixando-as à própria sorte e negando-lhes o direito à atenção à saúde sexual e reprodutiva, só nos torna mais insensíveis à morte alheia; neste caso, com gênero, classe social e cor específicos (Brandão; Cabral, 2021, p. 15).

A trajetória dessas mulheres é impactada pelo caráter político e social que as dimensões da reprodução e da sexualidade assumem, afetando diretamente sua autonomia sexual e reprodutiva. O exercício da autonomia é preconizado pelos discursos liberais, contudo, o que vemos historicamente é uma distinção deste para homens e mulheres, com liberdades e formas de controle diferentes.

6.4 A moral religiosa e seus efeitos

As 'luzes' que descobriram as liberdades inventaram também as disciplinas.

Foucault (1991)

Ao escrever a história dessas mulheres, remete-me a reflexão que Michelle Perrot faz em seu livro “As mulheres ou os silêncios das histórias”, no qual ela problematiza como uma estrutura social é mantenedora do silêncio das mulheres e como se dá o debate sobre quem o sujeito e o quê são histórias narráveis e inarráveis, dentro de um agenciamento patriarcal que apaga as mulheres (Perrot, 2005).

Esse agenciamento patriarcal é o mesmo realizado pela religião e pela política como controle em forma de cuidado. Na pesquisa realizada, podemos ver como a religião atravessa a

vida das mulheres que foram entrevistadas ao fomentar um papel de docilidade e submissão ao ditar padrões morais e sociais. Assim, as

religiões cumprem um papel decisivo na manutenção e propagação da ideia da mulher como sexo frágil e ser inferior, ajudando a mantê-la subjugada e oprimida. Por isso, a religião sempre cumpriu o papel chave no reforço e na manutenção da situação de opressão da mulher (Toledo, 2017, p.35).

É nesse sentido que quando pensamos a religião como marcador de opressão temos que ela é uma parte da identidade social da mulher, assim como classe, raça, cor, etnia e orientação sexual. Como parte da identidade social ela cria vulnerabilidades exclusivas em um grupo específico de mulheres (Crenshaw, 2002).

Para o grupo de mulheres entrevistadas, a religião atua como um marcador de opressão, designando à mulher o papel da maternidade compulsória. Atua, assim, impedindo o exercício da autonomia, por intervir na decisão da mulher por ter ou não ter filhos, o número e espaçamento entre eles, interferindo dessa maneira, também, em uma vivência plena da sexualidade. Os relatos, em geral, associam o abortamento a ideia de a mulher não ser uma boa pessoa ou boa mãe. A gestação, mesmo indesejada, é associada a um desejo divino, sendo uma dádiva, assim como a vida do feto é mais valorada que a vida da mulher.

O discurso de quando se forma uma vida é outro recorte que dita para essas mulheres a decisão quanto à manutenção de uma gestação. Um discurso de ordenamento jurídico, político e religioso muito presente e útil aos partidos de direita no nosso país, exemplo da bancada religiosa provida, que utiliza o discurso científico para referendar a propositura de leis contra o aborto (Crenshaw, 2002).

A discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e, principalmente, os debates sobre o direito ao aborto, é acompanhada, no âmbito político e jurídico, pelas moralidades religiosas e sua função disciplinar. Segundo Foucault (2020), desde o século XVIII, o sexo foi reduzido à condição natural e biológica da reprodução e a sexualidade condicionada à normatividade do casal homem/mulher. Um discurso técnico científico sobre a sexualidade foi construído, como discursos de verdade da ciência, e consolidados por instituições como a igreja. Discursos que trazem, em seu bojo, conjuntos de regras morais, padrões aceitos e destinados à normatização.

Para a mulher, cabe o papel normalizado e normatizado da maternidade, do qual o Estado se encarrega de controlar por meio das leis, da medicina e da religião, em uma tecnologia de poder centrada na vida. É o que Foucault define como biopolítica. Assim, sexo é o centro da

disputa política que regula populações e seus efeitos abrangem os discursos sobre sexualidade em nível individual e político. É o que ele nomeia como dispositivo de sexualidade (Foucault, 2021)

Assim, a “[...] histerização das mulheres, que levou a uma medicalização minuciosa de seus corpos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade” (Foucault, 2020, p. 159).

Para Rosendo e Gonçalves (2015), no âmbito da religião, em específico do cristianismo, a defesa da vida do feto é fato recente, nos seis primeiros séculos do cristianismo, a punição sobre o aborto era relacionada à honra e ao direito a propriedade. É apenas nas décadas de 60 e 70 que a igreja se posiciona de forma mais radical à interrupção da gravidez. Na América Latina, a oposição da religião sobre a interrupção da gravidez caminha com os regimes ditatoriais e com os partidos de extrema direita.

A religião como ato político e de poder ganha força no Congresso Nacional, no Brasil, a partir do governo de Michel Temer (2016-2018), sendo aprofundada ainda mais sua influência no governo de Jair Bolsonaro (2019-2022). O que se observa é o avanço de grupos conservadores cujas pautas mais afetadas são a descriminalização do aborto e a agenda de gênero. Para Biroli (2017), pautas que minam a agenda de gênero podem ser exemplificadas por meio da retirada da noção de gênero do Plano Nacional de Ensino (PNE) e pela propositura do “direito do nascituro”, tudo isso em conjunto com a deposição da presidenta Dilma Rousseff e chegada de Temer à presidência.

