



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL**

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL – FSSO**

**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ALBÊNIA DA SILVA SANTOS**

**MARIA CICERA DOS SANTOS FERREIRA**

**UMA ANÁLISE CRÍTICA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO  
ÂMBITO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE  
GÊNERO À LUZ DO PENSAMENTO CRÍTICO**

**MACEIÓ - AL**

**2023**

ALBÊNIA DA SILVA SANTOS  
MARIA CICERA DOS SANTOS FERREIRA

**UMA ANÁLISE CRÍTICA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO  
ÂMBITO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE  
GÊNERO À LUZ DO PENSAMENTO CRÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Serviço Social da Universidade Federal de  
Alagoas, como requisito para a obtenção do  
título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elvira Simões  
Barretto

MACEIÓ – AL  
2023

Catálogo na fonte  
Universidade Federal de Alagoas  
Biblioteca Central  
Divisão de Tratamento Técnico  
Bibliotecário: Jone Sidney A. de Oliveira - CRB-4 -1485

S237a Santos, Albênia da Silva.

Uma análise crítica do planejamento familiar no âmbito da política pública de saúde na perspectiva de Gênero à luz do pensamento crítico / Albênia da Silva Santos, Maria Cicera dos Santos Ferreira. - Maceió: AL, 2023.

81f.: il.

Orientador: Elvira Simões Barretto.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) - Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2023.

Inclui bibliografia: f.78-81.

1. Planejamento Familiar. 2. Desigualdade de Gênero.  
3. PAISM - Serviço Social I. Ferreira, Maria Cicera dos Santos.  
II. Título.

CDU: 364:342.7

## **Folha de Aprovação**

ALBÊNIA DA SILVA SANTOS  
MARIA CICERA DOS SANTOS FERREIRA

### **UMA ANÁLISE CRÍTICA DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO ÂMBITO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE GÊNERO À LUZ DO PENSAMENTO CRÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à banca examinadora do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 19 de Maio de 2023.

---

**(Orientador(a) - Profa. Dra. Elvira Simões Barretto**

**Banca examinadora:**

---

**(Examinador(a) Externo(a) - Assistente Social Michelline Costa De Oliveira**

---

**(Examinador(a) Interno(a) - Profa. Ma. Sandra Barros Lima**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Deus, em primeiro lugar, que fez com que nossos objetivos fossem alcançados, nos dando sabedoria e discernimento a cada obstáculo.

Aos nossos familiares e amigos que de alguma forma contribuíram para tornar o caminho trilhado mais leve e agradável.

A Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elvira Simões Barretto, nossa orientadora, pela sua competência, paciência e direcionamento, e que, mesmo em meio a tantos compromissos e ocupações diárias nos ajudou apontando o melhor caminho a ser seguido e as decisões a serem tomadas.

A nossa dupla com quem convivemos ao longo desse percurso na produção deste trabalho, pelo companheirismo, troca de experiências, conselhos, que nos permitiram crescer como pessoa e desenvolver em conhecimento.

Por fim, agradecemos a cada um que, ao seu modo, contribuiu para que chegássemos até aqui, concluindo esta etapa importante de nossas vidas.

Muito obrigada!

*“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar,  
só assim é possível mudar a realidade.”*

*( Nise da Silveira)*

## RESUMO

O presente trabalho buscou analisar o papel do planejamento familiar e investigar a constitucionalidade da Lei 9.263/96, juntamente ao envolvimento do Estado à luz da perspectiva de gênero. Ressalta as barreiras postas socialmente pela desigualdade de gênero, na efetivação da livre escolha do casal, e na responsabilidade e encargos postos a mulher junto a reprodução, enfatiza os conflitos de desigualdade em diversos aspectos, e a colaboração das lutas e movimentos feministas que agregaram efetivação de direitos a mulher. A metodologia utilizada para a elaboração do trabalho monográfico está baseada em pesquisa bibliográfica, com embasamento em livros, sites e artigos. Destacando-se como principais autores contribuintes na sustentação teórica: FEDERICI (2017); BRITO, (2004); SCOTT (1995); ÁVILA (2003); SOUSA (2021), dentre outros de suma importância para a absolvição de conhecimento da temática.

**Palavras Chave:** Planejamento Familiar; Desigualdade de Gênero; PAISM; Serviço Social.

## **ABSTRACT**

The present work sought to analyze the role of family planning and investigate the constitutionality of Law 9,263/96, together with the State's involvement under gender perspectives. Emphasizing the barriers socially put by gender inequality, in the realization of a couple's free choice, and the responsibility and burden placed onto women regarding reproduction. Also emphasizes the conflicts of inequality in several aspects and the collaboration of feminist issues and movements that aggregated the effectiveness of women's rights. The methodology used for elaborating the monographic work is based on bibliographic research, using books, websites, and articles. And standing out as the primary contributing authors in the theoretical support: FEDERICI (2017); (BRITO, 2004); SCOTT (1995); AVILA (2003); SOUSA (2021), among others of great importance for the acquirement of knowledge on the subject.

Keywords: Family Planning. Gender Inequality. PAISM

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação do percentual segundo o estado civil das mulheres que realizaram o procedimento cirúrgico de esterilização voluntária..... 51

Figura 2 – Métodos contraceptivos disponíveis para as mulheres contendo as desvantagens e efeitos colaterais.....63

## LISTA DE SIGLAS

**AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*acquired immunodeficiency syndrome*)

**BEMFAM** – Bem Estar Família no Brasil

**CIPD** – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

**DIU** – Dispositivo Intrauterino

**DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis

**IBDFAM** – Instituto Brasileiro de Direito de Família

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**POARC** – Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha

**PMI** – Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil

**PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

**PNAISM** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

**PSF** – Programa Saúde da Família

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2 PLANEJAMENTO FAMILIAR: NA ESTEIRA DE CONTRADIÇÕES NA ORDEM CAPITALISTA</b>	<b>15</b>
2.1 Estado patriarcal, capitalismo, gênero e raça	15
2.2 Direitos sexuais e direitos reprodutivos: “nossos corpos nos pertencem”	28
2.3 Breve percurso histórico sobre a saúde da mulher no âmbito do programa de assistência integral à saúde da mulher: Planejamento Familiar em questão	33
2.4 Marcos das conquistas legais sobre a saúde da mulher e os Direitos Reprodutivos	36
2.5 O Serviço Social no planejamento familiar	43
<b>3 VIOLAÇÃO DO DIREITO E DA LIBERDADE: INTERVENÇÃO DO ESTADO NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS BÁSICOS E NO LIVRE PLANEJAMENTO FAMILIAR</b>	<b>45</b>
3.1 A inconstitucionalidade do Planejamento Familiar com relação ao direito à autonomia da mulher.	46
3.2 O planejamento familiar base sob influência das desigualdades de gênero e no acúmulo da responsabilidade feminina	55
3.3 O planejamento familiar: o que muda com a Lei nº 14.443/2022	69
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema o planejamento familiar, e traz para debate os direitos reprodutivos, gênero e mecanismos estatais de interferência na autonomia da mulher.

A discussão central pautou-se na falta de liberdade da mulher, ao ser exigido legalmente a autorização do cônjuge para a realização do procedimento de esterilização definitiva, mesmo estando em um contexto historicamente opressor, patriarcal, que impõe a mulher a posição de principal responsável pela reprodução e formação do núcleo familiar, ainda por cima fica à mercê de responder criminalmente por decisões tomadas sobre seu próprio corpo.

Contudo, diante das profundas transformações pelas quais passou a sociedade brasileira, especialmente, mudanças significativas em relação ao papel da mulher na sociedade, atribuímos ao movimento das mulheres, ao feminismo, a responsabilidade principal por essa mudança, com isso novas formas de organização política trouxeram para o debate público temas referentes à saúde e direitos reprodutivos, assim como às relações de gênero. Então, partiu do movimento feminista, o reconhecimento do direito das mulheres de vivenciarem a maternidade como opção, com acesso à informação, a contracepção segura e ao tratamento da infertilidade e que o Estado desenvolvesse ações em saúde reprodutiva(PITANGUY, 1999).

Foi marcante a atuação desse movimento na constituição de 1988, onde a maioria significativa das propostas das mulheres foram incluídas. Entre todas as propostas destaca-se o artigo 126, parágrafo 7º que trata do acesso ao Planejamento Familiar na esfera de direitos simultaneamente à criação de deveres da parte do Estado. (PITANGUY, 1999).

Deve-se ressaltar que a história do movimento feminista está intimamente ligada ao debate sobre o controle populacional e planejamento familiar, o que trouxe para o cenário político temas relacionados à saúde da mulher observando o direito de opção sobre a vida sexual e reprodutiva, reivindicando um Estado coerente com estes princípios.

O estudo tem como objetivo geral e específicos, promover uma reflexão crítica sobre o planejamento familiar, desvelar os componentes implicados e analisar o contexto histórico-político-social do planejamento familiar sob a perspectiva de gênero, com intuito de visibilizar as estruturas ocultas no posicionamento do Estado, frente a desigualdade de gênero no que tange a não autonomia de escolhas e decisões nos direitos reprodutivos, seguido da discussão de forma crítica sobre o envolvimento direto do Estado na liberdade de escolha, e na efetivação dos direitos básicos no desenvolvimento social, entre eles o direito fundamental à educação sexual e reprodutiva.

O Planejamento Familiar, é compreendido como conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996). Está previsto em vários âmbitos do ordenamento jurídico e presente na Constituição Federal,

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.  
§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL, 1988).

Então, logo, o programa que assiste a família nesse contexto, não é acessível a toda a população. O que se vê, é a esterilização sendo utilizada como método para controlar a fertilidade e sendo o mais utilizado em todo o mundo, visto que este método se trata de uma forma de extinguir a fertilidade e não o planejamento familiar. Os padrões determinantes da sociedade capitalista aliados à desinformação e a indisponibilidade de outros métodos seguros, são apontados como os motivos determinantes da sua ampla utilização (Chor; Fonseca; Duchidae; Andrade & Beltrão, 1999).

[...] de um lado, a não-colaboração do companheiro no que se refere ao uso do preservativo e à vasectomia e, de outro, a aceitação e incentivo para que suas mulheres mutilem seus corpos para livrarem-se de uma problemática que, apesar de envolver ambos, parece ser encarada por eles como sendo de âmbito exclusivo das mulheres [...](GALASTRO, 2001).

É fato que as questões relacionadas à reprodução, estão correlacionadas à mulher em toda a sua existência, mas, a quem interessa o Planejamento familiar? A efetividade do Planejamento Familiar atende às verdadeiras necessidades da mulher? A mulher tem liberdade de decidir sobre seu corpo?

Conclui-se que, o Estado, no livre planejamento familiar, deve promover em favor da população o acesso à informação e garantias acerca de seus direitos sexuais e reprodutivos, ao mesmo tempo, se abster de intervir nas escolhas íntimas dos cidadãos, possibilitando o exercício da autonomia e o planejamento familiar de forma efetiva.

## 2 PLANEJAMENTO FAMILIAR: NA ESTEIRA DE CONTRADIÇÕES NA ORDEM CAPITALISTA

### 2.1 Estado patriarcal, capitalismo, gênero e raça.

Para poder analisar a efetividade do planejamento familiar é importante compreender a contraditória relação entre Estado, capitalismo, gênero, classe e raça.

Federici (2017), verifica que a discriminação contra as mulheres na sociedade capitalista não se trata do resultado de um mundo pré-moderno, mas da formação do capitalismo.

Esse ponto foi importante, no contexto da política feminista dos anos 1970, como contraponto à teoria marxista-leninista de que as mulheres têm menos poder social do que os homens no capitalismo porque, como “donas de casa”, estão fora das relações capitalistas; uma visão cuja tradução política seria a emancipação das mulheres por meio do trabalho assalariado (FEDERICI, 2017, p 11)

Assim como Federici (2017), muitas feministas não poderiam acreditar que o trabalho doméstico não desempenhasse nenhuma função na organização capitalista do trabalho, pelo contrário, o trabalho doméstico não remunerado das mulheres é que tem sido um dos principais pilares da produção capitalista, ao ser o trabalho que produz a força de trabalho, e admite que a dominação masculina é baseada no poder que o salário confere aos homens. Desse modo, surge a importância de identificar os processos históricos pelos quais essas relações estruturais foram construídas (FEDERICI, 2017, p.7-8).

Em meio a exploração voraz do capitalismo e a sua sede por lucro e acúmulo de riquezas, permeia a opressão de gênero e raça. O Estado democrático é desmistificado, na natureza democrática da sociedade capitalista não existe qualquer possibilidade de igualdade, e a relação capitalismo e Estado regidos pelo patriarcado<sup>1</sup> são correlacionados e não ocupam espaços e sistemas autônomos.

Uma explicação satisfatória sobre as raízes da exploração social e econômica das mulheres, inicia-se a partir da análise da “acumulação primitiva”, termo usado por Marx a fim de caracterizar o processo político no qual se sustenta o

---

<sup>1</sup> O patriarcado é um sistema social baseado em uma cultura, estruturas e relações que favorecem os homens, em especial o homem branco, cisgênero e heterossexual (FOLTER, 2021).

desenvolvimento das relações capitalistas, direcionada nessa pesquisa à perspectiva de gênero (FEDERICI, 2017, p.25).

Federici (2017), se afasta da análise da acumulação primitiva de Marx. Enquanto ele a examina do ponto de vista do proletariado assalariado de sexo masculino e do desenvolvimento da produção de mercadorias, ela percebe as mudanças introduzidas na posição social das mulheres e na produção da força de trabalho. Desse modo, na sua descrição, identifica uma série de fenômenos que são extremamente importantes para a acumulação capitalista. Entre esses fenômenos estão: i) o desenvolvimento de uma nova divisão sexual do trabalho; ii) a construção de uma nova ordem patriarcal, baseada na exclusão das mulheres do trabalho assalariado e em sua subordinação aos homens; iii) a mecanização do corpo proletário e sua transformação, e no caso das mulheres, uma máquina de produção de novos trabalhadores (procriação), sujeito primário dessa produção, como pilar de sustentação do capitalismo pelo seu trabalho doméstico não remunerado (Id, 2017, p.26). Com isso gerando uma estrutura que as direciona para um espaço de subalternidade na dinâmica social, expressão da formação sócio-histórica.

Marx (1867), supunha que com a maturidade das relações capitalistas, a violência que havia dominado as primeiras fases da expansão capitalista iria retroceder à medida que a exploração e o disciplinamento do trabalho fossem alcançados fundamentalmente por meio do funcionamento das leis econômicas. Entretanto, quanto mais ocorre o avanço do capitalismo em escala global, retrata um retorno mais voraz à acumulação primitiva, essa afirmação baseia-se no entendimento que esses foram e ainda são os pilares da existência do capitalismo: a expropriação dos camponeses da terra, a guerra e a degradação das mulheres (FEDERICI., 2017, p.27).

O Estado, objeto de estudo de muitos pensadores ao longo da história, surge no capitalismo em resposta à intensificação do conflito social, como o único agente capaz de confrontar a generalização da luta e de preservar as relações de classe, impondo normas à vida coletiva. Para isso se utilizava de vários recursos ao ponto de no início da sua validação fazer uso de extrema violência, particularmente contra as mulheres, nas diversas formas de materialização, sempre representando a classe burguesa, com o intuito de controlar a classe trabalhadora.

O Estado tornou-se o gestor supremo das relações de classe e o supervisor da reprodução da força de trabalho, uma função que continua desempenhando até os dias de hoje. No exercício desse poder, em muitos países foram criadas leis que estabeleciam limites ao custo do trabalho, fixando o salário máximo; proibiam a vadiagem, duramente castigada (GEREMEK, 1985, p. 61 apud id, 2017, p.105). Até na reprodução, o Estado exercia influência e controle, incentivava os trabalhadores a se reproduzirem com a finalidade de atender a necessidade do Capital. Com isso, diante das relações sociais da sociedade capitalista, o Estado funciona como um administrador do controle social.

