



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
CURSO DE MESTRADO

PEDRITA MARIA CARNEIRO ARAÚJO

**JUSTIÇA REPRODUTIVA E IGUALDADE DE GÊNERO: ANÁLISE DE
POLÍTICAS PÚBLICAS DECOLONIAIS NA EFETIVIDADE DOS DIREITOS
SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES**

FORTALEZA
2025

PEDRITA MARIA CARNEIRO ARAÚJO

JUSTIÇA REPRODUTIVA E IGUALDADE DE GÊNERO: ANÁLISE DE POLÍTICAS
PÚBLICAS DECOLONIAIS NA EFETIVIDADE DOS DIREITOS SEXUAIS E
REPRODUTIVOS DAS MULHERES

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito. Área de concentração: Constituição, Sociedade e Pensamento Jurídico.

Orientador: Profa. Dra. Ligia Maria Silva Melo de Casimiro.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Universidade Federal do Ceará Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A69j Araújo, Pedrita Maria Carneiro.
Justiça reprodutiva e igualdade de gênero: análise de políticas públicas decoloniais na efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres / Pedrita Maria Carneiro Araújo. – 2025.
106 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Programa de Pós- Graduação em Direito, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Ligia Maria Silva Melo de Casimiro.

1. Justiça Reprodutiva. 2. Feminismo. 3. Covid-19.. 4. Políticas públicas. 5. Decolonialidade. I. Título.

CDD 340

PEDRITA MARIA CARNEIRO ARAÚJO

JUSTIÇA REPRODUTIVA E IGUALDADE DE GÊNERO: ANÁLISE DE POLÍTICAS
PÚBLICAS DECOLONIAIS NA EFETIVIDADE DOS DIREITOS SEXUAIS E
REPRODUTIVOS DAS MULHERES

Dissertação apresentada à Coordenação
do Programa de Pós-Graduação em
Direito da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Direito.
Área de concentração: Constituição,
Sociedade e Pensamento Jurídico.

Aprovada em: 24/02/2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ligia Melo de Casimiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Raquel Coelho de Freitas
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Vivian Cristina Lima Lopes Valle
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Profa. Dra. Clarissa Sampaio Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus por ter me permitido mais uma conquista acadêmica e profissional, trazendo-me até a Universidade Federal do Ceará com uma pesquisa tão densa e sensível, mas me iluminando com o nível de academicismo, seriedade e indignação exatos para fazer jus à importância deste estudo, em tempos tão difíceis de agenda anti-gênero no Brasil.

Agradeço aos meus pais, Tatyana Carneiro e Pedro Henrique, pelo amor incondicional, por sonharem meus sonhos comigo, por nunca duvidarem de mim e por apoiarem todas as empreitadas que decido embarcar.

À minha avó Birtelis Carneiro, aos meus tios Cid Moura e Abílio Carneiro, à minha tia Teresa Carneiro, à minha irmã Maressa Megumi e à minha prima Rafaela Oliveira, pelo incentivo, pela confiança, pelo apoio e pelo amor.

Às minhas amigas, representadas em alguns nomes, como Laís Andrade, Amanda Vasconcelos, Hanna Rayssa e Larissa Matos, por serem minha família escolhida há tantos anos e já terem presenciado várias fases da minha vida, em que nós nos amamos e nos apoiamos em todas elas.

À minha amiga, parceira de pós-graduação e professora Carla Mariana, por ter me auxiliado desde o projeto de pesquisa que submeti a este programa até a dissertação que se segue, sendo uma peça basilar nos últimos dois anos e uma amiga muito valiosa.

À Defensoria Pública Geral do Estado do Ceará, por ter me mostrado o meu propósito e me ensinado o que é justiça social. Às defensoras públicas Natali Massilon, Monique Rocha e Yanayher Mydore, pela presença reconfortante, pela torcida e por serem meus grandes exemplos de servidoras públicas. À minha parceira de trabalho e amiga Bruna Lima, pela energia renovadora que trouxe para a minha vida.

À Janaína Aparecida Quirino, meu primeiro estudo de caso em violação de direitos reprodutivos femininos, de quem me lembrei todos os dias em que escrevi este trabalho. A todas as mulheres que são julgadas, humilhadas, violentadas, mortas e torturadas pelo sistema colonial, patriarcal, racista e misógino. Entrego esta pesquisa nas mãos do mundo acadêmico, torcendo para indignar

novos pesquisadores, contribuir com estudos feministas e com transformações sociais de emancipação feminina.

Aos professores deste Programa de Pós-Graduação, por toda a colaboração para o desenvolvimento desta pesquisa, pelos ensinamentos ministrados dentro e fora de sala de aula. Às professoras integrantes da banca examinadora, professoras Raquel Coelho, Vivian Lima e Clarissa Sampaio, por terem aceitado o convite à minha defesa, contribuindo com o meu crescimento profissional.