Seguindo a linha do tempo proposta por Biroli (2017), temos a tomada de espaço por evangélicos e católicos e agendas morais, que priorizam a “defesa da família”, desde 2015. Já as alianças parlamentares contrárias ao direito ao aborto têm se organizado desde 2005, com a “Frente Parlamentar em Defesa da Vida”.

Em síntese, os fatores que levaram ao equilíbrio da balança no Congresso, e que colaboram para a compreensão do quadro atual, estão: (a) uma menor presença de partidos de esquerda, historicamente vinculados à agenda de direitos e com maior permeabilidade à agenda dos movimentos feministas; (b) o crescimento do número de evangélicos na política, o que implica novas formas de atuação, que se fiam nas alianças com católicos e contam com a atuação direta de parlamentares eleitos pelas igrejas; (c) uma atuação cada vez mais reticente do Executivo, delimitada pelas alianças políticas e enfraquecimento do governo, numa correlação de forças que reduziu o diálogo com os movimentos sociais (sobretudo no Ministério da Saúde) e o espaço institucional para a construção de políticas que incorporam a agenda histórica dos direitos sexuais e reprodutivos. A reação conservadora procura, assim, anular avanços construídos, ao mesmo tempo que se alimenta de alianças e de pressões que resultaram nos recuos que marcam a conjuntura política (Biroli, 2017).

Em países nos quais a prática do aborto é criminalizada, as violações aos direitos humanos ganham amplitude por impedirem as mulheres o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Com a impossibilidade de acesso ao aborto seguro, mulheres interrompem a gestação de forma insegura. As desigualdades são ampliadas ao se interseccionalizarem, conforme define Crenshaw (2002), diferentes marcadores, assim, além de gênero, classe e raça se entrecruzam e definem quem não tem possibilidades de acessar o aborto de forma segura.

Para Rosendo e Gonçalves (2015), no Brasil, a bancada religiosa ignora as mulheres como sujeitos históricos e políticos quando coloca a vida do embrião como primordial à vida e autonomia das mulheres no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. O debate não é apenas jurídico, ele articula a perspectiva religiosa e as relações de gênero e poder.

O que se ignora do debate político de extrema direita e religioso é a vida da mulher. A ideia de maternidade compulsória, devido à naturalização da reprodução, permite que debates que seriam escolhas individuais, perpassem pelo escrutínio da sociedade. O discurso religioso coloca o aborto dentro do campo da moralidade e o contrapõe à imagem teológica da sacralidade da vida. Segundo Becheler (2020), as relações de poder e a produção dos discursos move os sujeitos pela “busca pela imposição da proibição mesmo quando a instituição legal já determinou a validade da prática”.

A perpetração de tal violência pelas relações de poder, desigualdades de gênero e suas intersecções com classe e raça remetem ao feminicídio.

O feminicídio é a expressão fatal das diversas violências que podem atingir as mulheres em sociedades marcadas pela desigualdade de poder entre os gêneros masculino e feminino e por construções históricas, culturais, econômicas, políticas e sociais discriminatórias. Essas desigualdades e discriminações podem se manifestar desde o acesso desigual a oportunidades e direitos até violências graves – alimentando a perpetuação de casos como os assassinatos de mulheres por parceiros ou ex que, motivados por um sentimento de posse, não aceitam o término do relacionamento ou a autonomia da mulher; aqueles associados a crimes sexuais em que a mulher é tratada como objeto; crimes que revelam o ódio ao feminino, entre outros (Instituto Patrícia Galvão, 2015).

Dentre as mulheres entrevistadas, diversas foram aquelas que não haviam planejado ou desejado sua primeira gestação, tendo essas ocorrido de forma compulsória. A temática do aborto para elas é perpassada fortemente pela moral religiosa e discurso de defesa da vida do feto. Esse discurso regula seus corpos em tal dimensão que o aborto não é pensado como uma possível forma de exercício da autonomia e de seus desejos. A moral religiosa orienta a compreensão que essas mulheres têm do aborto e do feto enquanto vida. A sua oposição quanto à legalização do aborto se organiza não a partir da norma jurídica, mas da religiosa.

As falas variaram entre totalmente contra, as que são a favor do aborto em alguma situação e as que são a favor da mulher decidir em qualquer situação. Mesmo as mulheres que são favoráveis em qualquer situação, aparecem ponderações de natureza religiosa. Durante as entrevistas, elas pontuam que são a favor, porém denotam culpa pelo posicionamento e creem que de alguma maneira haverá uma punição. As que se colocam contra o aborto provocado correlacionam seu posicionamento com o direito à vida do feto/criança.

(...) Ah sou contra. Ah assim porque a criança não tem nada a ver. Aí não sei não. Aí não sei, porque tem muita mãe que é sem coração (Bárbara). E em casos nos quais a mulher sofre violência? (Pesquisadora). A criança não. Ela pode nasce (Bárbara).