De acordo com Federici (2017, p.119), baseada nos eventos ocorridos na Europa, observa que não foi a expropriação dos/as trabalhadores/as dos meios de subsistência e nem a escravização os únicos meios pelos quais um proletariado mundial foi formado e “acumulado”, neste processo também demandou a transformação do corpo em uma máquina de trabalho e a sujeição das mulheres para a reprodução da força de trabalho. Descreve da seguinte forma,

A acumulação primitiva não foi, então, simplesmente uma acumulação e uma concentração de trabalhadores exploráveis e de capital. Foi também uma acumulação de diferenças e divisões dentro da classe trabalhadora, em que as hierarquias construídas sobre o gênero, assim como sobre a “raça” e a idade, se tornaram constitutivas da dominação de classe e da formação do proletariado moderno; IV. Não podemos, portanto, identificar acumulação capitalista com libertação do trabalhador, mulher ou homem, como muitos marxistas (entre outros) têm feito, ou ver a chegada do capitalismo como um momento de progresso histórico. Pelo contrário, o capitalismo criou formas de escravidão mais brutais e mais traiçoeiras, na medida em que implantou no corpo do proletariado divisões profundas que servem para intensificar e para ocultar a exploração. É em grande medida por causa dessas imposições — especialmente a divisão entre homens e mulheres — que a acumulação capitalista continua devastando a vida em todos os cantos do planeta (FEDERICI, 2017, p.119).

O desenvolvimento capitalista exigiu, então, um imenso salto na riqueza apropriada pela burguesia, para isso, se utilizou da acumulação de força de trabalho, “trabalho morto”, na forma de bens roubados, e “trabalho vivo”, na forma de seres humanos postos à disposição para sua exploração (FEDERICI., 2017, p.121).

O contexto histórico em que situa a história das mulheres e da reprodução no advento do capitalismo, como examinado por Federici (2017, p. 129), tem como finalidade disciplinar, reproduzir e expandir o proletariado, implementando políticas de controle à reprodução das mulheres de forma que fosse funcional ao capitalismo.

Realiza-se um ataque contra as mulheres resultando na construção de uma nova ordem patriarcal, que a autora assim define, “patriarcado do salário”. Uma série de danos acometem as mulheres desde o começo do capitalismo, a guerra e a privatização da terra além de empobrecer a classe trabalhadora, no caso das mulheres

também se viram prejudicadas, porque assim que a terra foi privatizada e as relações monetárias começaram a dominar a vida econômica, elas passaram a encontrar dificuldades maiores do que as dos homens para se sustentar, tendo sido confinadas ao trabalho reprodutivo no exato momento em que este trabalho estava sendo absolutamente desvalorizado.” (FEDERICI, 2017, p.144)

Vemos que a mudança ocasionada nas relações monetárias, concretizada com o desaparecimento da economia de subsistência, predominante na Europa pré-capitalista, gerou formas de exploração e opressão da mulher em que a reprodução social se tornou cada vez mais desvalorizada.

No novo regime monetário, somente a produção-para-o-mercado estava definida como atividade criadora de valor, enquanto a reprodução do trabalhador começou a ser considerada como algo sem valor do ponto de vista econômico e, inclusive, deixou de ser considerada um trabalho. O trabalho reprodutivo continuou sendo pago — embora em valores inferiores — quando era realizado para os senhores ou fora do lar. No entanto, a importância econômica da reprodução da força de trabalho realizada no âmbito doméstico e sua função na acumulação do capital se tornaram invisíveis, sendo mistificadas como uma vocação natural e designadas como “trabalho de mulheres”. Além disso, as mulheres foram excluídas de muitas ocupações assalariadas e, quando trabalhavam em troca de pagamento, ganhavam uma miséria em comparação com o salário masculino médio (FEDERICI, 2017, p.145).

A dependência nas relações monetárias ocasionaram redução do salário dos/as trabalhadores/as e as mulheres passam a receber metade da remuneração dos homens, isto no século XIV, e em meados do século XVI, estavam recebendo apenas um terço do salário masculino, onde esse já se encontrava reduzido, as mulheres já não podiam se manter com o trabalho assalariado, fato este, ocasionador da imensa expansão da prostituição nesse período (FEDERICI., 2017, p.151).

A figura da dona de casa em tempo integral, surge das mudanças históricas que tiveram seu auge no século XIX, a partir daí foi redefinida a posição das mulheres na sociedade com relação aos homens, como também, a divisão sexual do trabalho que não apenas sujeitou as mulheres ao trabalho reprodutivo, como possibilitou o aumento da sua dependência, permitindo que o Estado e os empregadores usassem o salário masculino como instrumento para comandar o trabalho das mulheres. Dessa forma, a separação efetuada entre a produção de mercadorias e a reprodução da força de trabalho também tornou possível o desenvolvimento de um uso especificamente capitalista do salário e dos mercados como meios para a acumulação de trabalho não remunerado (FEDERICI, *Ibid.*, 2017, p.146-147). Nesse percurso, as mulheres sofreram um processo fora do comum de destituição social que foi fundamental para a acumulação de capital e que permanece assim até os dias atuais.

É apontado por Federici (2017), que a crise populacional dos séculos XVI e XVII transformou a reprodução e o crescimento populacional em assuntos de Estado, devido ao fato de o Estado, no decorrer da história se utilizar de iniciativas e recursos como resposta ao controle social, bem como, os novos métodos disciplinares adotados nesse período, com a finalidade de regular a procriação e quebrar o controle das mulheres sobre a reprodução, têm também origem nessa crise.

De qualquer modo, a introdução da assistência pública foi um momento de inflexão na mediação estatal entre os trabalhadores e o capital, assim como foi o primeiro reconhecimento da insustentabilidade de um sistema capitalista regido exclusivamente por meio da fome e do terror. Também foi o primeiro passo na construção do Estado como garantidor da relação entre as classes e como supervisor da reprodução e da disciplina da força de trabalho. Em 1351, com a aprovação do Estatuto dos Trabalhadores na Inglaterra, que fixou o salário máximo, o Estado encarregou-se formalmente da regulação e da repressão do trabalho. Essa divisão permite que os empregadores renunciem a qualquer responsabilidade na

reprodução dos trabalhadores, com a segurança de que o Estado interviria, seja por meio de recompensas, seja por meio de punições, para encarar as inevitáveis crises (FEDERICI, 2017).

Na concepção do desenvolvimento do Estado no capitalismo brasileiro, Brito (2004), faz uma análise dos estudos do sociólogo Octavio Ianni acerca deste processo, da década de 1930 até os anos de 1960 período compreendido na transição do capital agrário-exportador para o capital urbano-industrial, contemplando deste estudo o modo como o Estado Patriarcal se transformou em Estado Burguês. Diante dessa análise, percebemos que o Brasil desenvolveu um capitalismo singular, quando se considera a ausência histórica da forma clássica de transição do feudalismo para o capitalismo, comparado a outros países, enquanto esse país surgia como colônia de Portugal, a Europa transitava para o capitalismo do tipo mercantil.

Quando aconteceu no Brasil a transição de uma sociedade baseada no trabalho escravo para uma outra fundamentada no trabalho livre, por volta do século XIX para o século XX essa mudança trouxe consigo valores democráticos caracterizados pela reformulação das leis trabalhistas e eleitorais, mas a industrialização ainda continha em si traços acentuados provenientes da organização política, econômica e social do período da sociedade anterior, fundamentada no trabalho escravo. Constatou-se que,

[...] coexistiram duas formas de desenvolvimento burocrático: uma que se caracterizou pela incorporação de técnicas e normas racionais, e outra, que se constituiu diante da permanência de elementos patrimoniais de administração e dominação, como o coronelismo, o nepotismo e o favoritismo, havendo predominado a tradição (BRITO, 2016).

Com isso, o critério do patriarcalismo predominava, tanto na administração pública quanto na esfera privada das empresas clânicas<sup>2</sup>, cujo critério para ocupação de um cargo baseava-se em favores ou vínculos familiares, sem levar em consideração a qualificação profissional (BRITO, 2016, p. 158).

---

<sup>2</sup> Relativo ou pertencente a um clã

Assim, sendo de total responsabilidade do Estado a proteção e meios de sobrevivência para todos os cidadãos, o mesmo segrega a população, gerando uma divisão desigualitária e regida pelo preconceito, oprimindo e mantendo em um núcleo de pauperização, contínua exploração e dominação, à chamada “minorias” que envolve uma discriminação de gênero, classe, raça, e orientação sexual, sendo essa ideologia regida por uma figura masculina, branca e heterossexual.

A realidade é que esse Estado oferece segurança e estabilidade apenas a uma parte da população, as raízes historicamente escravistas oferecem ao capitalismo uma relação de dominação desta classe, principalmente quando falamos de uma mulher pobre e negra, gerando uma estrutura de poder que tem como base a ideologia e a violência. Assim representada,

[...]ela era uma mercadoria fragmentada cujos sentimentos e escolhas raras vezes eram consideradas: sua cabeça e seu coração estavam separados de suas costas e mãos, e divididas de seu útero e vagina. suas costas e músculos eram forçados no trabalho do campo [...] às suas mãos se exigia cuidar e nutrir o homem branco [...] [sua vagina, usada para o prazer sexual dele, era a porta de acesso ao útero, lugar para os investimentos dele — o ato sexual era o investimento de capital, e o filho, a mais-valia acumulada. [...]] (OMOLADE, 1983 apud FEDERICI, 2017, p. 113).

A citação revela um cenário que nos desafia e nos evidencia a complexa estrutura social sob a qual a violência sexual está inserida, sinalizando o quanto esta, assim como o racismo e o machismo, foi e ainda são instrumentos para dominação e exploração. De antemão, nos indica uma problemática que não deve ser resumida, é tratada de forma reducionista, ou seja, não se trata de um indivíduo que age apenas para satisfazer suas necessidades e desejos, ou até uma questão do exercício do poder masculino, mais do que isso, se trata de um ser social inserido numa sociedade que é constituída de um processo histórico, sobre bases estruturais diversificadas para fortalecer a propriedade privada (MENDES, 2018).

O capitalismo se utiliza da escassez de oportunidades e se apropria da mão-de-obra barata como é tratado o trabalho feminino, forçando a mulher a aceitar um trabalho mal remunerado, em ambientes insalubres, com excesso de horas de trabalho, e na maioria dos casos sofrendo assédio moral e importunação sexual vindos dos chefes, que faz uso do seu status em uma hierarquia patriarcal. A mulher se vê obrigada a se manter em um ambiente que não lhe oferece o mínimo de segurança, sentindo-se coagida a permanecer por ter a responsabilidade de

sustentar um lar. Diante desta problemática se faz indispensável a luta pela equidade de gênero.

Segundo Federici (2017, p.11), a força motriz do movimento feminista visa demonstrar à partir de uma análise histórica, que a discriminação contra as mulheres na sociedade capitalista não é o legado de um mundo pré-moderno, mas sim uma formação do capitalismo, construída sobre diferenças sexuais existentes e reconstruída para cumprir novas funções sociais. Funções sociais estas orientadas pelo sexo biológico. No capitalismo delineiam as relações de gênero - feminilidade e masculinidade, e sua funcionalidade ao modo de produção capitalista.

Nesse sentido vale lembrar que quando tratamos sobre gênero, desmistificamos a definição literal de que o termo gênero reflete a distinção entre o masculino, feminino e o neutro. A origem do termo gênero é de base etimológica, vem do Latim *genus*, e possui o significado de “nascimento ou família”, e assim enquanto sinônimo é associado ao sexo biológico. Conseqüentemente esta definição leva a sociedade a educar as gerações de maneira distinta com base no gênero, sendo desde o seu nascimento influenciado através dos objetos ao seu redor, da cor da roupa, dos brinquedos e decoração de quartos, e principalmente nas atividades realizadas consideradas adequadas para cada. Para Saffioti (2004) as relações de gênero podem ser interpretadas teoricamente de diversas maneiras, mas enquanto categoria histórica é comum entre estudiosos, compreender a definição de gênero como “construção social do masculino e do feminino”. (SAFFIOTI, 2004,p. 45)

É importante considerar que gênero se construiu e se transformou a partir das práticas dos movimentos feministas ao longo dos anos, e vêm gerando modificações e visibilidade significativa na sociedade, com intuito de modificar o presente e garantir um futuro com menos injustiças sociais, que são alimentadas pelas desigualdades sócio-históricas expressadas pela economia e a vida social (SCOTT, 1995, p. 1).

De acordo com Scott(1995), consequência dessas lutas e estudos feminista, o termo “gênero” passa a ser utilizado pelas feministas no sentido mais literal, a busca em representar uma realidade, e não apenas uma referência descritiva as

relações entre sexos, baseada na importância de desmistificar a regra da simples utilização do masculino e feminino, e o mito de que o homem era biologicamente superior a mulher, onde características de desigualdade eram pregadas em todos os contextos, incluindo a força física, caráter e a ética. A definição de gênero passa a ser entendida como uma construção social, sendo usado para distinguir da dimensão biológica, isso porque gênero é uma relação social de poder e de dominação, o que significa que alguém se privilegia com ela e alguém se prejudica, este fato não pode mais ser ignorado, as especificidades que inclui a mulher, raça/etnia, geração, orientação sexual, e classe. Lembrando que,

O interesse pelas categorias de classe, de raça e de gênero assinalava inicialmente o compromisso do(a) pesquisador(a) com uma história que incluía a fala dos(as) oprimidos(as) e com uma análise do sentido e da natureza de sua opressão; assinalava também que esses(as) pesquisadores(as) levavam cientificamente em relação fato de que as desigualdades de poder estão organizadas segundo, no mínimo, estes três eixos (SCOTT, 1995).

Essas expectativas onde o feminino é subalterno ao patriarcado só reforça a teoria feminista de que são ideologias variadas de culturas, e são construídas socialmente de forma conservadora, salientando que essas questões têm um cunho maior e desfavorável para as mulheres negras, o que enfatiza a necessidade de impor a história da mulher, como ser social, político-ideológico, e agente de sexualidade, excluindo a simbologia social de que o homem é o único provedor, e a mulher feita para ser mãe e dona de casa.

As opressões se estendem também às relações objetivas e estruturais ao capitalismo junto ao desenvolvimento social e financeiro, onde o índice de desemprego também cabe a população negra, uma perpetuação da sociedade de classes implementada desde a colonização, tendo a mulher em situação de desvantagem em relação ao exercício da cidadania, onde são historicamente exploradas no mundo do trabalho, esta é a realidade das mulheres negras na sociedade capitalista, no mercado de trabalho, na política, na educação, e nas diversas formas de violência. Assim, com o processo de estruturação do capitalismo e com suas crises cíclicas, essa população vai sendo cada vez mais empurrada para fora do Estado de Direito.

A raça, como atributo socialmente elaborado, está relacionada principalmente ao aspecto subordinado da reprodução das classes

sociais, isto é, a reprodução (formação-qualificação-submissão) e a distribuição dos agentes. Portanto, as minorias raciais não estão fora da estrutura de classes das sociedades multirraciais em que as relações de produção capitalistas –ou outras relações de produção no caso –são as dominantes. Outrossim, o racismo como articulação ideológica incorporada e realizada através de uma conjunto de práticas materiais de discriminação, é o determinante primário da oposição dos não brancos (bem como o sexismo) torna-se parte da estrutura objetiva das relações ideológicas e políticas do capitalismo, então a reprodução de uma divisão racial (ou sexual) do trabalho pode ser explicada sem apelar para preconceito e elementos subjetivos. (POULANTZAS 1975, apud: GONZALEZ, 2020, p. 120)

Como visto, as mulheres sofrem em consequência de uma sociedade estruturalmente marcada pelo patriarcado, e esta situação se agrava quando falamos de mulheres negra devido a opressão da raça, por isso o movimento feminista, principalmente o movimento negro, sempre esteve diretamente relacionado aos debates e ações no campo da saúde reprodutiva da população, visto que as mulheres negras são mais acometidas a exploração do machismo e sexismo, esses elementos se tornam indispensáveis para a desigualdade de gênero e a perpetuação da pobreza e vulnerabilidade social na qual a população negra se encontra.

O feminismo negro dialoga concomitantemente entre/com as encruzilhadas, digo, avenidas identitárias do racismo, cisheteropatriarcado e capitalismo. O letramento produzido neste campo discursivo precisa ser aprendido por lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, (LGBT), pessoas deficientes, indígenas, religiosos do candomblé e trabalhadoras. Visto isto, não podemos mais ignorar o padrão global basililar e administrador de todas as opressões contra mulheres, construídas heterogeneamente nestes grupos, vítimas das colisões múltiplas do capacitismo, terrorismo religioso, cisheteropatriarcado e imperialismo (AKOTIRENE, 2019, P. 16).