(...) Jamais, não abortaria nunca. Eu falo direto, pode vim dez que tô nem aí não, eu vô espera. Se fô da permissão de Deus vim prematuro eu passo tudo de novo. Os dois eu quase acabei morrendo dentro do hospital, então assim, abortar, não abortaria não. De jeito nenhum (Luana). Seria então a vontade de Deus. (...) e qual sua religião? (Pesquisadora). Sou evangélica (Luana). Você acha que a religião interfere nas escolhas que você faz? (Pesquisadora). Interferir assim, no caso de não aborto? Aí ela interfere, mas abortagem jamais, de jeito nenhum (Luana).

(...) Assim, a gente tem que querer lutar pela vida e muitas mulher arruma, tá grávida e quer abortar, eu acho isso, isso (Maria). No caso da mulher estar em risco você acha aceitável? (Pesquisadora). Pra salvar a vida do filho né? (Maria). Pra salvar a vida da mulher (Pesquisadora). A pra salvar a vida mulher, porque também tem mulher, tem casos que por exemplo a mulher tá grávida, tá doente, ela prefere salvar a vida do bebe ou a própria. Pra salvar a vida do filho (Maria) Você acha que ela poderia optar por salvar a dela? (Pesquisadora) (...) aí deixa, é porque no meu casos eu não, eu não faria. Sou contra mesmo. Pra vida dela não. Só do filho (Maria).

Ah não, aí é, aí não, aí já é permissão de deus nê. Eu vejo dessa forma, entendeu? Eu tivê tomando anticoncepcional todo dia ali, aí de repente vem uma criança, aí é missão de deus, aí eu não concordo não. Agora na questão de estupro desse tipo ai, ai eu já concordo. Questão de dá ai já vem ai a pessoa tem que assumir, porque, entendeu porque aí já é complicado entendeu. Agora a questão de estupro ai não. Se fô um estupro ali ai imagina ali seria um fato que ali aconteceu na sua vida (Rosa).

Em questão de violência eu sou a favor, que tem muitas que sofre. Porque é, certo que gera um amor, gera um amor, confiança, mas a gente fala em se tratando de criança, hoje a mágoa ela machuca, ela é cruel (Marcela).

(...) Então eu acho que, mais antes uma criança não nascê, do que nascê pra sofrer. Mas se fosse por mim eu não tenho coragem não (...) Eu acho assim, que tudo no mundo que você faz tem uma consequência, se você fez e a criança veio aí o que você vai pode fazer. Você devia ter feito é antes. Não depois que veio. E assim, eu por ser religiosa, eu tenho pra mim que a pessoa que faz um aborto a mão de deus tá ali, como consequência daquilo. Você pode pedi perdão, deus pode te perdoa, né porque deus tá aí, ele tem o perdão, mas a consequência daquilo ali né. A gente não sabe o que pode acontecer. As vezes se pode perder um outro filho, pode vim, as vezes cê não consegue abortar, nasce doente, então uma coisa que eu não aconselharia (Joyce).

Oh muita gente é contra o que eu falo. Mas a minha maneira de pensar é o seguinte. Não depois, que ele tá grande, que ele tá formado, no início de uma gravidez, uma adolescente, uma gravidez que não foi planejada, eu acho que a mulher poderia ter e deveria ter o direito de escolher se ela quer ter o bebê ou não. Porque antes de transformar em um feto, você tendo direito, você não quer, você vai lá e tira (Stella).

Uai eu sinceramente, mesmo eu sendo católica apostólica romana, eu penso que a mulher que tem que decidir. Mas assim ainda é uma coisa, uma coisa que eu sei de verdade. Mas eu acho, porque é uma coisa que é tão difícil, igual a gente tá falando que o pai aborta aí todo dia, toda hora e não tá nem aí pra isso (Luciana).

Tendo como base o dispositivo da sexualidade, podemos perceber como o discurso de controle dos corpos atravessa a vida de todas essas mulheres e sustenta as estratégias de controle dos corpos e vidas. É no plano simbólico que a religião alcança a estrutura social, com a “vontade divina” sendo o recurso utilizado para manter a docilidade dos corpos. O que pude observar no percurso dessas entrevistas é que o discurso religioso está presente de forma sistematizada na vida dessas mulheres, delineando as subjetividades e autonomias, sendo ainda mais contundente em mulheres que se encontram às margens, devido a situações de extrema pobreza e vulnerabilidade social.

7. Considerações finais

As falas e as histórias de vida das mulheres que entrevistei foram os guias para a produção e a condução do debate sobre o tema direitos sexuais e reprodutivos, a criminalização do aborto e seus efeitos deletérios na vida das mulheres e a forma como as instituições, por meio de seus discursos impactam a autonomia e autodeterminação dessas.

Os resultados e as discussões apresentadas apontam que políticas públicas, especificamente no caso dessa pesquisa, políticas de planejamento familiar, reproduzem e reforçam as desigualdades de gênero e as ampliam, ao interseccionar classe e raça, na medida em que mulheres pobres e negras que são o público majoritário dessas políticas. O programa de planejamento familiar objeto da pesquisa, conforme executado e configurado, reproduz a lógica de desigualdades de gênero ao produzir ações que responsabilizam apenas as mulheres pelas escolhas reprodutivas, com foco no indivíduo e não levando em conta os aspectos socioculturais. As mulheres que foram entrevistadas evidenciam em suas falas que as decisões sobre reprodução são unilaterais o que reforça o encargo feminino e mitiga sua autonomia. A perspectiva da maternidade compulsória traz consigo um trabalho invisibilizado, com filhos, casa e um modelo do que é ser mulher.

A garantia de direitos é a maneira de possibilitar as mulheres a vivência concreta da autonomia e autodeterminação dos seus direitos sexuais e reprodutivos, o que, em parte, pode ser alcançado com políticas públicas.

A moralidade religiosa ainda condiciona as decisões reprodutivas e sexuais das mulheres e leva muitas a uma maternidade compulsória. O modelo convencional de família, baseado em um casamento homem/mulher predomina como eixo político e de controle do corpo das mulheres e da sua individualidade. Compreender como o discurso religioso transforma crenças

em moralidade pública e molda a decisão ou não pelo aborto mostra como a religião interfere no exercício da autonomia e liberdade da mulher.

A moral religiosa ganha força e campo hoje no Brasil nas proposituras políticas, com uma frente parlamentar composta majoritariamente por homens e com um governo de esquerda que ainda não se posicionou frente aos ataques que os direitos das mulheres vêm sofrendo, principalmente referente aos direitos sexuais e reprodutivos. Essa aliança tem como um de seus pontos comuns o ataque ao direito ao aborto e suas proposições se vinculam à valorização da família, quadro esse que vem ganhando espaço desde 2016.

A valorização da família proposta pela agenda política da bancada religiosa é a família heteronormativa. A personificação da família acaba por ser uma variável do apagamento da mulher das políticas públicas e da menor valia de seu corpo, sendo esse reduzido ao biológico. Retomando a pergunta de Foucault sobre quais corpos importam, quais pessoas devem morrer e quais pessoas devem viver, a política etnocêntrica mostra quais corpos sofreram o deslocamento do humano e múltiplas interdições, morais, políticas e sociais, é o corpo negro e com maior degradação aquele que tem gênero feminino.

É pertinente e necessário que o debate sobre direitos sexuais e reprodutivos seja aprofundado e acompanhado pelos movimentos sociais e feminista, que, até o momento, foram os grandes protagonistas das conquistas e mudanças nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Para além, o debate deve sair do cunho moral e ganhar espaço como uma questão de saúde pública, incorporando a perspectiva das reações de gênero e da interseccionalidade.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, B. H. K; SILVA, J.M; LIBARDI, M. A legislação sobre o aborto nos países da América Latina: uma revisão narrativa. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n.1, p. 36-44, 2018.

AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: Guia para uma Abordagem Complexa**. Porto Alegre: Editora AGE, 2003.

ANJOS, K.F *et al.* **Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos**. Saúde e Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, 2013.

ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, sup.2, p. S465-S469, 2003.

BARBIERI, C. H. C *et al.* Batalha pelo direito ao aborto na América Latina: conceitos-chave sobre um cenário em mudança. **Revista Direito GV**, v. 17, n. 3, 2021.

BEARAK, J *et al.* Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. **Lancet Global Health**. v.8, n. 9, 2020.

BIROLI, F. **Gênero e Desigualdades: limites da democracia no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

BIROLI, F. Autonomia e justiça no debate sobre aborto: implicações teóricas e políticas. **Revista Brasileira de Ciência Política**. Brasília, n. 15, p. 37-68, 2014.

BRANDÃO, R. CABRAL, C.S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de COVI-19 no Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 25, 2021.

BRASIL. **Código Penal**. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei 2.848/1940. Brasília, DF.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Questão de Ordem na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental**, DJe-092 DIVULG 30-08-2007 PUBLIC 31-08-2007 DJ 31-08-2007 PP-00029 EMENT VOL-02287-01 PP-00021. Relator: Min. Marco Aurélio. Julgamento: 27 de abril de 2005. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14738666/questao-de-ordem-na-arguicao-de-descumprimento-de-preceito-fundamental-adpf-54-df>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

_____. Presidência da República. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federal do Brasil**, Brasília, DF; 1996

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria N° 144, de 20 de novembro de 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria N° 48, de 11 de fevereiro de 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 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

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: MS; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada Ao Abortamento. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília– DF. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. 2013.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename. 1ª ed. Brasília: MS; 2022.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2. pp. 77-101, 2006.

BUTLER, J. **Corpos que importam: os limites discursivos do sexo**. São Paulo: n-1; Crocodilo, 2019.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 21º ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2021.

CARDOSO, B.B *et al.* Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? Cadernos de Saúde Pública, v. 36, p. e00188718, 2020.

CECATTI, J. G *et al.* Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 105-11, 2010.

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

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3.ed. - Porto Alegre: Penso, 2014.

COLLINS, P.H; BILGE, S. **Interseccionalidade**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

COLLINS, P.H. **Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória**.

CORRÊA, S. “Saúde reprodutiva”, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GRIFFIN, K (org). **Questões da saúde reprodutiva**, 1999.

CORRÊA, S; ALVES, J.E.D; JANNUZZI, P.M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico conceitual e sistemas de indicadores. In: CAVENAGHI, S (org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro/Brasília, 2006.

CORRÊA, S; ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos. In: BERQUÓ, E. **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2003.

CORRÊA, S; PETCHESKY, R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 147-177, 1996.