A desigualdade se faz visível no Brasil por ainda ser socialmente alimentado por resquícios fortes da raiz escravocrata, e atinge diretamente grupos específicos da sociedade, negros, pardos, e mulheres, gerando uma exclusão social, forçando-os/as a viver em condições desfavoráveis no âmbito da saúde, educação e moradia, pois esses serviços são disponibilizados com baixa qualidade, características que geram um maior número de desemprego desta população, sendo a mais prejudicada a mulher negra, que na sua maioria passa a exercer trabalhos apenas domésticos, seja ele remunerado ou não, e este é um padrão predominante na sociedade brasileira. Vale ressaltar que, no início do século XX no Brasil existia uma clara divisão sexual do trabalho, principalmente no chão das fábricas, onde os cargos de direção eram ocupados por homens. Já as tarefas menos especializadas

e mal remuneradas eram ocupadas pelas mulheres, independente do grau de escolaridade e competência.

No contexto contemporâneo, segundo cálculos da equipe do data-labe, a probabilidade de desocupação no primeiro trimestre de 2021 era de 9,2% para mulheres negras e de 5,6% para homens brancos, assim o racismo estrutural deixa as mulheres negras fora do mercado de trabalho formal. Segundo DeGraff e Anker (2010), que discorrem sobre o assunto desigualdade de gênero no ambiente de trabalho, chegam à conclusão que:

A desigualdade de gênero no mercado de trabalho pode ter uma variedade de formas, incluindo a participação diferenciada na força de trabalho e a segregação ocupacional por sexo que aqui se discute, bem como outros aspectos, tais como os baixos salários recebidos pelas mulheres ou o assédio sexual no local de trabalho. Existem inúmeras teorias para explicar a desigualdade de gênero no mercado de trabalho. Para fins argumentativos, estas teorias podem ser divididas em três grupos: 1) neoclássica, 2) segmentação do trabalho e 3) teorias de gênero/feministas. Ainda que exista uma certa sobreposição dessas teorias, elas são suficientemente diferentes em sua ênfase e abordagem e merecem ser consideradas por separado. ( DeGraff; D. E ANKER, R. 2010, p.146).

Vale destacar que as mulheres durante toda sua vida produtiva vivenciam de forma desigual um acúmulo de tarefas que são definidas em dupla e tripla jornada de trabalho, devido à necessidade de conciliar o trabalho remunerado com o lar, tendo o trabalho doméstico e o cuidado com crianças, e idosos.

Assim como no mundo do trabalho, as discriminações de gênero e de raça se estendem nas esferas pública e privada, a exclusão social sofrida pela mulher negra também tem forte índice negativo no âmbito da saúde, e se torna o principal alvo dos desmandos do Estado, quando tratamos sobre controle da natalidade. Durante a década de 1990, o ativismo feminista enfatizou o alto número de esterilização cirúrgica realizadas em mulheres negras e periféricas, ocasionando uma manutenção regida simplesmente pela discriminação racial.

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva da mulher negra, partimos de uma triste realidade e das condições a qual são submetidas devido à falta de investimentos e interesses públicos, essas mulheres não têm acesso direto e facilitado para uma educação sexual, e muitas vezes sem acesso a unidades de saúde, sendo excluídas de direitos básicos como, consultas regulares, incentivo ao uso de métodos contraceptivos de prevenção durante a vida ativa sexual, o que gera

um alto índice de gravidez na adolescência, fazendo com que essas adolescentes cheguem a vida adulta atingindo a maior idade já contendo um núcleo familiar de em média 2 ou 3 filhos. Derivado desta realidade, as mulheres negras têm maior risco de contrair doenças e morrer sem assistência necessária comparada a mulheres brancas. Diante disso, Oliveira (2000) faz uma afirmação categórica em recorte racial/étnico e a saúde das mulheres negras:

Por paradoxal que possa parecer, a abordagem da saúde da população negra no Brasil só consegue se impor enquanto discurso. Isto é, só nos ouvem quando nos reportamos ao fato inegável que o marco das nossas reflexões e ações políticas em saúde nada tem a ver com a vida, mas com a morte, pois há fortes evidências de que encabeçam as estatísticas de praticamente todas as \*mortes à-toa e antes do tempo', em todas as faixas etárias. Há maior crueldade e prova de racismo do que a desigualdade da população negra perante a morte, já que a mortalidade precoce de afrodescendentes no Brasil revela omissão dos governos, discriminação de classe e indiferença racial/étnica? (Oliveira, 2000, p.99).

Ademais, a mulher negra possui um menor acesso a saúde de qualidade, principalmente na atenção básica ginecológica e assistência obstétrica durante o pré-natal e período do puerpério, o que contribui para o adoecimento e propagação da vulnerabilidade na mulher negra. Esse acesso precário a assistência à saúde tem como principal fator negativo a violação de direitos e negligências ocorridas devido ao racismo estrutural dentro das unidades de saúde, e que propaga uma falta de atenção e dedicação as usuárias, gerando uma desvantagem das pacientes negras referente às brancas, no sentido de receber um menor número de orientações.

Chama a atenção o estudo *Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa, a Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha (POARC)*, que foi realizada com mulheres que passaram pelo período de pré-natal e parto pelo SUS no ano de 2012, destacando a diferença socioeconômica das mesmas, chegando aos seguintes índices: a constatação de que que entre pretas/pardas, em relação às brancas, houve uma proporção maior de gestantes adolescentes, 18,8% e 15,1%, respectivamente, que se declaram solteiras, 42,0% e 35,7%, analfabetas ou com nível fundamental incompleto, 27,2% e 21,5%, mulheres sem renda ou recebendo menos de 1 salário mínimo, 33,0% e 21,0%. O número de consultas mínimo no pré-natal, em um número de 7, como parâmetro de adequação da assistência ao pré-natal. Esse parâmetro foi atendido por 64,7% das mulheres pretas/pardas e por 71,6% de

mulheres brancas”. Enfatiza-se também o alto número de mulheres negras que declararam uma gravidez não planejada, sendo um total de 52,2% (THEOPHILO, Rebecca L.; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton L. 2017) .

Seguindo com as informações da mesma pesquisa, a mulher negra é mais suscetível a patologias, tendo como exemplos, anemia falciforme uma doença hereditária mais comum na população negra, miomas uterinos, e grande predisposição para desenvolver hipertensão arterial, diabetes gestacional e câncer de mama. Outra patologia com alta porcentagem que afeta a mulher negra é a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), a população negra apresenta um risco de índice de 40% maior que população branca. Dados como este são reflexos da desigualdade racial existente nos serviços públicos de saúde, e na sociedade, que empobrece e oprime uma classe.

O sexismo sendo uma ideologia baseada em uma estrutura de poder, posta pelas relações sociais e as tradições culturais, é incondicionalmente desigual para as mulheres negras, principalmente por tratar-se de um grupo fragilizado pelo racismo e a vulnerabilidade que o mesmo proporciona, gerando maior submissão a serviços domésticos, opressões e violências sexuais. A autora Saffioti (2004, p.105) afirma que, "neste regime, as mulheres são objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras." Com isso a opressão de mulheres pode ser definida como um pacto masculino que sustenta o patriarcado através de uma economia doméstica e mitos racistas e sexistas e principalmente quando se trata da mulher negra, tratada como um corpo inativo de direitos.

De forma geral, a violência atinge de forma mais intensa, as mulheres, os pobres e os negros, em síntese reunidas em um só indivíduo, a mulher pobre e negra, se materializa em todos os âmbitos sociais, econômicos e políticos desconsiderando de forma geral os direitos humanos (FREITAS; CINTRA; 2018, p.6). Os dados a seguir, torna relevante a afirmação do autor sobre o fato da violência de gênero à mulher negra ser superior à mulher branca, fato que reforça a vulnerabilidade das vítimas baseadas na etnia ou raça.

No período 2003-2013, as principais vítimas da violência de gênero foram meninas e mulheres negras, com queda na evolução das taxas de homicídio

de mulheres brancas – de 3,6 para 3,2 por 100 mil – e crescimento nas taxas de mulheres negras – de 4,5 para 5,4 por 100 mil –, com prevalência entre 18 e 30 anos de idade e maior incidência de mortes causadas por força física, objeto cortante/penetrante ou contundente, e menor participação de arma de fogo. (LIRA, 2018).

Com base nesses pressupostos, discorrendo de forma geral, seguiremos tratando dos avanços e desafios das mulheres para o exercício dos seus direitos, em particular dos direitos sexuais e reprodutivos.

## **2.2 Direitos sexuais e direitos reprodutivos: “nossos corpos nos pertencem”**

Os direitos sexuais e reprodutivos são direitos elencados e presentes na Lei e na Constituição de 1988, tornando a sexualidade e a reprodução como campos legítimos de direitos, sendo eles baseados nos princípios da liberdade individual e na igualdade de gênero, e também como uma questão de saúde pública. Mesmo dispondo de embasamento sobre a sua importância e a grande necessidade na explanação do assunto, é notório o quanto a vivência da sexualidade e a reprodução gera um tabu revestido de preconceitos e mitos, levando a sociedade a reprimir uma livre discussão, e assim permitindo que a sexualidade seja vista como apenas o ato de reprodução.

Conforme a descrição de Ávila (2003), concordamos que os direitos reprodutivos, assim como os direitos sexuais, dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva e no exercício da sexualidade. É importante tratar esses direitos no sentido proposto, que é o mais correto, abstendo-se de um modelo e regras para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva contradizendo uma modernidade mercadológica que propõe uma concepção de sexualidade e de reprodução livre com base na lógica do mercado, a partir da qual envolve todas as relações da vida social, reduzindo o sentido da vida à possibilidade de consumir.

Ao tentar moldar o indivíduo, a burguesia através de seus recursos estabeleceu uma batalha contra o corpo, que se converteu em sua marca histórica. De acordo com Max Weber, a reforma do corpo faz parte da ética burguesa porque o capitalismo faz da aquisição “o objetivo final da vida”, em vez de tratá-la como meio

para satisfazer nossas necessidades; para tanto, necessita que percamos o direito a qualquer forma espontânea de desfrutar a vida (WEBER, 1958, p. 53 apud FEDERICI, 2017, p.243).

Retomando o pensamento de Ávila (2003) ao que compreende que o processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais se integra ao processo mais amplo do movimento dialético de construção da democracia, ainda que esta seja a forma de organização do sistema capitalista. Desse modo, para as mulheres, a condição de sujeito construtores de direitos, e nesse caso, direitos reprodutivos e direitos sexuais, significa romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens. Essa repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e da sua reprodução. Explicitado da seguinte forma:

No âmbito da saúde, a fixação dos direitos reprodutivos, direitos sexuais marcaram a incorporação do gênero enquanto uma categoria explicativa de análise histórica, que busca dar conta da opressão de sexo. Este, por sua vez, se inscreve em práticas sociais, explicitando tais direitos como direitos humanos das mulheres.(OLIVEIRA, 2005).

Os direitos sexuais e reprodutivos deixam de ser ignorados a partir da década de 60, período em que foi introduzido para a população os métodos anticoncepcionais na América Latina, com intuito de controle da natalidade, neste momento, é quando se inicia uma abertura para que os movimentos das mulheres e feminista possam discutir e enfatizar a importância na tratativa dos assuntos sexualidade e reprodução, e o quanto é necessário esta discussão para a saúde da mulher. Apesar do empenho do movimento feminista os direitos reprodutivos só foram expressados em 1984, no IV Encontro Internacional de Saúde da Mulher, ocorrido na Holanda, e posteriormente no ano de 1995 em Beijig na IV Conferência Mundial sobre a Mulher que os direitos sexuais passaram a fazer parte do documento internacional, é neste momento que ocorreu um avanço no direito da mulher e na sua sexualidade, estabelecendo assim no parágrafo 96:

Os Direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas a sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à

integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências. (HERA, s/d apud DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004, p. 9).

A partir deste momento passam a ser promovidas as políticas de planejamento familiar, reconhecendo os direitos sexuais e reprodutivos como instrumentos na proteção da dignidade da pessoa humana. Considerações dos autores sobre estes direitos:

Considero de grande importância tratar esses direitos no sentido libertário e igualitário, e não no sentido prescritivo de constituição de um modelo e regras para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva. E dessa forma, também contradiz a tradição que regulamenta e normatiza – no sentido repressivo e discriminador – a sexualidade e a reprodução. Contradizem também uma “modernidade” mercadológica que propõe uma concepção de sexualidade e de reprodução livres com base na lógica do mercado, a partir da qual todas as relações da vida social são reduzidas a operações mercantilistas. Os agentes dessa ideologia de mercado produzem um discurso que perverte o sentido da cidadania ao colocar o consumo como a nova forma de acesso à liberdade, reduzindo o sentido da vida à possibilidade de consumir. (ÁVILA. Maria. 2003, S466).

Direitos sexuais, são direitos a uma vida sexual com prazer e livre de discriminação”. Incluem o direito: – de viver a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos.

– De viver a sua sexualidade independente do estado civil, idade ou condição física.

– A escolher o/a parceiro/a sexual sem discriminações; e com liberdade e autonomia para expressar sua orientação sexual se assim desejar.

– De viver a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção; e com o respeito pleno pela integridade corporal do/a outro/a.

– Praticar a sexualidade independente de penetração.

– A insistir sobre a prática do sexo seguro para prevenir gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/AIDS.

– À saúde sexual, o qual exige o acesso a todo tipo de informação, educação e a serviços confidenciais de alta qualidade sobre sexualidade e saúde sexual (SOS CORPO – GÊNERO E CIDADANIA. Conversando sobre direitos sexuais e reprodutivos. Série saúde preventiva. Disponível: <http://www.soscorpo.org.br/download/direitos.pdf> apud DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004, p. 9).

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência[...] (Hera: Health, Empowerment, Rights & Accountability. Empoderamento das Mulheres. In: Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres. Ideias para ação. New York, USA: Hera, apud DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004, p. 9).

Incluem o direito:

- Individual de mulheres e homens em decidir sobre se querem, ou não, ter filhos/as, em que momento de suas vidas e quantos/as filhos/as desejam ter.
- De tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.
- De homens e mulheres participarem com iguais responsabilidades na criação dos/as filhos/as.
- A serviços de saúde pública de qualidade, e acessíveis, durante todas as etapas da vida.
- À adoção e ao tratamento para a infertilidade (SOS CORPO – GÊNERO E CIDADANIA. Conversando sobre direitos sexuais e reprodutivos. Série saúde preventiva. Disponível: <http://www.soscorpo.org.br/download/direitos.pdf> apud DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004, p. 9).

Segundo Ávila (2003), tratar os direitos sexuais e reprodutivos como dois campos separados é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si, e com várias outras dimensões da vida social. É também um reconhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada à sua autonomia de decisão na vida reprodutiva. Assim descrito na Lei 9263/96 contém em seu art. 9º estabelece a promoção da autonomia, pressuposto uma efetivação da desigualdade, gerando autonomia em ambos os aspectos, tanto perante a contracepção quanto à concepção:

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

É desafio do poder público reconhecer que as políticas de saúde voltadas para reprodução e sexualidade devem ser consideradas como parte das atribuições de um Estado laico e democrático, e, portanto, suas ações devem responder à garantia dos direitos da população, e neste sentido não podem ser formuladas nem implantadas segundo as normas e os preceitos, por exemplo, de qualquer religião. “Nossos corpos nos pertencem”, evidencia um sujeito de direito que se mostra e se desdobra para reforçar a liberdade da autonomia das mulheres, principalmente no que cabe os direitos reprodutivos, onde o Estado, sociedade e a religião, agem de forma a relativizar a sua liberdade, agindo com ordenamento e controle, que leva a opressão da livre escolha, limitando sua liberdade de autonomia sobre o próprio corpo (ÁVILA, 2003).

[...]Para que este controle social se efetue as mulheres são assemelhadas, pelos sistemas religiosos, às criaturas irracionais (ou de difícil autocontrole,

isto é, com grande capacidade de ocasionar o descontrole, ou como seres capazes de causar emoção em quem as circunda, inclusive pelos desejos que podem despertar (WEBER, 1964, p. 238).

No Brasil, o movimento de mulheres e o movimento feminista ganham espaço de reivindicação na esfera político-histórica em um período que antecede o final da ditadura militar.

A autora Oliveira (2005), explica as principais características dos movimentos que buscavam por meio de lutas o bem estar e o reconhecimento do corpo feminino. Os movimentos feministas tinham como principal embate a recusa da manipulação dos seus corpos pelo Estado, assim a luta frisava a autonomia de decisões cabíveis unicamente a mulher, com o uso do princípio “nosso corpo nos pertence”, conseqüentemente geram a política da opressão do sexo. Este movimento atuava com a política de autoconhecimento, tanto no que diz respeito ao próprio corpo, como também incentivava a resistência feminina sobre a dominação de gênero. Esse era o movimento das mulheres da classe média, onde a maioria sofreu opressões políticas durante a ditadura militar, mulheres que foram presas políticas, ou exiladas.