CORTELINI, E.R; MARQUES, R.R. Direitos reprodutivos e colonialidade de gênero na América Latina: a instrumentalização internacional das políticas de controle populacional do governo Fujimori. **Revista Neiba**, Cadernos Argentina-Brasil, Rio de Janeiro, v. 10, 2021.

DÍAZ, M; CABRAL, F; SANTOS, L. Os Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. (ed). **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004. p. 45-70.

DINIZ, D; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1671-1810, 2012.

DINIZ, D *et al*. Aborto e raça no Brasil, 2016 a 2021. **Cien Saude Colet [periódico na internet]** (2023/Set). [Citado em 29/11/2023]. **Está disponível em:** <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/aborto-e-raca-no-brasil-2016-a-2021/18886>

FERREIRA, R. V.; COSTA, M. R.; DE MELO, D. C. S. Planejamento Familiar: gênero e significados / Family Planning: gender and significance. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), [S. l.], v. 13, n. 2, p. 387–397, 2014.

FIOCRUZ. Nascido no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. 2014

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 10^o ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2020.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11^o ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: história das violências nas prisões**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

FURTADO, R.N.; CAMILO, J.A.O. O conceito de Biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, v.16, n. 3, 2016.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 7-41, 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 23 maio. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Brasília, 2021.

LAFER, C. A reconstrução dos direitos humanos: a contribuição de Hannah Arendt. **Estudos Avançados [online]**. 1997, v. 11, n. 30, p. 55-65.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v.5, n.7, p. 01-12, abril. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, A. P.; CASTRO, L.R. A Concepção de Cidadania como Conjunto de Direitos e sua Implicação para a Cidadania de Crianças e Jovens. **Psicologia Política**, v. 8, n. 16, p. 271-284, 2008.

OLIVEIRA, G. S.; CUNHA, A. M. O. Breves Considerações a Respeito da Fenomenologia e do Método Fenomenológico. *Cadernos da Fucamp*, v.20, n.47, p.132-147/2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2 ed. Genebra: WHO. 2013

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação global, regional e sub-regional de abortos por segurança, 2010-14**: estimativas de um modelo hierárquico bayesiano. Publicado em 27 de dezembro de 2017.

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, n. 49, p. e174907, 2017.

PERROT, Michelle. *As mulheres ou os silêncios da História*. Bauru: Edusc, 2005

PIOVESAN, F. A proteção internacional dos direitos humanos das mulheres. **EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 57, p.70-89, 2012.

PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, v 11, n. 2, p. 263-274, 2008.

RAMÍREZ, M.C. Do centro à periferia: os diversos lugares da reprodução nas teorias de gênero. In: ALMEIDA, H.B *et al.* **Gênero e Matizes**. Bragança Paulista, 2002.

REBOUÇAS, M.S.S. DUTRA, E.M.S. Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 419-428, 2011.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v.20, n. 2), p. 71-99, 1995.

SOUZA, M.M. Teoria Geracional dos Direitos Humanos em doutrina, lei e jurisprudência. **Revista de Direito do CAPP**. Ouro Preto, v. 1, n. 1, p. 159/231, 2021.

STELZER, J; KYRILLOS, G.M. Inclusão da interseccionalidade no âmbito dos Direitos Humanos. *Ver. Direito e Práx.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 237-262, 2021.

TOLEDO, Cecília; SAGRA, Alicia. *Gênero e classe*. São Paulo: Sundermann, 2017.

TORRES, J.H.R. Aborto e legislação comparada. **Ciência e Cultura**. v. 64, n. 2, 2012.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa**. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

YIN, R.K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso, 2016.

ANEXO 1

PLANEJAMENTO FAMILIAR:

FLUXO PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MUNICÍPIO

Equipe multidisciplinar: Médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Em 1997, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 144 e, posteriormente, da Portaria nº 48 incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia no grupo de procedimentos cirúrgicos do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a esterilização nas seguintes situações:

1. Ser homem ou mulher com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, com pelo menos, dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.
2. Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhando em relatório escrito e assinado por dois médicos.
3. É vedada a esterilização em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, como por exemplo, cesarianas sucessivas anteriores.
4. Não será considerada a manifestação da vontade expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.
5. Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.
6. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Os pacientes que desejarem realizar a laqueadura/vasectomia, deverão passar pela triagem do enfermeiro ou médico da unidade de ESF e preencher a ficha de manifestação do desejo. As fichas deverão ser arquivadas e agendadas para o planejamento familiar quando abrirem vagas para os grupos. Abaixo segue a lista de documentos que os pacientes deverão trazer no dia:

- Ficha da manifestação do desejo
- Xerox ID e CPF
- Xerox ID e CPF do responsável/testemunha
- Xerox certidão de casamento (se for casado (a))

- Xerox certidão de divórcio (caso paciente for divorciado (a))
- Xerox comprovante de endereço
- Pacientes com idade **inferior a 25 anos**: trazer Xerox da certidão de nascimento dos filhos

Grupos de planejamento familiar

Os grupos acontecerão no Núcleo de Saúde da Mulher com agenda aberta uma vez ao mês. Os pacientes deverão ser orientados que precisarão ficar uma tarde e será concedido atestado médico.

1ª etapa: (ENFERMEIRO) – na primeira etapa é feita a conferência dos documentos e logo após uma palestra onde são ofertados métodos contraceptivos de reversão disponibilizados pelo SUS. É explicado passo – a passo de todo o processo até a realização da cirurgia. Logo após os pacientes serão encaminhados para as consultas posteriores (assistente social, psicólogo e médico).