Já os movimentos populares de mulheres, era composto principalmente por donas de casa, e trabalhadoras com baixa remuneração, tinha como foco a melhoria de condições de vida para as mulheres e da comunidade que habitavam, as reivindicações partiam principalmente no âmbito da saúde, exigindo que o serviço prestado pelos profissionais da saúde fosse disponibilizado com qualidade. Ambos os grupos lutavam e ofereciam informações e conhecimentos às mulheres, com a intenção de melhorias na saúde da mulher e em grupos de auto ajuda, com a perspectiva de que a mulher fosse ouvida e seu corpo respeitado.

**Um recorte importante a fazer quando falamos de movimentos feministas é o do cotidiano, enquanto um espaço e tempo do social em que é possível inventar e recriar o social. Uma esfera vazia que se pode preencher com criatividade e outras possibilidades. O cotidiano seria uma trama tecida pela individualidade, isto é, um sujeito que nem é vontade absoluta, nem indivíduo atomizado, nem coletivo amorfo. É um espaço/ tempo social, onde todas/os e cada um tece os pontos, com a sua existência, para compor a teia e a trama das relações sociais de classe, de gênero, de raça e geração, todas transversalizadas pela mediação do poder. [...] Falar de movimento de mulheres e ou feminista nos remete ao que Foucault chamou de esferas microscópicas ou microcelulares e que Guatary chamou de territórios de singularização. O que então estou dizendo? Que embora os espaços do cotidiano não sejam ocupados só pelas mulheres, os feminismos**

explicitaram o cotidiano doméstico como um lugar onde começa o confinamento das mulheres. (OLIVEIRA, 2005).

O corpo feminino é, há anos, objeto de discussão na sociedade, em que os movimentos feministas buscam por meio de críticas aos mecanismos institucionais, desconstruir a desigualdade da historicidade de sujeito dominante sobre o corpo feminino, e desta forma esses movimentos visavam separar o conceito de sexualidade ao de reprodução.

Uma das ideias básicas do feminismo contemporâneo sobre o corpo, no seu momento inaugural, foi expressa pela máxima que nosso corpo nos pertence, na qual ele aparece como um dos elementos centrais das relações de poder entre os gêneros, no espaço público e privado. Este princípio – além de um grito coletivo de liberdade e tática de resistência – tratava de dar um novo significado ao corpo, ao questionar os corpos disciplinados e controlados; as sexualidades normalizadas, com base na experiência cotidiana da vida privada, que encontrava seu lócus na família conjugal heterossexual. Muito mais que uma luta pelo direito individual de dispor de seu próprio corpo, estava em jogo a manifestação das práticas de liberdade afrontando o controle social dos corpos mantidos sob o padrão de sexualidade vigente, celebrado no matrimônio ou na união consentida. (SCAVONE, 2010, p. 49).

O avanço da ciência médica na década de 60 a ampla comercialização de medicação anticoncepcional com a pílula contraceptiva e o DIU, proporcionou a mulher a escolha de métodos que iriam auxiliar na concepção indesejada, com isso o movimento feminista sempre buscou explanar ao maior número possível na intenção de garantir a liberdade de escolha da contracepção, sendo esse um direito para todas as mulheres. Mas vale salientar que em meio a novidade científica também ocorriam questionamentos fortes do movimento em relação aos impactos da contracepção no corpo e na saúde da mulher.

Para Scavone (2010, p.51), “a estratégia política do feminismo, para além da luta pelos direitos, consistia em resgatar a autonomia reprodutiva do corpo das mulheres com a finalidade de romper com o controle social do qual eles eram alvo”, se torna fundamental e indispensável o discurso feminista no âmbito político sobre o corpo, na luta da visibilidade contra o controle social ao qual é submetida, e principalmente reivindicar direitos que lhes darão a pratica da liberdade de escolha.

As feministas de então, ao clamarem pela (re)apropriação do ventre materno – “nosso ventre nos pertence”, que significava, sobretudo, escolher a maternidade e o seu momento, “um filho se eu quiser, quando eu quiser” – tratavam de assegurar o poder que lhes cabia na escolha da maternidade, na vivência da sexualidade, e no domínio de seus corpos. Afirmavam-se como sujeitos de sexualidade, de desejos, de diferenças, de direitos, de

liberdade, já que o poder da maternidade lhes foi conferido biológica e historicamente. Portanto, pretendiam romper com qualquer discurso impositivo sobre seus corpos, em busca da autonomia reprodutiva, ao reivindicarem a contracepção livre e gratuita, na França; ou, ao questionarem a imposição da forma que a contracepção lhes foi imposta pelas políticas demográficas, no Brasil (SCAVONE e BRETIN, 1994, apud SCAVONE, 2010, p. 51).

De modo que, as mulheres organizadas passaram a reivindicar, como sujeitos de direito, cujas necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionam a melhoria das condições de saúde em todas os aspectos da vida, condições essas inseridas nas particularidades dos diferentes grupos populacionais, nas condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, apensadas(Brasil, 2004, p.16).

### **2.3 Breve percurso histórico sobre a saúde da mulher no âmbito do programa de assistência integral à saúde da mulher - PAISM: Planejamento Familiar em questão**

Buscaremos compreender os fatores que reproduzem desigualdades no acesso a direitos entre homens e mulheres. Segundo Chagas (2005),

(...) pode-se dizer que o tema planejamento familiar no Brasil, em outros países periféricos e até em países de primeiro mundo, sempre esteve muito mais ligado ao controle populacional, ou seja, a programas de contracepção, do que a uma visão global de assistência e amparo à família em todas as fases de seu desenvolvimento, que era o seu objetivo inicial. Ainda hoje, visão global de assistência e amparo, que regulamenta o art.226 §7º, da CF/88, e trata sobre planejamento familiar, a tendência de privilegiar o aspecto contraceptivo, relegando a, segundo plano, a questão da fecundidade.

De acordo com dados emitidos pelo PNAD Contínua (2019), a população brasileira é composta na sua maioria por mulheres na proporção de 51,8% para 48,2% de homens (IBGE, 2019) e segundo dados estatísticos, as mulheres, apesar de viverem mais do que os homens, e serem a maioria na população brasileira, adoecem mais frequentemente. Essa situação é resultante das discriminações para além dos fatores biológicos, provenientes de várias direções (BRASIL; Ministério da Saúde, 2004, p.9).

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito

aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar. (BRASIL, 2004, p. 59).

Faz-se necessário esclarecer que a condição de saúde abrange diversos aspectos da vida, mas, quando discorremos sobre fatores condicionantes a saúde da mulher destaca-se aspectos relacionados às discriminações e às relações de trabalho, somando a isso as sobrecargas com as responsabilidades com o trabalho doméstico, agravando-se porque envolve outras variáveis, como raça, etnia e situação de pobreza, realçando ainda mais as desigualdades (BRASIL, 2004, p.9).

Há ainda as concepções que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino, onde o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva limitando à saúde da mulher à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero (COELHO, 2003, apud BRASIL; Ministério da Saúde, 2004, p.11). Porém, em sentido mais amplo, a saúde é, sobretudo, uma questão de cidadania e não um estado biológico, independente do contexto social.

Foi aí que, considerando todos os aspectos condicionantes da saúde, tanto do homem como da mulher, em 1994, na CIPD, a saúde reprodutiva foi definida como:

um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo (CIPD, 1994 apud BRASIL; 2004, p.11).

Foi nessa definição que o conceito de saúde da OMS tomou base, e as dimensões da sexualidade e da reprodução humana numa perspectiva de direitos. Dessa forma, em 12 de janeiro de 1996, foi sancionada a Lei n.º 9.263, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil e estabelece o seguinte em seu art. 2º;

Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996).

Este artigo tem como subseqüente o parágrafo único, "É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico", o que nos remete aos fatos que levaram a criação do planejamento familiar, um contexto histórico onde a política, a sociedade e principalmente a economia, que instiga ao interesse capitalista um controle demográfico, sobre o crescimento desordenado da população, sobretudo nas camadas menos favorecidas, ignorando que a realidade desta problemática não era o crescimento elevado da população e sim as necessidades básicas e social da mesma.

Sendo o precursor, os Estados Unidos na década de 60 iniciou estratégias de cooperação em políticas específicas que iria introduzir de forma massiva na população métodos anticoncepcionais, de forma autoritária controlar a natalidade. Torna-se importante ressaltar que esse programa tinha como público alvo as mulheres, o que demonstra a desigualdade de gênero e claramente impondo a mulher a responsabilidade da anticoncepção, sendo esta uma problemática persistente até os dias atuais.

No Brasil, a regulamentação da Lei 9.263, passou a ser considerada um avanço, do ponto de vista dos direitos reprodutivos, quando da sua regulamentação pretendia garantir o direito ao controle da fecundidade de forma segura com o apoio do Estado, e quanto aos procedimentos necessários utilizados no planejamento devem ser pautados na política pública de saúde, inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) (ALVARENGA E SCHOR, 1998).

No Brasil o planejamento familiar foi desenvolvido com o intuito de orientar e conscientizar a respeito da gravidez indesejada, visando diminuir a taxa de abortos e com isso diminuir também o índice de mortalidade materno e infantil, realizando intervenções na instituição familiar, e envolvendo programas de atenção básica à saúde do casal, a partir de 1998 iniciou medidas como a distribuição gratuita de métodos anticoncepcionais. Lemos (2014) afirma que, os direitos sexuais e reprodutivos são partes integrante dos direitos humanos e, basicamente, abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da contracepção auto decidida.

O planejamento familiar, entretanto, possui bases que notoriamente oprime a liberdade de escolha e decisões principalmente sobre o corpo feminino, podendo ser

destacado o Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; § 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges. Assunto que iremos retomar posteriormente no decorrer da pesquisa, detalhadamente.

## **2.4 Marcos das conquistas legais sobre a saúde da mulher e os Direitos**

### **Reprodutivos**

Na década de 60 diante da crise econômica e política surge a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), sendo uma organização não governamental, sem fins lucrativos com foco em ações sociais oferecendo assistência em saúde sexual e orientação voltado ao planejamento familiar, neste período ocorria uma grande inserção da mulher no mercado de trabalho, e a BEMFAM trabalhava de maneira a inserir na rotina das mulheres métodos contraceptivos, principalmente à pílula, através da distribuição gratuita.

A partir do ano de 1975 a mulher passa ter um pouco mais de atenção em políticas pública de saúde, com a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI), que possuía uma visão mais realista da realidade da população atendida, existindo critérios em relação de risco e de classe social, ao considerar a situação socioeconômica, tornando assim prioridade a classe marginalizada e carente. O PMI oferece também orientação sobre o planejamento familiar através de programas como; assistência materna, parto e puerpério; assistência à criança e ao adolescente; e expansão da assistência materno infantil com a integração de grupos comunitários.

Uma década posterior, o Ministério da saúde organiza o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM/MS/1984//MS/2004, sua criação contou com a participação fundamental dos movimentos de mulheres, feministas, movimento de mulheres negras, entre outras, com a ideologia e compromisso em

ações de saúde, integralidade e enfoque de gênero, com interesse em proporcionar a garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da morbimortalidade.

Anteriormente à criação do PAISM, á luz do pensamento crítico feminista, os programas eram duramente criticados por serem considerados apenas paliativos com que tratavam a mulher, oferecendo acesso a alguns cuidados de saúde apenas durante o período gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida.

Com a implantação do PAISM o programa passa a incluir ações preventivas para a ampla saúde da mulher, englobando todas as suas necessidades, como acompanhamento ginecológico, câncer de colo de útero e de mama, DST, planejamento familiar, e etc.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2004, p. 17).

Em 1992, a pesquisa nacional de avaliação do PAISM concluiu que “(...) a degradação qualitativa dos serviços de saúde agravada na última década, somada a ausência de priorização da saúde da mulher nas propostas de gestão, determinaram um caótico quadro da situação da assistência” (COSTA, 1992, apud COELHO(2000).

Apesar da crise, no ano de 2004, organiza-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM como resultado do diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher (Brasil, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2018) e tendo como referência o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher - PAISM, elaborado

em 1983, no contexto da redemocratização do país e com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial o movimento feminista.

O documento da PNAISM abrange, numa perspectiva de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca validar os avanços no relacionados aos 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. Enfatiza a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social. A PNAISM tem como ponto de vista o direito à saúde e o respeito às diretrizes do SUS para sua elaboração se baseou em algumas questões:

- Conceituar as ações de saúde da mulher como política e não mais como programa, por entender que, conceitualmente, o termo política é mais abrangente que o termo programa, para ressaltar a resposta governamental a determinados problemas de saúde de certos grupos específicos, neste caso as mulheres;
- Introduzir e visibilizar novas “necessidades” de saúde das mulheres, até então ausentes das políticas públicas;
- Introduzir ações para segmentos da população feminina, todavia sem visibilidade social;
- Definir fontes de recursos e responsabilidades nos diversos níveis do sistema, de acordo com as diretrizes do SUS e os instrumentos de gestão adotados pelo Ministério da Saúde; (...) (BRASIL, 2015, p.12)

Na formulação desta Política evidenciou-se também o pensamento crítico sobre a forma de tratamento ao atendimento às mulheres nos serviços de saúde, cujo enfoque foi criar um modelo de atenção que preservasse como princípio o respeito pelos direitos das usuárias. Essa nova proposta desconstrói o modelo de assistência predominante no sistema de saúde, que reproduz os mecanismos de dominação das mulheres e contribui para a sua subordinação e falta de autonomia. Seguem os objetivos gerais e específicos dessa política, onde a partir dela surgiram outras.

Objetivos Gerais: • Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro. • Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. • Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Objetivos Específicos: 1 Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras de infecção pelo HIV e outras DST. 2 Estimular

a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde. 3 Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes. 4 Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. 5 Promover, conjuntamente com o Departamento Nacional de DST/Aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina. 6 Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina. 7 Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero. 8 Implantar e implementar a atenção à saúde das mulheres no climatério. 9 Promover a atenção à saúde das mulheres idosas. 10 Promover a atenção à saúde das mulheres negras. 11 Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade. 12 Promover a atenção à saúde das mulheres indígenas. 13 Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão. 14 Fortalecer a participação e o controle sociais na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres (BRASIL, 2015).

Uma outra regulamentação no âmbito da saúde da mulher é a política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos/MS/2005, criada com responsabilidades e parcerias de diversos Ministérios, entre eles, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, da Educação, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, tendo como prioridade do governo a garantia dos direitos em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, a pessoas adultas e adolescentes.

É partir de 2006, através das políticas públicas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que a saúde sexual correlacionada com a saúde reprodutiva, passam a ser diretamente englobadas às ações educativas e preventivas, garantindo o acesso às informações e todo o acompanhamento necessário independente da escolha, seja ela a prevenção ou o planejamento de uma gestação, assim, torna-se público os métodos de concepção e contracepção, o controle de doenças sexualmente transmissíveis, a prevenção do câncer de mama, pênis e colo do útero, incluindo também o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e ao neonato, seguido do plano de qualificação obstétrica e pré-natal, chamado a Rede Cegonha, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil até os 2 anos posto em prática em 2011.

Esses serviços visam a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica, junto a assistência de Planejamento Familiar coberta pelas equipes do

Programa Saúde da Família (PSF), e regidas pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, são elas;

- O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.
- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.
- A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.
- As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.
- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde,

executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

– O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

– A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

– A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.

– As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o

interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.

– No processo de elaboração, execução e avaliação das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher.

– Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer – cabendo, portanto, às instâncias gestoras – melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.

– No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais.

– As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.

Apesar das conquistas de reconhecimento e deliberações em torno da saúde da mulher, a crise estrutural do capitalismo, respectivo neoliberalismo e como consequência, a precarização do SUS, o PAISM passa por sérios retrocessos.

Segundo Coelho (2000) atualmente, no país, é nítida a predominância de uma medicina que atende à lógica neoliberal, com expansão da assistência à saúde mercantilizada, através de modalidades discriminatórias, fazendo com que a população tenha como referência o subsistema privado de saúde. Para o subsistema público são destinados recursos limitados e a assistência assume caráter

filantrópico, negando a saúde como direito. Embora, atualmente, haja uma demanda crescente por parte da classe média, ainda é a classe pobre e politicamente menos fortalecida que mais se submete às mazelas de um serviço público que é paradoxalmente universal e excludente da maioria.