2ª etapa: (ASSISTENTE SOCIAL): A consulta com o assistente social será individual. Uma ficha com os dados do paciente e história social será preenchida e anexada ao prontuário do paciente.

3ª etapa: (PSICÓLOGO): O psicólogo verifica os aspectos relacionados ao campo do emocional, especialmente quanto à maturidade emocional para encerrar a vida reprodutiva do homem ou mulher. Atuam também de forma preventiva, levantando situações que pressionam a mulher a fazer laqueadura como: mulher jovem que sofre pressão da família, mãe solteira que sofre pressão do pai, relacionamento conjugal conturbado e mulher abandonada pelo marido. Em caso de dúvida o caso necessita ser discutido por toda a equipe para posterior tomada de decisão.

4ª etapa: (MÉDICO): logo após a consulta com psicólogo é realizada a consulta com o médico. Explicado cada item do termo de consentimento e entregue ao paciente para autenticação em cartório das assinaturas do paciente e testemunha. Preencher AIH em três vias.

- Obs: o exame de beta HCG deverá ser realizado no mínimo cinco dias antes da laqueadura.
- O arrependimento após a cirurgia deve ser evitado, portanto a equipe deve estar muito atenta e avaliar o que realmente a mulher ou homem deseja.
- Nunca incentivar ou motivar o paciente a esterilização precoce.

ANEXO 2

PLANEJAMENTO FAMILIAR DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO:

LAQUEADURA E VASECTOMIA

Data da manifestação do desejo: ____ / ____ / ____

Unidade de Saúde: _____ End: _____

Nome: _____ Idade: _____

Cartão SUS: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Estado civil: _____

Telefone: _____ / _____

HISTÓRIA REPRODUTIVA

G __ P __ A __ Tipos de parto: _____

Complicações na gestação: _____

Métodos contraceptivos já usados: _____

Porque abandonou: _____

HISTÓRIA DE SAÚDE

Alguma doença em tratamento: _____

Medicação em uso: _____

História de DST/DIP: _____

Se sim, concluiu o tratamento: () Sim () Não

Já realizou o preventivo: () Sim () Não. Quando? _____

Laqueadura/vasectomia por escolha da pessoa ou indicação clínica: _____

Eu, _____, inscrito no CPF _____, declaro que todas as afirmações acima são verdadeiras.

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do responsável pelo preenchimento: _____

ANEXO 3**Parecer Social**

Diante a entrevista, percebe-se que o(a) paciente: _____ possui perfil legal para realização de laqueadura/vasectomia, que está em conformidade com critérios estabelecidos pela Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996. (idade e/ou número de filhos).

Assim, sugere – se que seja liberado a realização do procedimento, visto que o planejamento familiar é direito de todo cidadão, assegurando ainda o direito à saúde e contribuindo para uma melhor qualidade de vida, também que, conforme disposto no artigo 196 da Constituição da Republica de 1998, “ *a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”.

Sem mais para acrescentar, coloco – me à disposição para demais esclarecimentos.

Loca e data: _____ de _____ 2021

Assistente Social

ANEXO 4**PARECER PSICOLÓGICO PARA O PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR****1. Identificação:****Nome do Paciente:** _____**Data de Nascimento:** _____ **Idade:** _____**2. Descrição da Demanda:**

_____ foi submetido (a) à avaliação psicológica para verificação de seu estado de saúde mental, como condição necessária à realização de cirurgia de laqueadura/vasectomia.

3. Procedimento

Foi realizada anamnese e entrevista semiestruturada.

4. Análise

Durante a avaliação foi possível identificar que o (a) paciente,

_____ apresentou expectativas positivas quanto à cirurgia. Demonstra bom ajustamento emocional, discurso lógico e coerente, humor estável, capacidade de elaboração de conflitos. Demonstra curso e conteúdo do pensamento coerente com a realidade. No momento não foram observados indícios de distúrbio psicológico.

5. Parecer Conclusivo

Através dos resultados obtidos, verifica-se que no momento a paciente está apta a realizar o procedimento cirúrgico, no que tange a sua saúde mental _____

Psicóloga

ANEXO 5**PARECER MÉDICO – LAQUEADURA/VASECTOMIA****NOME:** _____**DATA:** ___/___/___**HISTÓRIA REPRODUTIVA:** _____**HISTÓRICO DE SAÚDE:** _____**ALGUMA DOENÇA EM TRATAMENTO:** _____**MEDICAÇÕES EM USO:** _____**LIDO E EXPLICADO CADA ITEM DO TERMO DE CONSENTIMENTO****PARECER MÉDICO:**_____

_____**ENTREGUE TERMO DE CONSENTIMENTO A PACIENTE PARA AUTENTICAÇÃO EM
CARTÓRIO.****ASSINATURA PACIENTE:** _____**ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO:** _____

ANEXO 6

Conforme (lei 9.263/1996, artigo 10§ 1º) portaria MS nº 048 de 11/02/1999.

Eu _____, estado civil: _____

declaro, sob as penas da lei 9.263/1996;

1. Que fui orientado (a) sobre a existência e disponibilidade dos métodos anticoncepcionais temporários.
2. Ter ciência que a esterilização cirúrgica é um método anticoncepcional de caráter irreversível (definitivo), mas que ocasionalmente este método pode falhar.
3. Que se trata de um ato cirúrgico de pequeno porte, que envolve desconforto e riscos como qualquer cirurgia.
4. Ter capacidade civil plena e discernimento, e não estar sob influência do álcool, drogas, estados emocionais alterados ou possui incapacidade mental temporária ou permanente.
5. Possui mais de vinte e cinco anos de idade na data prevista para a realização de ato cirúrgico de esterilização ou ter, pelo menos, dois filhos.
6. Ter ciência da necessidade do transcurso de sessenta dias entre a presente manifestação e a realização do ato cirúrgico para esterilização.
7. Ter ciência que, na vigência de sociedade conjugal (casamento, união estável) a esterilização depende da anuência expressa do cônjuge ou companheiro.
8. Não ter sofrido qualquer indução ou instigação para submeter-se a cirurgia de esterilização.

Declaro que as informações aqui registradas são verdadeiras

Loça e data: _____ de _____ de 20____. _

Assinatura da Cliente

Documento:

Data:

Assinatura do responsável

Documento:

Data:

Autorização da equipe multiprofissional de acordo com as normas e rotinas previstas para a utilização do método proposto autorizamos o procedimento indicado.

Assinatura e carimbo:

Assinatura e carimbo:

Assinatura e carimbo:

Assinatura e carimbo:

ANEXO 7

Projeto: Autodeterminação sexual e reprodutiva de mulheres Roteiro de entrevista individual: mulheres atendidas no Programa de Planejamento Familiar de um município do Centro-Oeste Mineiro

Data da entrevista: ___/___/___

Iniciando a entrevista:

Conte-me um pouco sobre a sua vida atual.

- Estudos
- Trabalho
- Lazer
- Relações sociais e familiares

Questões norteadoras

- Como você tomou conhecimento sobre o Programa de Planejamento Familiar?
- Por favor me conte como foi seu atendimento no Programa. Por que você buscou o Programa? Quais eram suas expectativas? (se foram ou não atendidas)
- No caso de a mulher solicitar a laqueadura tubária no Programa, perguntar por que essa escolha.
- Como você escolhe o método contraceptivo que vai usar?
- Quais métodos contraceptivos você já utilizou? Como foi sua experiência com o uso desses outros métodos? Houve dificuldades na adaptação, se sim, quais foram, o profissional de saúde te ajudou ou propôs outro método de contracepção?
- Onde ou com quem você buscou informações sobre métodos contraceptivos? Por que você buscou esses lugares ou pessoas? Como sua necessidade foi atendida?
- Como vocês previne/evita gestações?
- Para você o que é ter autonomia sobre o seu corpo?
- Você percebe alguma relação entre a escolha por um método contraceptivo e o entendimento sobre a autonomia sobre o corpo? A escolha pelo método contraceptivo que você usa é apenas uma escolha sua? Mais alguém participa dessa escolha (parceiro)?
- Dentre as suas gestações, você já passou por alguma situação de abortamento? Pode me contar como foi? Quando passou pelo aborto, buscou atendimento em alguma unidade de saúde? Como foi atendida?
- O que você acha do aborto? (explorar o aborto como método contraceptivo)
- Você percebe alguma relação entre a escolha (ou não) pelo aborto e o entendimento sobre a autonomia sobre o corpo?

Informações sociodemográficas**Nome:** _____**Código:** _____

1. Qual a sua idade?
2. Qual a sua raça?
3. Qual a sua orientação sexual?
4. Qual a sua renda mensal familiar?
5. Quantos anos de estudo tem?
6. Qual seu estado civil?
7. Onde você nasceu? Há quanto tempo mora no município?
8. Quantas gestações teve?
9. Qual a sua idade na primeira gestação?
10. Número de filhos vivos e idade
11. Você tem alguma religião? Se sim, qual?

ANEXO 8

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevistas individuais

Título da Pesquisa: Autodeterminação sexual e reprodutiva de mulheres

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa desenvolvida por pesquisadoras do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas. Este documento tem o objetivo de explicar a pesquisa que será realizada, detalhando todos os procedimentos, benefícios e riscos envolvidos. Por favor, leia as informações com atenção e fique à vontade para fazer perguntas para responder suas dúvidas.

Informações sobre a Pesquisa

A pesquisa está sendo proposta e coordenada pelo Instituto René Rachou – Fiocruz Minas e tem como objetivo compreender as implicações da criminalização do aborto sobre a autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres. A pesquisa se justifica pela relevância do tema e pelo fato do aborto ser uma das principais causas de morte materna evitáveis no Brasil e no mundo.

Neste momento, o convite é para você participar de uma entrevista individual, que tem duração máxima prevista de uma hora, a ser realizada de forma presencial em dia e horário previamente combinado e de sua preferência, na Unidade de PSF/ESD/UBS a qual você está vinculada. Para que você possa participar da entrevista, as despesas de transporte e alimentação serão ressarcidas pelas pesquisadoras, caso necessário. Na entrevista, será solicitado que você fale sobre sua experiência como usuária no Programa de Planejamento Familiar, sua experiência com os métodos contraceptivos e sua opinião sobre o aborto. Caso aceite o convite para participar da pesquisa, a participante autoriza a gravação de áudio. As entrevistas serão transcritas e os áudios e as transcrições serão armazenadas em arquivos digitais. Somente terão acesso aos áudios das entrevistas e transcrições a pesquisadora e sua orientadora.