## **2.5 O Serviço Social no planejamento familiar**

O planejamento familiar dentro das políticas públicas de saúde conta com o trabalho fundamental de profissionais de diversas especialidades, o chamado grupo multidisciplinar, entre eles a fundamental colaboração do Serviço Social, que tem seu campo nas políticas sociais e competências prioritárias na defesa e na garantia de direitos sociais. Com isso o Serviço Social dentro do planejamento familiar tem um papel de mediador nas relações sociais, buscando efetivar o direito do usuário, fazendo uso de estratégias e atendimento humanizado e igualitário, principalmente quando tratamos das frustrações femininas diante a precariedade na visibilidade de desejos das mesmas.

A profissão é compreendida como o planejamento e gestão de políticas sociais e o compromisso com a sociedade civil, haja vista a Lei 8.662 de 1993:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; [...]

O assistente social fazendo parte de uma equipe possibilita a observação dos seus princípios ético-políticos, relatando a estrutura familiar e as necessidades de orientações, através de uma leitura da realidade e condições de vida dos usuários que fazem parte do planejamento familiar, e facilitando as informações dos serviços, tendo seu trabalho voltado a prática ideopolítica que regulamenta a profissão, nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde e nos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (LEI 8.080). De acordo com a Lei 8.662 de 1993;

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social

com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Diante da base de diretrizes da profissão o Assistente Social passa a atuar com uma postura crítica e investigativa mediante a realidade e os possíveis enfrentamentos, compreendendo a lógica fundamental da organização social capitalista, junto aos seus mecanismos de exploração e dominação, principalmente quando tratamos do corpo feminino. Entretanto, a efetivação do trabalho do profissional e dos direitos são constantemente violadas, e ignoradas através de uma conjuntura Neoliberal, com interesse mínimo para o social.

Além disso, é necessário que a equipe que assiste o usuário(a) no planejamento familiar, incorpore a assistência aos homens, implementando estratégias para que eles sejam mais atuantes nas ações de planejamento familiar e para que haja quebra dos paradigmas.

De acordo com Espinoza (2019 apud Mello (2012), o assistente social é um profissional que nesse campo informativo de assistência à saúde, auxilia nas questões, quanto ao acompanhamento, divulgação e promoção da saúde. Através do amplo conhecimento teórico e prático sobre as políticas públicas de saúde, em particular as do SUS, garante um atendimento completo e esclarecedor principalmente para a parcela da população que desconhece os métodos e procedimentos preventivos.

A Resolução CFESS nº 383 (1999), caracteriza o Assistente Social como profissional de saúde e com base no seu compromisso ético-político, teórico-metodológico e técnico-operacional desenvolva as principais ações na área da saúde como:

democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços e emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009 (CFESS, 2010, p. 44-45).

### **3 VIOLAÇÃO DO DIREITO E DA LIBERDADE: INTERVENÇÃO DO ESTADO NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS BÁSICOS E NO LIVRE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

No final do século XVII, no auge do mercantilismo, intensificou-se o desejo de muitos países aumentar a sua população, isto se deu ao fato da nova concepção estabelecida aos seres humanos, em que estes eram vistos como recursos naturais que trabalhavam e que criavam para o Estado (SPENGLER, 1965, p. 8 apud FEDERICI, 2017).

Foi a introdução da assistência pública o momento de mudança de rumo na mediação estatal entre trabalhadores/as e o capital, trazendo a percepção de que não se sustentaria o sistema capitalista regido exclusivamente por meio da fome e da violência. Assim, deu-se o “primeiro passo na construção do Estado como garantidor da relação entre as classes e como supervisor da reprodução e da disciplina da força de trabalho”. Com a aprovação do Estatuto dos Trabalhadores na Inglaterra, em 1351, ocasionou a renúncia a qualquer responsabilidade na reprodução dos trabalhadores pelos empregadores, com a certeza de que o Estado interviria por meio de recompensas ou punições, no enfrentamento das inevitáveis crises (FEDERICI, 2017).

Desse modo, um conjunto de medidas pró-natalistas foram adotadas pelo Estado acordadas com a assistência pública, na França e Inglaterra, a fim de formar uma política reprodutiva capitalista,

[...]aprovaram-se leis que bonificavam o casamento e penalizavam o celibato, inspiradas nas que foram adotadas no final do Império Romano com o mesmo propósito. Foi dada uma nova importância à família enquanto instituição-chave que assegurava a transmissão da propriedade e a reprodução da força de trabalho. Simultaneamente, observa-se o início do registro demográfico e da intervenção do Estado na supervisão da sexualidade, da procriação e da vida familiar. (FEDERICI, 2017, p.173).

Portanto, baseada nessa conjectura, deve a saúde pública oferecer os meios capazes de auxiliar as pessoas ao acesso direto e informativo, e conseqüentemente a exercerem livremente seu direito ao planejamento familiar, respeitando a autonomia de homens e mulheres que buscam esse recurso no sistema de saúde.

### **3.1 A inconstitucionalidade do Planejamento Familiar com relação ao direito à autonomia da mulher.**

A princípio, como visto, o Estado para atingir os objetivos, de restaurar a proporção populacional desejada à funcionalidade do lucro, lançou uma verdadeira guerra contra as mulheres. Formas de vigilância foram adotadas para assegurar que as mulheres não interrompessem a gravidez.

As mulheres eram punidas, na França, por um preceito legal de 1556, onde exigia que registrassem cada gravidez e sentenciava à morte aquelas cujos bebês morriam antes do batismo, não importando se fossem consideradas culpadas ou inocentes de sua morte. Estatutos semelhantes foram aprovados na Inglaterra e na Escócia entre 1624 e 1690. As mães solteiras eram espionadas e privadas a qualquer apoio, inclusive hospedar uma mulher grávida solteira era ilegal, por temor de que pudessem escapar da vigilância pública; e quem fizesse amizade com ela era exposto à crítica pública (WIESNER, 1993, pp. 51-2; OZMENT, 1983, p. 43 apud FEDERICI, 2017, p.176). “Uma das conseqüências de tudo isso foi que a mulheres começaram a ser processadas em grande escala e, nos séculos XVI e XVII, mais mulheres foram executadas por infanticídio do que por qualquer outro crime, sendo elas culpadas ou não.” (FEDERICI, 2017, p.176)

Além disso, as parteiras foram substituídas por médicos homens, essa decisão provinha mais do medo que as autoridades tinham do infanticídio. Com a

marginalização das parteiras, começou um processo pelo qual as mulheres perderam o controle que haviam exercido sobre a procriação, sendo reduzidas a um papel passivo no parto, atribuído aos médicos homens como aqueles que realmente davam vida. Com essa mudança, também teve início o predomínio de uma nova prática médica que, em caso de emergência, priorizava a vida do feto em detrimento da vida da mãe (FEDERICI, 2017, p.177).

Em países como a França e a Alemanha, as parteiras passaram a ser espiãs das mulheres à serviço do Estado, isso se quisessem continuar com as suas práticas. Tinham que informar sobre novos nascimentos, que descobrissem os pais de crianças nascidas fora do casamento e que examinassem as mulheres suspeitas de ter dado à luz em segredo e buscasse sinais de lactância entre elas, quando crianças eram abandonadas (WIESNER, 1933, p. 52 apud FEDERICI, 2017, p. 177).

O controle das mulheres se estendia até aos parentes, nas cidades protestantes, estes tinham que informar sobre todos os detalhes da sua vida sexual que achavam relevantes. Estes e outros conjuntos de regras resultaram na escravização da mulher à procriação, “[...]seus úteros se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista.” Semelhante ocorreu com as mulheres negras, após o fim do tráfico de escravos, em 1807, foram forçadas por seus senhores a se tornarem criadoras de novos trabalhadores.” (FEDERICI, 2017, p. 178). O corpo feminino assim foi transformado em objeto a serviço do capital, na reprodução e expansão da força trabalho, funcionando conforme controle e vontade exterior a elas, sendo forçadas a procriar contra a sua vontade.

Retomando a análise realizada por Federici (2017), sobre a acumulação primitiva, ela verifica que Marx nunca reconheceu que a procriação poderia se tornar um terreno de exploração e, pela mesma razão, um terreno de resistência. Marx nunca imaginou que as mulheres pudessem se recusar a reproduzir ou que esta recusa pudesse se transformar em parte da luta de classes. Ele apenas comenta no Manifesto comunista acerca do uso das mulheres na família burguesa — como produtoras de herdeiros que garantiam a transmissão da propriedade familiar. Muito menos imaginou que os homens e as mulheres poderiam ter interesses distintos no que diz respeito a ter filhos, foi indiferente a esse processo, portanto, neutro dessa perspectiva de gênero.

Diante de todos esses fatos, conclui-se que o Estado não poupou esforços na sua tentativa de arrancar das mãos femininas o controle da reprodução e da determinação sobre onde, quando ou em que quantidade as crianças deveriam nascer.

A mulher sempre esteve submissa por várias gerações, sendo dependente e tendo sua vida em todos os âmbitos envolta a subordinação patriarcal, mas algumas conquistas vinham sendo encaminhadas principalmente no final da década de 80 , do século passado, quando movimentos feministas lutam em defesa dos direitos humanos das mulheres, mostrando voz para que modificações fossem feitas e incluídas na nova constituição, visto que as anteriores não contemplavam direitos de liberdade as mulheres as mantendo sob controle.

No período pré-1988, o movimento feminista foi de cunho fundamental para as conquistas constitucionais, com a elaboração da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, que enfatizavam as principais reivindicações das mulheres. Assim através de discussões e debates as cartas trouxeram resultados e a maioria das reivindicações foram incorporadas na constituição, tendo neste momento a isonomia jurídica do casal no âmbito da família, passa a ser proibido a discriminação da mulher no mercado de trabalho, a proteção da maternidade, e o reconhecimento do planejamento familiar como livre decisão do casal. Desse modo podemos enfatizar que o movimento feminista brasileiro, foi um ator fundamental nesse processo que ocasionou mudança legislativa e social da seguinte forma:

[...]denunciando desigualdades, propondo políticas públicas, atuando junto ao Poder Legislativo e, também, na interpretação da lei. Desde meados da década de 70, o movimento feminista brasileiro tem lutado em defesa da igualdade de direitos entre homens e mulheres, dos ideais de Direitos Humanos, defendendo a eliminação de todas as formas de discriminação, tanto nas leis como nas práticas sociais. De fato, a ação organizada do movimento de mulheres, no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, ensejou a conquista de inúmeros novos direitos e obrigações correlatas do Estado, tais como o reconhecimento da igualdade na família, o repúdio à violência doméstica, a igualdade entre filhos, o reconhecimento de direitos reprodutivos, etc. (BARSTED, 2001, p. 35).

As modificações ocorridas na sociedade após a constituição de 1988 são inúmeras, direitos garantidos, proteção e liberdade como pressupostos jurídicos e

políticos. Com isso, o Estado está presente no cotidiano da sociedade em destaque na família, agindo por meio de leis protetivas, políticas públicas de proteção, entre outras. A presença Estado, no entanto, rotineiramente ultrapassa o seu real papel tornando-se repressiva e invasiva ao livre arbítrio, ações notadas quando o Estado passa a regular condutas e vigiar condutas morais. Mesmo no presente, contrariando o que está previsto no artigo 226, parágrafo 7º, da Constituição Federal:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.(BRASIL,1988).

De forma geral, temos uma legislação direcionada a execução de políticas de controle da natalidade que garantam a todos o acesso por igual ao conhecimento, bem como aos métodos e as técnicas para a sua efetivação. Sendo assim;

[...]todas as questões referentes às técnicas de inseminação artificial e engenharia genética encontram guarida e embasamento nesse preceito. Todos os indivíduos têm direito fundamental à saúde sexual e reprodutiva, devendo o Estado tratar os distúrbios de função reprodutora como problema de saúde pública, garantindo acesso a tratamento de esterilidade e reprodução assistida, bem como zelar para que os cidadãos tenham amplo e livre discernimento acerca da decisão a respeito da família que pretendem formar (GOZZE, 2019).

O Estado como ente hierárquico tem por princípio a responsabilidade político-administrativa que deve agir de forma a resguardar a ordem e garantindo o bem estar social, organizando as relações interpessoais. O Estado se torna um agente regulador da conduta humana, e responsável em garantir a proteção dos indivíduos, em especial as crianças, adolescentes e pessoas idosas, mas esta intervenção, em princípio, deve ser de forma moderada, limitando-se a disponibilizar meios adequados para que a família se desenvolva com autonomia.

Dentro da esfera familiar o Estado não pode intervir no âmbito da autonomia privada do indivíduo e nas relações conjugais e afetivas, para esta efetivação surge o Princípio da Mínima Intervenção Estatal dentro do direito de família, encontrado no Código Civil Lei nº 10.406, Art. 1513 “É defeso a qualquer pessoa, de direito público ou privado, interferir na comunhão de vida instituída pela família”, assim garantir o direito de auto-organização da estrutura familiar, com base na razão moral individual

e na concepção humana, o casal poderá tomar suas decisões sem intervenção estatal, desde que não invada o direito alheio. No entanto, na prática o Estado segue a moral hegemônica da burguesia e normatiza a vida familiar, como por exemplo a não reconhecimento de determinados direitos em relações conjugais que ferem a referida moral. Observa-se que houve uma adaptação com o reconhecimento da união estável, uma forma mais prática, mas que não suprime a obrigatoriedade para que possa o casal desfrutar de direitos conjuntos, tais como: planos de saúde do companheiro e pensão pós-morte. No contexto do planejamento familiar esta invasão do Estado não se torna diferente.

Torna-se notório algumas inconstitucionalidades na Lei 9.263/96, referente a relação de poder exercida pelo Estado dentro do espaço família. Essa lei foi criada com intuito de regular o planejamento familiar por meio de diretrizes, no entanto, a realidade presente demonstra que há uma invasão a vida pessoal da cidadã e do cidadão e ultrapassa do que é o papel do Estado, “Tem-se, muitas vezes, a autonomia privada sendo limitada pelo poder estatal, sob uma justificativa travestida de asseguarção da dignidade da pessoa humana frente a direitos fundamentais indisponíveis” (SOUSA, 2021 p. 208).

Vê-se que faz-se referência ao casal mas que as decisões, nesse âmbito, incidem no corpo da mulher que gesta no seu corpo outro ser e é delegado ao “casal”, ou seja ao suposto “pai” decidir sobre métodos contraceptivos que só dizem respeito à saúde reprodutiva da mulher, como o caso da esterilização. Exige-se o consentimento do cônjuge para que possa ser realizada, Art. 10., § 5º, “Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges”.

Segue-se a perspectiva de Sousa (2021) ao alertar que

Não restam dúvidas de que o direito de não ter filhos advém de uma decisão autônoma, seja individual ou do casal, e, assim sendo, representa um sucedâneo dos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, os quais são expressos no texto constitucional. Além de ser extraído da dignidade humana, o direito de não ter filhos pode ser encontrado também no direito à intimidade e à saúde, seja ela no seu viés físico, psíquico ou qualquer outro. Assim, o direito de não ter filhos não pode e não deve ser interpretado de forma tal que seu conteúdo se encontre exaurido, o que não é respeitado no caso concreto, já que a Lei n.º 9.263/96 atua de modo a limitar indevidamente o direito de disposição do próprio corpo e a liberdade de reprodução (SOUSA, 2021, p. 217-218).

Esta imposição do Estado é um inegável flagrante de limitação ao direito à liberdade ao próprio corpo da mulher que , ao decidir optar pelo método da

esterilização, forcem a mulher a se enquadrar, para que possa ser realizada a esterilização voluntária, além de se fazer necessário ter 25 anos e dois filhos vivos, e passar por acompanhamento de aconselhamento com equipe multidisciplinar. Essas normas tendem a desencorajar a prática, pois se tornam obstáculos no acesso ao procedimento. Para Sousa (2021) “outra razão diz respeito ao direito que o indivíduo tem de decidir sobre o seu próprio corpo, isto é, uma autodeterminação na sua faceta física - como, quando, onde e por que se quer modificar o corpo.”

As normas impostas pelo Estado, mesmo trazendo a retórica do princípio da igualdade para o homem e para a mulher, tem uma proporção distinta para a mulher, visto que mesmo recaindo sobre a mesma a responsabilidade da anticoncepção a mulher não possui as mesmas condições de liberdade e poder dentro do relacionamento e da família.

Exigir o consentimento de um terceiro, seja ele companheiro ou Estado, em uma decisão que cabe e é de total interesse da mulher fere sua dignidade e liberdade. Para Ávila (2003, p.2) “Considero de grande importância tratar esses direitos no sentido libertário e igualitário, e não no sentido prescritivo de constituição de um modelo e regras para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva”.