Riscos e Benefícios

A pesquisa oferece riscos mínimos pelo fato das participantes exporem informações pessoais e/ou poderem se sentir constrangidas durante a entrevista em razão do tema abordado. Para minimizar os desconfortos, a entrevista será realizada em local reservado e a participante terá a liberdade para não responder questões caso se sinta constrangida de qualquer forma. A pesquisa trará como benefício uma melhor compreensão sobre as implicações da criminalização do aborto sobre a autonomia sexual e as escolhas sobre métodos contraceptivos que nem sempre são os mais desejados pelas mulheres. Os resultados da pesquisa poderão contribuir com as discussões sobre a necessidade de descriminalização e legalização do aborto e a elaboração de políticas públicas comprometidas com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Também, os relatos das mulheres sobre a experiência no Programa de Planejamento

Familiar poderão contribuir para o fortalecimento de estratégias e políticas públicas de saúde nesse âmbito nesse município.

Direitos das Participantes

Sua contribuição para a pesquisa é **voluntária** e, caso você queira retirar este consentimento, tem absoluta liberdade de fazê-lo a qualquer momento. Da mesma forma, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento de acordo com a sua vontade. É importante lembrar que todos os dados aqui coletados são confidenciais e ao participar espontaneamente das entrevistas, sua identidade permanecerá no anonimato mesmo após a realização do relatório final deste estudo. Também será resguardada sua identificação sendo utilizado pseudônimo nos escritos e nas apresentações orais. Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos e artigos. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido quando os resultados forem apresentados em eventos científicos e/ou publicações, utilizando-se nomes fictícios nos escritos. A coordenação do estudo também se compromete em não divulgar, em nenhum documento onde constem os resultados do estudo, o município no qual as entrevistas serão realizadas. Na realização da entrevista, não será solicitada nenhuma informação pessoal, garantindo, assim, que a gravação da entrevista não permita a sua identificação. Sons de vozes não serão publicizados de qualquer forma. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando ela for finalizada. Você tem direito de buscar indenização em caso de danos relacionados diretamente a sua participação na pesquisa.

A participação na pesquisa não implica benefícios diretos para as participantes.

Informações para contato

Você receberá uma via assinada deste termo onde consta o endereço e telefone da pesquisadora principal e da pesquisadora de campo/entrevistadora. Você poderá esclarecer todas as suas dúvidas agora ou a qualquer momento durante a pesquisa. Na sua via, você também encontrará o endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas. Este Comitê é o órgão responsável por garantir os interesses das participantes da pesquisa.

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz Minas

Secretária: Bernadete Patrícia Santos

Av. Augusto de Lima 1.715, Barro Preto, Belo Horizonte-MG, CEP: 30.190-002

Tel: (31) 3349 7825, E-mail: cepcoord.minas@fiocruz.br

Horário de Atendimento: 09:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira

Endereço e telefone institucional da Pesquisadora Principal: Paula Dias Bevilacqua

Contato: Av. Augusto de Lima 1.715, Barro Preto, Belo Horizonte- MG, CEP: 30.190-002

Tel.: (31) 3349- 7893, email: paula.bevilacqua@fiocruz.br

Endereço e telefone da Pesquisadora de campo/entrevistadora: Flávia Gontijo de Araújo

Contato: Av. Augusto de Lima 1.715, Barro Preto, Belo Horizonte- MG, CEP: 30.190-002

Tel.: (37) 99100-8122, email: flaviaagontijo@yahoo.com.br

Eu, _____ (nome da pesquisadora principal), comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste Termo.

Assinatura da pesquisadora principal:

Local: _____ Data: ____/____/____

Eu, _____ (nome da pesquisadora de campo/entrevistadora), comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste Termo.

Assinatura da pesquisadora de campo/entrevistadora:

Local: _____ Data: ____/____/____

Antes de iniciarmos a entrevista, a entrevistadora irá lhe fazer algumas perguntas as quais serão gravadas com as respectivas respostas. Você dará seu consentimento de forma oral e poderá retirá-lo em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum. Você pode também expressar receios e solucionar dúvidas a qualquer momento. Nesse momento, estou te apresentando uma via deste documento que estou lendo pra você assinada pelas pesquisadoras. Você deve guardar esse documento para referências futuras.

Nesta entrevista, gravaremos o áudio da entrevista apenas para controle de qualidade. Você aceita responder a esta entrevista?

Você aceita que as informações coletadas nessa entrevista sejam utilizadas apenas para fins de pesquisa, sem nenhuma possibilidade de identificação individual?

(Ler as opções abaixo para a entrevistada e marcar as opções com as quais concordou/aceitou)

() Sim, aceito responder a esta entrevista

- Sim, aceito a gravação de áudio
- Não, recuso responder a esta entrevista (interromper a entrevista)
- Não, recuso a gravação de áudio (interromper a entrevista)

Observações: Todas as páginas do TCLE deverão ser rubricadas pela pesquisadora principal e pela pesquisadora de campo que conduziu a entrevista.