Seguindo com a expressa exigência da autorização firmada em cartório do cônjuge para a realização da esterilização voluntária é possível notar mais uma vez a incompatibilidade das normas jurídicas ao analisar a Lei Maria da Penha, que reconhece como violência o impedimento do uso de qualquer método contraceptivo.

Lei nº 11.340 de 2006 – Lei Maria da Penha;

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos[...]. (BRASIL,1988)

No Art. 10 da supracitada lei conta parágrafo que não expressa clareza nem motivação para a proibição do mesmo, sendo ele: § 2º “É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores”. O parágrafo em questão gera uma falta de informação, qual razão leva a proibição da laqueadura durante o ato cirúrgico do parto, visto que a mulher já encontra-se preparada para o procedimento e que durante o pré-natal teria o tempo hábil para a realização do acompanhamento com a equipe multidisciplinar do planejamento familiar podendo tomar uma decisão consciente, o inquietamento surge exatamente por a lei não esclarece os motivos e fundamentos que levaram à proibição, se a realização do procedimento pode vir a trazer riscos à saúde da mulher ou se advém de recomendações médicas, ela apenas proíbe.

A Lei vai além, criando algumas figuras penais: realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido na indigitada Lei; deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar; induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica; e exigir atestado de esterilização para qualquer fim. As penas variam de seis meses a oito anos, dependendo da conduta, podendo ser de detenção ou reclusão, estendendo seus efeitos de igual maneira aos gestores e aos responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos na legislação, além de multa e outras penalidades administrativas. (Sousa, 2021, p. 216-217).

Vale salientar que nos casos que envolvem algum risco à saúde e vida da mulher a esterilização é permitida, independente da idade ou quantidade de filhos, sendo esta decisão de total responsabilidade da equipe médica, segundo o Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Esta proibição, sem esclarecimento, gera à mulher um transtorno emocional e físico, ela assume os riscos de uma cirurgia para a realização do parto, tem a necessidade dos cuidados e repouso necessário para a recuperação do procedimento e após a sua recuperação dentro do prazo de quarenta e cinco dias estará apta perante a lei para realizar o procedimento de esterilização, expor seu corpo e sua saúde novamente em um novo procedimento, uma nova incisão aos efeitos das anestésias e medicações pós cirúrgicas. Contando ainda com os transtornos que a mulher vem a ter referente a sua dinâmica e atividades no

cotidiano da sua vida que serão pausadas em dois momentos para a recuperação. Assim mais uma vez a burocracia e as leis invasivas na liberdade de escolha impõe obstáculos que levam a mulher a desistir do procedimento, pois a mesma não pode se abster dos afazeres domésticos, ou do trabalho remunerado para a realização de um segundo procedimento.

Como vimos, os direitos fundamentais não são intangíveis. Encontram-se suscetíveis a restrições. No entanto, poderão ocorrer abusos no processo de estabelecimento de restrição aos direitos fundamentais.. Notadamente poderá suceder que às vezes a lei restritiva em vez de limitar o âmbito de proteção do direito fundamental acaba descaracterizando ou até mesmo aniquilando o direito fundamental, inviabilizando o seu exercício na vida social. Tal seria o caso da lei que a pretexto de regulamentar o direito fundamental de greve (CF, art. 9º) determinasse rigorosas exigências que impedissem, na prática, a fruição desse direito fundamental pelos trabalhadores (FARIAS, 2000, p. 67-82, apud SOUSA, 2021 p. 220).

Nesta linha, entende-se que a decisão de gerar filhos , ou não, deve ser tomada sem restrições, pois faz parte da autonomia privada e da intimidade da mulher. O Estado e o homem passam a ter poder sobre o corpo da mulher, não podendo o Estado ser um mediador do fenômeno de auto regulação. Sendo assim, a responsabilidade do Estado e sua função de disponibilizar recursos a saúde, e a educação, para que todo indivíduo seja capaz de tomar decisões de maneira consciente e clara, não são cumpridas.

Vê-se que quando as mulheres conseguem se adequar aos requisitos da lei ainda enfrentam dificuldades para a realização do procedimento da esterilização devido a burocracia e longa fila de espera visto que a maioria recorre ao Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo dados da revista Gênero e Número (2022), no período entre os anos de 2019 e 2021, houve uma diminuição na realização da esterilização voluntária entre os anos de 2019 com 39.917 cirurgias realizadas, e em 2021 registradas 20.837, sendo em sua maioria mulheres negras a realizar o procedimento, sendo um total de 2.804 Negras; 990 Brancas; 36 Indígena; e 24 Amarela, a pesquisa supracitada ainda detalha as porcentagens referentes ao estado civil das mulher que realizaram o procedimento, e a faixa etária, onde mulheres de 18 a 29 um total de 316; de 30 a 39 total de 1.517; de 40 a 49 total de 1.723; de 50 a 59 total de 287; 60 anos ou mais um total de 11.

Figura 1 – Representação do percentual segundo o estado civil das mulheres que realizaram o procedimento cirúrgico de esterilização voluntária



**FONTE:** REVISTA GÊNERO NÚMERO apud PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE(2019).

Não há dúvida que o planejamento familiar tem uma importância significativa na conjuntura das políticas públicas, suas técnicas são de suma importância para o direito sexual e reprodutivo da mulher, na sua garantia de escolher o melhor momento da gravidez mediante ao uso consciente dos métodos contraceptivos,

também permitindo um acompanhamento adequado durante a gestação e puerpério. Além disso, leva à conscientização básica a respeito do que é mesmo planejar a sua saúde sexual e reprodutiva e conseqüentemente, a formação da sua família, e não puramente lidar com a realidade que se impõe, imediatista, e desorganizada. Logo, o pleno funcionamento do direito ao livre planejamento familiar deveria abarcar, desde a concepção, garantindo o acesso ao acompanhamento da gestação, pré-natal e os demais cuidados que a gestante e a criança devem ter, além do acompanhamento necessário e regular do desenvolvimento da criança após o seu nascimento, posteriormente, acompanhamento pediátrico, acesso a imunização, creches, educação, moradia, como também, aos direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) e que também são desrespeitados (IBDFAM, 2019).

Para que se adeque a realidade das usuárias(os) sendo assertivo para as necessidades de todas as classes, a Lei 9.263 do planejamento familiar necessita da revisão de alguns dispositivos, levando-se em conta que a mesma viola o princípio da autodeterminação pessoal e fere a dignidade da pessoa humana.

### **3.2 O planejamento familiar base sob influência das desigualdades de gênero e no acúmulo da responsabilidade feminina**

À partir de então, pretendemos destacar a Lei 9.263/96 a qual regula o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Antes se faz necessário retomar apontamentos já registrados sobre o lugar ocupado pelo corpo feminino na sociedade capitalista e as diversas situações punitivas como forma de controle social sofridas durante a história, principalmente nos períodos anteriores aos direitos humanos e aos direitos das mulheres. O Presidente da república Fernando Henrique Cardoso sancionou em 1988 a seguinte Lei, decretada pelo Congresso Nacional :

CAPÍTULO I DO PLANEJAMENTO FAMILIAR Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei. Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. Art. 3º 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. Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: I - a assistência à concepção e contracepção; II - o atendimento pré-natal; III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis; ~~V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e de câncer de pênis.~~ V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. (Redação dada pela Lei nº 13.045, de 2014) Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva. Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde. Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar. Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde. Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde. Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia. Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997) I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. § 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. § 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. § 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou

incapacidade mental temporária ou permanente. § 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia. § 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges. § 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei. Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997 Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica. Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins. Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar. Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

CAPÍTULO II DOS CRIMES E DAS PENALIDADES Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997 Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave. Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada: I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei. II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente; III - através de histerectomia e ooforectomia; IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial; V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização. Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar. Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa. Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica. Pena - reclusão, de um a dois anos. Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956. Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim. Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa. Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes: I - se particular a instituição: a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados; b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista; II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades. Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º. Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação. Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário. Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República. FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Adib Jatene* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996 (BRASIL, 1998).

Por séculos as mulheres vivem uma realidade de submissão, mas nada se compara as atrocidades acometidas contra as mulheres durante o período medieval e início do capitalismo comercial, marcado por grande influência da igreja católica na sociedade e os interesses da burguesia ascendente, agindo com interpretações do que era correto para o desenvolvimento moral da sociedade, diante disto, toda e qualquer conduta que fosse contra a igreja era considerada heresia, assim as mulheres que questionavam o sistema eram automaticamente chamadas de bruxas, iniciando uma verdadeira caçada e um genocídio contra a natureza feminina.

Na Europa durante o surgimento da idade moderna, fim do domínio feudal e a ascensão da burguesia comercial, deu-se início a Inquisição, que utilizou da fogueira como meio de repressão a milhares de mulheres condenadas por bruxaria. A utilização de mitos como, uso de feitiços, levou uma sociedade a perseguir, torturar e executar mulheres inocentes, pelo simples fato de ser mulher e agir contra o ideário social, eram expostas e condenadas à morte ao serem queimadas vivas em fogueiras realizadas em praças públicas.

[...] centenas de milhares de mulheres tenham sido julgadas, torturadas, queimadas vivas ou enforcadas, acusadas de terem vendido seu corpo e sua alma ao demônio e, por meios mágicos, assassinado inúmeras crianças, sugado seu sangue, fabricado poções com sua carne, causado a morte de seus vizinhos, destruído gado e cultivos, provocado tempestades e realizado muitas outras abominações. (FEDERICI, 304-305)

Para Federici (2017) as circunstâncias históricas específicas em que a perseguição de bruxas se desenvolveu e as razões pelas quais o surgimento do capitalismo usufruiu da inquisição e da apropriação violenta do corpo de mulheres , no contexto da crise demográfica e econômica dos séculos XVI e XVII e das políticas de terra e trabalho da era mercantilista. Em distintos países europeus, sob a ordem patriarcal dos corpos das mulheres, seu trabalho e sua autonomia sexual e reprodutiva foi colocada sob o controle do Estado e transformada em recursos sob a sujeição aos homens.

Independentemente da sua posição social, as mulheres sempre foram expostas aos “castigos”, como forma de punições, os mesmos sendo de total responsabilidade dos homens, sendo eles pais, irmãos, esposos, etc. Essas punições eram variadas, porém sempre com intuito de humilhar a figura feminina e colocá-la em total submissão masculina, tendo como exemplos destas punições, a

“rédea da implicante” uma mordaça de ferro colocada no rosto da mulher que era considerada fofqueira, implicante, ou que simplesmente falavam demais, outro era “a caminhada da vergonha” onde a mulher era exposta a rua, vestida apenas com peças íntimas da época, era julgada e apedrejada durante o percurso, pois o marido a teria considerado “megera”. Da mesma forma o corpo feminino,

A retrospectiva destes fatos só ressalta de forma gritante a desigualdade de gênero existente desde os primórdios das civilizações, e o quanto a voz feminina foi calada de forma agressiva. Modificações e conquistas foram adquiridas com o passar dos séculos e hoje a sociedade conta com os direitos humanos garantidos por lei, e os direitos das mulheres, que limitam consideravelmente o controle do homem sobre a mulher, visto que a desigualdade de gênero existente na sociedade ainda é um reflexo da dominação patriarcal.

Entretanto, a história da mulher não se resume apenas às opressões sofridas, e às que no cotidiano atual ainda sofrem, mas faz jus à luta. É de suma importância destacar os principais eventos e documentos históricos que as conquistas dos direitos das mulheres, para destruir os preconceitos e discriminações sofridas:

- França 1791 – Olympe de Gouges publicou a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã criticando a exclusão da mulher nos documentos oficiais da Revolução Francesa.
- Nova York 1848 – Elizabeth Cady Stanton e Lucretia Mott, organizaram a Primeira Convenção dos Direitos da Mulher, criticando a exclusão das mulheres.
- Nova Zelândia 1893 – tornou-se o primeiro país da história a legalizar o voto feminino.
- 1911 – Ano em que o dia 8 de março foi dado como Dia Internacional da Mulher.
- Egito 1920 – médicos realizam a primeira campanha contra a mutilação genital feminina (MGF).
- Irlanda 1945 – greve realizada por 1.500 lavadeiras, consegue obter o direito a ter duas semanas de férias anuais.
- 1946 – Eleanor Roosevelt realiza discurso na Assembleia Geral da ONU, reivindicando que mulheres tenham maior envolvimento em assuntos nacionais e internacionais.
- República Dominicana 1960 – Mineva, Maria Teresa e Pátria são brutalmente assassinadas por protestarem contra a ditadura de Rafael Trujillo. O dia 25 de novembro ficou marcado como um dia de consciência na luta pelo fim da violência contra as mulheres.
- México 1975 – foi realizada a primeira Conferência Mundial da Mulher pela ONU, iniciado a “Década da Mulher”.
- 1979 – É aprovada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) da ONU. Este é um dos mais importantes instrumentos internacionais de proteção às mulheres até hoje.

- 1993 – É aprovada a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres pela Assembleia Geral da ONU, sendo o primeiro instrumento internacional a apresentar de forma explícita uma definição sobre a violência contra as mulheres.
- 1995 – Como resolução da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, é publicada a Declaração de Beijing, servindo um guia de boas práticas para o estabelecimento da igualdade entre homens e mulheres no mundo.
- 2000 – O Conselho de Segurança da ONU adota a Resolução 1325, reconhecendo pela primeira vez que as mulheres são impactadas de maneiras diferentes por guerras e clama pela participação feminina na prevenção e resolução de conflitos.
- 2015 – A igualdade de gênero é colocada como uma das metas para ser atingida até 2030 nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecidos pela ONU.
- 2017 – Entre 3.5 e 5.5 milhões de pessoas participam da “marcha das mulheres” ao redor do mundo. ( EQUIDADE.,2021).

Os acontecimentos históricos discutidos são de suma importância para o reconhecimento da luta das mulheres sobre a necessidade real de visibilidade e principalmente de respeito ao seu corpo, e para indagar que com o passar dos anos ocorreram inúmeras modificações sociais referente ao tratamento da mulher, que foram consequências das lutas supracitadas, no entanto as diretrizes impostas por leis em alguns momentos ferem a dignidade da livre escolha, vai em contra partida de alguns preceitos constitucionais, como o direito à liberdade, autonomia, igualdade, o que leva a pensar que nos dias atuais a mulher continua sendo submissa aos desmandos do Estado, ou cônjuge, e o não cumprimento pode levá-la a punições.

A ideia do planejamento familiar já se manifestava nos primórdios do Brasil colonial, período compreendido entre o século XVI até o início do século XIX, a igreja foi a instituição que praticamente construiu o ideário social que se pretendia, e uma das decisões era que as mulheres fossem impedidas de assumir outro papel que não fosse determinado pela vida familiar. (PRIORI, 1993 apud COSTA, 1999, p. 322).

A mentalidade androcêntrica<sup>3</sup>, adotada pela igreja, segundo a antropologia, se trata de uma tendência onde assume o masculino como único modelo de representação coletiva, tendo os comportamentos, pensamentos ou experiências, associados ao sexo masculino, os que devem ser tidos como padrão, estimulava as mulheres à obediência e servidão aos homens. Incentivava a procriação de tantos filhos quantos fossem determinados por Deus ou pela natureza. A medicina foi a

---

<sup>3</sup> O homem como modelo ideal do humano.

grande aliada da igreja nesse propósito, onde padres e médicos tinham acesso a mulher na sua intimidade, um com o propósito de cuidar da alma, outro do corpo, marcados por uma violenta intervenção nas vidas privadas. Como resultado, a imagem da mulher tinha que se adequar aos interesses da Igreja. A prática sexual serviria somente para a procriação (COSTA, 1999, p. 323).

As penalidades impostas à mulher na vida conjugal, nesse período, colocavam o sofrimento proveniente do parto, como purificador e redentor dos pecados, e as mulheres infecundas eram consideradas amaldiçoadas por não terem como reverter o pecado com a pureza da gravidez (ibid, p. 323).

Foi a partir da década de 60, sob forte influência e inspiração do feminismo internacional, adquirida com a introdução da pílula no processo contraceptivo no Brasil, quando as mulheres rompem gradativamente com o exclusivo papel social que lhe era designado, como a maternidade e a profissão de dona de casa. Crescia a presença feminina no mercado de trabalho, nas universidades, desconstruindo a cultura androcêntrica criada pela igreja. Passam a ver a procriação desvinculada da vivência sexual, através do controle da fecundidade (COSTA, 1999, p. 326)

No Brasil, muitas das demandas do Movimento das Mulheres foram introduzidas na Constituição Federal de 1988. No âmbito familiar certificou a igualdade entre os cônjuges e as novas características da instituição familiar, tanto da união estável entre o homem e a mulher como a formada por qualquer um dos pais e seus descendentes (comunidade), como também, assumiu o compromisso de reprimir a violência nessas relações através de mecanismos adotados (BARSTED; Questões da saúde reprodutiva, 1999, p.61).

Os avanços e conquistas sociais adquiridos após a constituição de 1988, infelizmente não são o suficiente para apagar a memória viva e histórica da submissão feminina, sempre alimentada pela desigualdade de gênero dentro das relações socioculturais, onde os homens asseguram controle sobre o corpo feminino no que se refere a força de trabalho, a reprodução e o prazer, e independente dos avanços ainda há, a existência massiva da responsabilização da figura feminina dentro do grupo familiar e no planejamento familiar, sendo ela a responsável por gerar e cuidar, pois são destinadas a esfera do ambiente doméstico. Assim a cultura

patriarcal determina que a mulher deve ser maternal, e por ser geneticamente a responsável por procriar, é de sua inteira responsabilidade engravidar ou evitar, sendo a contracepção responsabilidade unicamente sua, enquanto o homem é fruto do mundo produtivo, assumindo o papel de provedor da casa, e se abstendo de se envolver no planejamento familiar.

As nítidas formas da desigualdade de gênero são, as diferenças econômicas e políticas entre homem e a mulher dentro do mercado de trabalho, a mulher passa a dividir responsabilidades no sustento da família enquanto o homem não se faz presente nas tarefas do âmbito familiar e ainda tem o aval do Estado para decidir sobre o corpo da mulher.

A perpetuação da desigualdade vai além, quando a mulher passa a ter duplas jornadas de trabalho ao tentar conciliar, o trabalho comercial, e os cuidados com os filhos, tornando-se comum que deixem de trabalhar.

Na pesquisa realizada no ano de 2018 pela empresa Catho<sup>4</sup> ouvindo 2,3 mil pessoas, aponta que 30% das mulheres tendem a abrir mão do seu trabalho para cuidar dos filhos, em contrapartida o percentual de homens que fazem o mesmo é de apenas 7%. Atribuição que se fosse devidamente compartilhada e balanceada não necessitaria muitas vezes dessa tomada de decisão pela mulher, mas diante da situação que exige muito a presença dos pais, na educação e acompanhamento diário dos filhos, a mulher não vê outra escolha. De acordo com o princípio da paternidade responsável, a responsabilidade paternal começa na concepção e se estende até que seja necessário e justificável o acompanhamento dos filhos pelos pais, respeitando-se assim, o mandamento constitucional do art. 227 da Constituição Federal de 1988, que nada mais é do que uma garantia fundamental (FREITAS, 2014, grifo nosso). Conforme diz a lei:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob

---

<sup>4</sup> Ver:

<https://g1.globo.com/economia/concursos-e-emprego/noticia/2019/05/10/pesquisa-mostra-que-30percent-das-mulheres-deixam-trabalho-por-caoa-dos-filhos-homens-sao-7percent.ghtml>

a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

**Art. 227.** É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

**§ 1º** O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

**I** - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil; [...]

**VII** - programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

**§ 4º** A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

**§ 5º** A adoção será assistida pelo Poder Público, na forma da lei, que estabelecerá casos e condições de sua efetivação por parte de estrangeiros.

**§ 6º** Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.

**§ 7º** No atendimento dos direitos da criança e do adolescente levar-se-á em consideração o disposto no art. 204. [...]

A Carta Constitucional de 1988, além de considerar a família a base da sociedade no artigo 226, retomou o princípio da igualdade. Posto igualmente pelo homem e pela mulher (§ 5º do art. 226). Enfatiza o § 7º do mesmo artigo: Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal (FREITAS, 2014).

Dentro das competências do planejamento familiar as decisões que envolve o casal que devem ser de interesse mútuo e de constante compartilhamento como a escolha do método contraceptivo adequado para o casal, passa a ser de responsabilidade única da mulher, isto faz com que a mulher seja culpabilizada carregando consigo o mito social de que “a mulher só engravida se quiser”, o que foge totalmente da realidade.

A ausência do homem na responsabilidade contraceptiva desenvolve angústias na mulher por medo de uma gravidez não planejada. A ausência do mesmo também se faz durante todo o período do pré-natal, tornando mais uma vez a mulher responsável pelos cuidados gestacionais, esta ausência paterna aumenta

quando trata-se da gestação de mulheres negras e principalmente as que residem em áreas periféricas, e passam por vulnerabilidade social, ser uma mãe negra solo é uma consequência da “solidão da mulher negra”, agregada a falta de dedicação em políticas públicas do Estado que atendam as regiões em que residem, disponibilizando educação, cuidados e planejamento familiar.

A discussão sobre a obrigatoriedade da participação do homem no planejamento familiar já estava presente na IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), na cidade de Cairo em 1994, onde enfatizava a igualdade de gênero e a presença e participação do homem na efetiva tomada de responsabilidade nas questões reprodutivas, segundo o relatório (1994, 53):

Esforços especiais devem ser envidados para enfatizar a responsabilidade partilhada do homem e promover seu ativo envolvimento na paternidade responsável, no comportamento sexual e reprodutivo, inclusive o planejamento familiar; em cuidados pré-natais, maternos e infantis; na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV; na prevenção de gravidezes não desejadas e de alto risco; na contribuição partilhada para a renda familiar e seu controle; na educação, saúde e alimentação dos filhos e no reconhecimento e promoção de igual valor de filhos de ambos os sexos. As responsabilidades masculinas na vida de família devem ser incluídas na educação dos filhos desde a infância. A ênfase especial deve ser posta na prevenção da violência com mulheres e crianças.

A participação do homem na contracepção é limitada, diferente da mulher os homens contam basicamente com dois meios contraceptivos, sendo eles, o preservativo uma capa de borracha em látex e a vasectomia, ambas as formas de prevenção são na maioria das vezes rejeitadas, onde dentro do relacionamento o homem alega desconforto ao uso do preservativo e por conta do mito da possível diminuição do prazer sexual que rodeia a vasectomia, esse método também passa por rejeição dos homens. Esta situação possui maior propagação a depender do nível de vulnerabilidade social e educacional, maior se torna a propagação dos pensamentos machistas e baseados em mitos, tornando a mulher vítima de possíveis doenças sexualmente transmissíveis, ou tendo uma gravidez indesejada, caso não tenha o conhecimento e acompanhamento familiar para que possa se prevenir com outro meios contraceptivos.

Apesar do planejamento familiar (reprodutivo), como denominam alguns autores, é um terreno para ser habitado por homens e mulheres, no entanto, é nítido que a soberania participante constitui das mulheres. Isto caracteriza uma construção histórica de gênero, social e cultural, pela qual responsabiliza à mulher a decisão da contracepção (BRASIL, 2010; NOGUEIRA *et al.*, 2018 apud ESPINOZA; FRIDRICH, 2019). Essa relação é permeada por relação de poder, estabelecida de forma desigual constituindo uma hierarquização.

Constata-se que na maioria das vezes, a mulher tem que decidir sobre o método de contracepção, mesmo se tratando de que o planejamento familiar é um método de prevenção e de intervenção na saúde da família, deveria ser considerada a unidade familiar e não apenas a mulher. No entanto, o homem se coloca como desconhecedor (SANTOS; FREITAS, 2011 apud 2019).

Em contrapartida, no mercado científico existem inúmeros meios contraceptivos de uso feminino, o número desproporcional de métodos femininos comparado com os masculinos, só ressalta a responsabilização forçada atribuída à mulher na contracepção e no planejamento familiar. Os métodos disponíveis para as mulheres contendo as desvantagens e efeitos colaterais podem ser vistos na tabela abaixo, mas, deve-se considerar a seguinte questão exposta:

Não existe um método melhor que o outro, cada um tem vantagens e desvantagens. Assim como também não existe um método totalmente eficaz, todos têm uma probabilidade de falha. Dessa forma, um método pode ser adequado para uma pessoa e não para outra, por isso a pessoa deve procurar escolher o método mais adequado para si, seguindo a orientação de profissionais de saúde. É importante procurar um serviço de saúde antes de iniciar o uso de qualquer método anticoncepcional, pois existem situações em que determinados métodos não devem ser utilizados. Além disso, é necessário fazer acompanhamento periódico para verificar se o método está sendo utilizado corretamente e se houve o aparecimento de algum problema para o usuário (BRASIL, 2006 apud 2019).

Figura 2 – Métodos contraceptivos disponíveis para as mulheres contendo as desvantagens e efeitos colaterais

MÉTODO	DESvantAGEM	EFEITOS COLATERAIS
--------	-------------	--------------------

Pílula Anticoncepcional	embora seja um método bastante eficaz e seguro, a mulher precisa ser responsável e tomar um comprimido todos os dias à mesma hora, sem esquecimentos, para evitar a gravidez	Os mais comuns incluem náuseas, dor nas mamas, pequenas perdas de sangue fora da menstruação, diminuição do fluxo de sangue e sintomas de depressão. Além de outros efeitos tardios.
Implante Anticoncepcional	É um método mais caro e precisa de um profissional de saúde para ser colocado debaixo da pele.	Pode causar perdas de sangue irregulares, surgimento de manchas na pele, náuseas, dor de cabeça e variações de humor.
Dispositivo intrauterino (DIU)	precisa ser colocado por um profissional de saúde e em alguns casos pode levar ao aparecimento de anemia.	Pode causar dor durante alguns dias depois da colocação, levar a pequenas perdas de sangue nos meses seguintes e pode ainda aumentar o risco de infecções vaginais.
Camisinha	Algumas pessoas podem apresentar alergia ao material do preservativo, que normalmente é de látex.	Além do risco de alergia ao tipo de material do preservativo, não existem efeitos colaterais para o uso do preservativo.
Diafragma vaginal	precisa ser colocado no máximo até 30 minutos antes do contato íntimo e retirado 12 horas após a relação, devendo ser repetida todas as vezes que tiver contato íntimo, caso contrário não é eficaz.	não existem efeitos colaterais associados ao uso do diafragma vaginal.
Anel vaginal	Não protege contra DST's, pode levar a aumento do peso e não pode ser usado em vários casos, como problemas no fígado ou pressão alta.	em algumas mulheres pode causar dor abdominal, náuseas, diminuição da libido, períodos menstruais dolorosos e aumentar o risco de infecções vaginais.
Anticoncepcional injetável		O seu uso prolongado pode provocar atraso na fertilidade, aumento do apetite, o que pode conduzir ao aumento de peso, além de dores de cabeça, acne e queda de cabelo, por exemplo.

Laqueadura	A esterilização definitiva da mulher exige internamento por cerca de 2 dias e, normalmente, a recuperação demora cerca de 2 semanas.	
------------	--	--

FONTE: REVISTA TUA SAÚDE (2021).

Para Vieira (2015), “a mulher foi o sujeito eleito para ter sua condição social vitalmente controlada e biologicamente regrada”, a diferença na quantidade de métodos contraceptivos entre homens e mulheres só ressalta o quanto a sociedade patriarcal ao longo das décadas e dos avanços científicos tiveram sua base de dedicação voltada a manter a desigualdade de gênero, a maioria dos métodos contraceptivos afetam a vida e a saúde da mulher, entre mudanças corporal até procedimentos cirúrgicos, causando toda uma desorganização na rotina da mulher. Assim, percebemos que o planejamento familiar e algumas diretrizes da lei 9.263 não se fazem cumprir quando trata-se do comportamento do homem, ou da falta dele.

[...] a medicalização do corpo feminino se insere: um dispositivo social que relaciona questões políticas mais gerais, a partir de questões populares, aos cuidados individuais do corpo feminino, normalizando, administrando e regulando os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação da manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolve a reprodução humana, ao elaborar ideias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social. (VIEIRA, 2015, p. 24).

Existe um conjunto de fatores sociais que levam a ausência do homem no planejamento familiar, como já citadas os mitos que permeiam procedimentos cirúrgicos, a falta de conhecimento referente ao planejamento familiar, a vulnerabilidade social que impede o acesso às unidades de saúde, o baixo nível educacional, e etc, todos problemas que podem ser sanados com políticas públicas disponibilizada pelo Estado, mas que sofrem com uma sequência de precarização.

Quando no planejamento familiar se elege a reprodução como foco das questões femininas, esta prática visa muitas vezes a problemática do feminino social, relacionado à concepção e contracepção. Afasta-se de tratar e enfrentar, simultaneamente a reprodução, outros problemas da condição feminina, como os

fatores ligados a sexualidades e as patologias uterinas. A vida reprodutiva da mulher é apenas um dos processos da prática do planejamento familiar, também envolve a humanização, educação e informação, um programa que deveria estar fornecendo escolhas e informações, ao invés disso, baseia-se em um modelo que não constitui como prioridade e relevância a saúde e os direitos humanos (VIEIRA, 1999, p.75-76).

Defendemos a liberdade de escolha, mas acima de tudo, que seja dada a capacidade e condição de escolher. Diante da dificuldade que enfrentam os serviços públicos de saúde na oferta de métodos contraceptivos, acabam por colocar as mulheres diante de uma decisão difícil a se tomar, e muitas vezes recorrem à esterilização, não vêem outra alternativa ao recair sobre elas exclusivamente a responsabilidade da procriação. De acordo com Bercuó (1999) somente quando recursos de saúde reprodutiva estiverem disponíveis, permitirão que escolhas conscientes dêem às mulheres a possibilidade de pôr em ação seus direitos sexuais e reprodutivos.

Desse modo, o ritmo crescente da esterilização como método de alternativa contraceptiva, reflete a consolidação de uma cultura reprodutiva disseminada onde mesmo reconhecendo ao método definitivo fica o questionamento sobre a forma e a opção nas quais esta escolha se processa (COSTA, 1999, p. 332).

Houve um tempo em que muitos políticos praticavam a troca de votos por laqueadura, essa prática enfatiza o que foi falado anteriormente, a visão de resolução dos problemas socioeconômicos em detrimento da saúde da mulher, que por falta de instrução, dificuldade de acesso aos serviços de planejamento familiar, tinha nessa experiência sua única opção.

De um lado vemos as inúmeras responsabilidades sendo impostas às mulheres, e de outro as mesmas sendo oprimidas e tendo seus direitos violentados a depender das decisões tomadas, diferente da era medieval, hoje a mulher não é jogada na fogueira, no entanto sofre penalidades perante a lei, e perseguição social por meio de exclusão e das fortes críticas, sendo utilizado como instrumento de tortura as redes sociais, a humilhação e o jugamento agora atinge um número

absurdo de pessoas conectadas e prontas para hostilizar a mulher, a violência online tem forma de perseguição, assédio e abuso psicológico.

Vivemos em uma sociedade em que a mulher não tem o direito real sobre seu próprio corpo, destacamos realidades onde, para a realização de uma esterilização voluntária ao decidir não mais procriar, a mulher depende da autorização de um terceiro, sendo isto estipulado pelo Estado; o aborto é crime previsto no Código Penal de 1940, exceto em casos em que a vida da mãe corre riscos ou casos de estupro, nesta segunda opção a mulher a depender da situação ainda é obrigada a passar por constrangimento ao ser exposta ao jurídico para obter a autorização para a realização do procedimento; outro forma de violação do direito de liberdade da mulher se faz quando a mesma independente dos motivos não quer a criança fruto de uma gravidez não planejada e entrega o mesmo aos cuidados do Estado para adoção. Em todos os casos citados a mulher é penalizada socialmente, sofre discriminação e sente todo o peso da responsabilidade jogada sobre ela.

É por meio desse contexto que apreendemos melhor o mencionado conflito identitário, nossa pesquisa mostrou a hegemonia do homem condicionada ao sujeito mais “frágil”, ou socialmente dominada, como é o sujeito feminino. Definitivamente, homens e mulheres não têm igualmente participação no processo reprodutivo, considerando o volume de trabalho corporal empreendido para cada um, a reprodução é vista como parte do universo feminino.

### **3.3 O planejamento familiar: o que muda com a Lei nº 14.443/2022**

Viu-se que a opressão sofrida pelo corpo feminino advém de raízes profundas e antigas na história da humanidade, que em momentos tratadas como divinas por serem detentoras da capacidade de gerar vida, em outros tratadas como meras máquinas de reprodução na sociedade capitalista e opressora regida pelo patriarcado, tornando-se alheias de direitos e de voz ativa em decisões de cunho pessoal e único sobre o seu corpo e suas vontades. O planejamento familiar possui falhas em sua execução, onde junto com a sociedade machista isenta em grande parte a responsabilidade do homem na participação direta do planejamento familiar, sobrecarregando a mulher que mesmo estando a frente da família nas decisões em

que envolve cuidados à saúde, no uso de contraceptivos, gestação, pré-natal e educação dos filhos, etc, e mesmo sendo cobrada para assumir todas as responsabilidades sozinha, se ver presa a diretrizes legais e sujeita a necessidade de autorizações do companheiro para determinados procedimentos e ações que caberia unicamente ao seus direitos de liberdade e escolha de decisões sobre o próprio corpo.

Como visto, a Lei nº 9.263/93 é a base legal para as ações de planejamento familiar desenvolvidas pelo SUS, sendo que no dia 2 de setembro de 2022, foi sancionada a Lei nº 14.443/2022, que altera algumas regras da Lei do Planejamento Familiar facilitando o acesso à laqueadura e à vasectomia.

A Lei nº 14.443/2022, propõe as seguintes mudanças.

Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Ver tópico (22 documentos)

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** Esta Lei altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Ver tópico

**Art. 2º** A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, passa a vigorar com as seguintes alterações: Ver tópico

“Art. 9º .....

§ 0 .....

§ 2º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias.” (NR)

“Art. 10. ....

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;

§ 2º A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.

§ 5º (Revogado).

.....” (NR)

**Art. 3º** Fica revogado o § 5º do art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Ver tópico

**Art. 4º** Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial. Ver tópico

Brasília, 2 de setembro de 2022; 201º da Independência e 134º da República (BRASIL, 2022, grifo do autor).

A expectativa é que a nova regra possa contribuir para a autonomia da mulher e garantir a igualdade de gênero nesse aspecto. Essa mudança foi vista por especialistas como um grande avanço, visto que o formato antigo afronta ao princípio da autonomia da vontade, que a partir de então possam ser estabelecidos prazos que assegurem a efetividade ao direito.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve o objetivo de desvelar os componentes implicados no planejamento familiar, com intuito de visibilizar as estruturas ocultas do posicionamento do Estado frente a desigualdade de gênero no que tange a autonomia de escolhas e decisões no âmbito dos direitos reprodutivos. Nesse sentido, exploratório, à luz do pensamento crítico voltado para as raízes históricas das desigualdades de gênero, com o interesse de analisar os direitos da mulher no contexto do planejamento familiar.

Foi central a reflexão na violenta apropriação do corpo da mulher no decorrer da história e como esse corpo é apropriado de forma particular no modo de produção capitalista. O Estado legitima essa violência como visto no campo do planejamento familiar, negligenciando os direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Viu-se que as lutas do movimento feminista tiveram um papel muito importante na inclusão dos direitos reprodutivos na Constituição de 1988, instituindo o acesso ao planejamento familiar na esfera de direitos, tornando o Estado como provedor apesar das limitações do Estado capitalista, bem como, integrou no cenário político temas sobre a saúde da mulher.

As modificações ocorridas na sociedade após a constituição de 1988 foram inúmeras, garantia de direitos, proteção e liberdade. Com isso o Estado coloca-se no cotidiano da sociedade, em destaque na família, agindo por meio de leis protetivas, políticas públicas de proteção, entre outras. No entanto, o Estado rotineiramente descumpra na prática o seu real papel tornando-se repressivo e invasivo ao livre arbítrio, ações notadas quando o Estado passa a regular e vigiar condutas morais.

Verificou-se que o planejamento familiar na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, enquanto direito fundamental, ainda encontra inúmeros óbices à sua efetivação. O princípio do livre planejamento familiar no Brasil, há de percorrer um longo caminho até que possa ser plenamente acessado e exercido, como também o acesso aos muitos outros direitos fundamentais que o complementam, tais como o direito à vida, à liberdade e, principalmente a dignidade da pessoa humana. Entretanto, observando através da perspectiva histórica deve-se reconhecer o imenso avanço da mulher, especificamente na área da reprodução.

Sobre a discussão central levantada, pautada na falta de liberdade da mulher com relação à imposição da autorização do cônjuge para a realização do procedimento de esterilização definitiva, surge a inquietação sobre a contradição existente, onde é destinado ao cônjuge um “poder” de decisão sobre o corpo da (o) companheiro (a), e para o mesmo não é cobrado uma real participação durante todo o processo de planejamento familiar, em contrapartida a mulher subsiste em um contexto historicamente opressor que impõe a mesma a posição de principal responsável pela reprodução social e formação do núcleo familiar.

Isto evidencia os padrões determinantes da sociedade capitalista aliados à desinformação e à indisponibilidade dos métodos acessíveis à população, inviabilizando o planejamento familiar. O que temos são mulheres medicalizadas para a concepção, parto e contracepção, mas sem o efetivo acesso aos cuidados universais integrativos. Usa-se da tecnologia de forma errônea como solução em detrimento à educação que não privilegia a saúde e os direitos humanos, motivos apontados como determinantes da ampla utilização da esterilização. Portanto, efetivamente, o planejamento familiar não atende às necessidades da mulher, tudo leva ao pleno interesse do capital.

O que se espera é que o Estado, no livre planejamento familiar, promova, em favor da população, o acesso à informação e garantias acerca de seus direitos sexuais e reprodutivos, ao mesmo tempo, se abstenha de intervir nas escolhas íntimas dos cidadãos, possibilitando o exercício da autonomia e o planejamento familiar de forma efetiva, na perspectiva dos direitos da mulher.

O planejamento familiar é constituído por meios essenciais que levam à obtenção e a possível efetivação dos direitos reprodutivos e sexuais, tornando-se fundamental para a saúde reprodutiva, quando conduzido na perspectiva da equidade de gênero assegura a livre decisão do casal ou da mulher sobre ter, ou não, filhos.

Como visto, a Lei n. 9.263/93 trata do planejamento familiar e estabelece penalidades no país. Esta lei se encontra em vigor até a presente data e é a base legal para as ações de planejamento familiar desenvolvidas pelo SUS. Assim, através das informações obtidas com as pesquisas, percebemos a importância de

uma equipe multidisciplinar preparada para lidar com a disseminação do programa de forma abrangente na saúde e o quanto este trabalho é relevante no exercício da profissão do assistente social por fazer parte como autor desta equipe. O cuidado com a saúde do homem e a sua importância também deve ser incluída pelos profissionais no atendimento aos (às) usuários(as) do Planejamento Familiar, agindo de forma a atrair o comprometimento do mesmo ao programa e principalmente aos cuidados com a saúde, desmistificando tabus relacionados aos métodos contraceptivos masculino.

Diante de todas as questões explanadas torna-se necessário que discussões como esta sejam amplamente realizadas como forma de apontamento para que se possa averiguar como estão sendo desenvolvidos os programas subsidiados pelo poder público de saúde, com isso, serem analisadas estratégias para a melhoria e atendimento tornando-o humanizado e universal, assim como descrito na legislação do Sistema Único de Saúde. Desta forma, entendemos que para uma atenção que respeite os direitos das mulheres no planejamento familiar, torna-se necessário e imprescindível uma reestruturação nas diretrizes da lei 9.263/93 tendo em vista a realidade da sociedade, e conseqüentemente adequações nos programas e na capacitação efetiva dos profissionais de saúde para assistir de forma igualitária o casal.

Por fim, durante a elaboração do presente trabalho ocorreu no dia 10/08/2022 a aprovação do projeto PL 1941/2022 pelo senado, que dispensou a autorização do cônjuge para procedimentos de esterilização voluntária, com a aprovação, o projeto seguiu para sanção presidencial. O Plenário do Senado aprovou a proposta que modificou algumas diretrizes na lei 9.263/93, entre elas, a redução da idade que passa a ser de 21 anos para realização da laqueadura e da vasectomia. O procedimento de laqueadura poderá ser realizado durante o parto, mediante prévia comunicação de 60 dias, e a principal mudança será a não obrigatoriedade de autorização de ambos os cônjuges para a realização do procedimento. No dia 05 de Setembro de 2022 a lei que dispensa a autorização do cônjuge para a realização da esterilização voluntária foi sancionada pelo Presidente da República.

Conseqüentemente, a Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e passa a determinar prazo para oferecimento de

métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar junto a um acompanhamento adequado para a escolha do melhor método contraceptivo, e também será uma redução de riscos à saúde quando evita que a mulher passe por dois procedimentos cirúrgicos em um curto período de tempo. De acordo com o Art. 4º da própria legislação, a nova norma passa a vigorar após 180 dias da sua publicação oficial. Assim sendo, o novo texto começou a valer a partir do mês de março de 2023.

Estas modificações são conquistas, apesar das contradições, do reconhecimento das mulheres como sujeitos de direitos principalmente no que tange a tomada de decisão sobre o próprio corpo. Por conseguinte, analisamos o planejamento familiar sob a perspectiva de gênero até o limite da implantação da nova lei, por isso merece estudos adicionais, quanto à perspectiva a partir da sua efetivação.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, A. T.; SCHOR, N. **Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial**. Artigos. Saúde e Sociedade 1998; 7 (1): Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XnqbxbybTvchFfm6VRkfsYnD/?lang=pt>.
- AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade**. Coordenação Djamila Ribeiro. Belo Horizonte: Letramento, 2019.
- ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003, p. 02.
- BARSTED, Leila Linhares. **A Legislação civil sobre família no Brasil**. In: **As Mulheres e os Direitos Civis**. Coletânea Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: Cepia, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar. manual técnico**. 4º Edição, Série A. Normas e Manuais Técnicos: n,40. Brasília-DF -2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**, Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF 2004
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - PNPM**, Brasília - DF 2015, p. 09-12.
- BRASIL, 1997a. Lei ordinária 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 20 ago.
- BRASIL, 2022. LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022. **Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar**. Disponível em: Lei 14443/22 | Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, Presidência da República (jusbrasil.com.br)
- BRITO, Jeanne Gomes de. **Estado e Desenvolvimento no Pensamento de Octavio Ianni**. Perspectivas, São Paulo, v. 48, p. 155-181, jul./dez. 2016 Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/download/10911/7063/30364>
- CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. 10º ed. Revista atualizada. PDF.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais). Disponível em:

[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atualizacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 02/08/2022.

CHAGAS, Márcia Correia. **Tecnologias Médico Reprodutivas e Direito Fundamental ao Planejamento Familiar: pressupostos conceituais e normativos para uma reflexão bioética**. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Fortaleza.

COELHO, E. A. C. et al. **O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas de saúde: determinantes históricos**. Rev. Esc. Enf. USP, v.34, n.1, p.3744, mar 2000.

CORRÊA, Sonia; PERCHESKY, Rosalind. **Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva feminista**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1996.

COSTA A. M. Guilherme D., Silver L. D. **Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão**. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil 2006; 6 (1): 75-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a09v6n1.pdf>.

DEBORAH S. Degraff; RICHARD Anker. **GÊNERO, MERCADOS DE TRABALHO E O TRABALHO DAS MULHERES**. 2010

DEGRAFF, Débora. ANKER, Richard. **Gênero, mercado de trabalho e o trabalho das mulheres**. UFF, Rio de Janeiro, 2010.

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 9.

**EQUIDADE. A História dos Direitos das Mulheres**

Revista; Politize/Equidade/Direitos das Mulheres, 2021; Disponível em:

<https://www.politize.com.br/equidade/blogpost/historia-dos-direitos-das-mulheres/>.

ESPINOZA, Rosimary de F. L.; FRIDRICH, Antonio G. **A contribuição do Serviço Social no planejamento familiar de vasectomizados**. vol. 21, núm. 1, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense. Brasil, 2019.

FEDERICI, Sílvia. **Calibã e a bruxa: Mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Tradução Coletivo Sycorax. Julho de 2017.

FOLTER, R. **O que é Patriarcado?** Revista digital Politize! 2021: Disponível em: <https://www.politize.com.br/patriarcado/#:~:text=O%20patriarcado%20%C3%A9%20um%20sistema,homem%20branco%2C%20cisg%C3%AAnero%20e%20heteressexual>.

FREITAS, Danielli Xavier. **Princípio da Paternidade Responsável | Jusbrasil**. Disponível em: <https://daniellixavierfreitas.jusbrasil.com.br/noticias>, Última visita: 01/08/22

FREITAS, A. A.; CINTRA, S. V. **A violência contra a mulher negra**. Sociedade, Cultura, Patrimônio. VIV Encontro de Ensino de História. 2018. Disponível em:

<[https://eventos.ufu.br/sites/eventos.ufu.br/files/documentos/anelise\\_alves\\_freitas.pdf](https://eventos.ufu.br/sites/eventos.ufu.br/files/documentos/anelise_alves_freitas.pdf) >Acesso: 22/10/2022.

GALASTRO, Elizabeth Perez; MARCOLINO, Clarice. **As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no Planejamento familiar.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 3, p. 77-82, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n3/11502.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2022.

Gênero e Número. **Procedimentos de laqueadura caem e acesso esbarra em desinformação.** 2022. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/laqueadura-desinformacao/>

GIFFIN, K., and COSTA, SH., **orgs. Questões da saúde reprodutiva [online].** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. ISBN 85-85676-61-2. Available from SciELO Books. Acesso em: 08 jul. 2022

GOZZI, Camila M. **Princípio do livre planejamento familiar como direito-IBDFAM, 2019.** Disponível em: <https://ibdfam.org.br/artigos> Acesso: 25/07/22

GONZÁLEZ, Lélia. **Cultura, etnicidade e trabalho: efeitos linguísticos e políticos da exploração da mulher.** Rio de Janeiro. 2020

Hera: Health, Empowerment, Rights & Accountability. Empoderamento das Mulheres. In: **Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres. Ideias para ação.** New York, USA:S/D

IBDFAM. **Princípio do livre planejamento familiar como direito fundamental.** 2019:

Disponível em:

<https://ibdfam.org.br/artigos/1349/Princ%C3%ADpio+do+livre+planejamento+familiar+como+direito+fundamental>

LIRA, P. **MULHERES NEGRAS: DESIGUALDADE RACIAL E DE GÊNERO E AS POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS.** Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. ENPESS 2018.

MELLO, C. F. Q. de. O trabalho do assistente social no contexto hospitalar: uma análise na perspectiva do trabalho em equipe. 2012. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5120/1/000437427-Texto%2bCompleto-0.pdf>.

MENDES, A. C. V. **A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO ELEMENTO DA CULTURA E SOCIABILIDADES: SUAS MANIFESTAÇÕES HISTÓRICAS E ATUAIS.** Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social: ENPESS 2018.

OLIVEIRA, E. M. **Nosso Corpo nos Pertence: Uma Reflexão pós anos 70.** études féministes 2005. Disponível em: <https://www.labrys.net.br/labrys7/liberdade/leo.htm>

OLIVEIRA, F. **Saúde da População Negra 2001; Mortalidade Precoce de Afrodescendente no Brasil.** Em Recorte racial/étnico e a saúde das mulheres

negras 2000. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081\\_saude\\_popnegra.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081_saude_popnegra.pdf).

POULANTZAS, Nicos. **As classes sociais no capitalismo de hoje**. 1975.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004

SCAVONE, Lucila. **Nosso corpo nos pertence? discursos feministas do corpo**. *Gênero*, v. 2, p. 20-35, 2010.

SCOTT, J. (1995). **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. *Educação & Realidade*, <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article>, visualização em 22/05/2022.

SENADO FEDERAL. **Senado acaba com autorização obrigatória do cônjuge para laqueadura**. Rádio Senado 10/08/2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2022/08/10/senado-acaba-com-autorizacao-obrigatoria-do-conjuge-para-laqueadura>.

SOUSA, Lucas L. **Intervenção Indevida do Estado no Planejamento Familiar. Desafios e Reflexões Constitucionais: Contribuições para o Constitucionalismo Contemporâneo**. v. 1, p. 207-231, Ed. ESA Brasília - DF, 2021.

TAVASSI, Ana Paula C; RÊ, Eduardo; BARROSO, Mariana C; MARQUES, Mariana D. **A História dos Direitos das Mulheres**. Politize, Equidade, Direito das Mulheres. EQUIDADE, 2020.

THEOPHILO, Rebecca L.; RATTNER, Daphne; PEREIRA, Éverton L. **Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa**. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2017.

VERGÈS, Françoise. **Uma teoria feminista da violencia: por uma política antirracista da proteção**. Ubu Editora, 2020.