Mais especialmente, agradeço à Professora Lígia Melo, por ter aceitado a missão de ser minha orientadora e ter me auxiliado imensamente na construção deste estudo.

Por fim, agradeço a mim mesma, por sempre me permitir a indignação contra injustiças sociais, o que ocasiona estudos e momentos valiosos, como este.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral examinar o cenário da Justiça Reprodutiva no Brasil, centralizando a análise na efetividade das políticas públicas a ela correlatas, realizando o recorte temporal para o período pandêmico e, por fim, explorando como o feminismo decolonial auxilia na sua concretização. Para isso, inicialmente, analisa-se as contribuições dos movimentos feministas para o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como direitos humanos, nos organismos internacionais e nacionais. Em seguida, apresenta-se a interseccionalidade das vulnerabilidades sociais que o público feminino está exposto, construindo o conceito de Justiça Reprodutiva. Aponta-se também a desigualdade de gênero como uma questão política e compreende-se qual o cenário atual da saúde reprodutiva no Brasil, explorando a implementação das ações governamentais e quais os seus principais desafios. Em pós, realiza-se recorte temporal para a crise sanitária da COVID-19, demonstrando como um importante fator de agravamento da vulnerabilidade feminina. Apresenta-se, portanto, como a doutrina do feminismo decolonial pode auxiliar na efetividade da justiça reprodutiva, examinando como aplicá-la nas políticas públicas, averiguando o seu viés de aplicabilidade em todas as fases de estruturação destas. Para isso, é utilizada pesquisa de abordagem qualitativa, procedimentos bibliográfico e documental, de cunho descritivo, de resultado teórico e aplicabilidade mediata. Como resultado, tem-se que a decolonização da saúde é uma ferramenta essencial para a efetividade da justiça reprodutiva, mormente quanto à participação comunitária, humanização do parto e descriminalização da interrupção voluntária da gravidez, promovendo maior equidade e acessibilidade para o público feminino, com o reconhecimento de alteridades e subjetividades.

PALAVRAS-CHAVE: Justiça reprodutiva. Feminismo. Covid-19. Políticas públicas. Decolonialidade.

ABSTRACT

This study's general object is to analyze the scenario of Reproductive Justice in Brazil, focusing on the effectiveness of related public policies, focusing on the pandemic period, and finally exploring how decolonial feminism helps to implement it. To this end, it initially analyzes the contributions of feminist movements to the recognition of women's sexual and reproductive rights in international and national organizations. Then, presents the intersectionality of social vulnerabilities to which women are exposed, building the concept of Reproductive Justice. It then points out gender inequality as a political issue and explores the current scenario of reproductive health in Brazil, focusing on the pandemic period, in order to demonstrate the impermanence of women's rights in the national territory, addressing the main challenges of their implementation. Therefore, it is presented how the doctrine of decolonial feminism can assist in the effectiveness of reproductive justice, examining how to apply it in public policies, investigating its vision of applicability in all phases of their structuring. For this, qualitative research, bibliographic and documentary procedures, descriptive, with theoretical results and immediate applicability are used. As a result, the decolonization of health is an essential tool for the effectiveness of reproductive justice, especially in terms of community participation, humanization of childbirth and decriminalization of voluntary termination of pregnancy, promoting greater equity and accessibility to the feminine public, with the recognition of otherness and subjectivities.

KEYWORDS: Reproductive justice. Feminism. Covid-19. Public policies. Decoloniality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 O HISTÓRICO NORMATIVO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS.....	13
2.1 O movimento feminista e a consolidação dos Direitos Sexuais e Reprodutivos como Direitos Humanos.....	14
2.2 A regulação jurídica do direito à saúde sexual e reprodutiva no Brasil... ..	22
2.3 Justiça reprodutiva e interseccionalidades.....	31
3 OS AVANÇOS E DESAFIOS NA EFETIVIDADE DA JUSTIÇA REPRODUTIVA À LUZ DO FEMINISMO DECOLONIAL.....	39
3.1 O panorama da justiça reprodutiva no Brasil: contexto prático e obstáculos.....	40
3.2 As barreiras à efetividade da saúde reprodutiva com marco na pandemia da Covid-19 e a ampliação dos desafios.....	49
3.3 Feminismo Decolonial e justiça reprodutiva: raça, gênero e sexualidade no exercício da autonomia feminina.....	59
4 POLÍTICAS PÚBLICAS DECOLONIAIS DE JUSTIÇA REPRODUTIVA FEMININA	64
4.1 A estruturação das políticas públicas de justiça reprodutiva.....	65
4.2 Práticas decoloniais para reconfiguração de políticas públicas.....	72
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	84

1 INTRODUÇÃO

Os direitos sexuais e reprodutivos foram conceituados juridicamente em 1994, na ocasião da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), na cidade de Cairo – Egito, que originou o documento jurídico “Plano de Ação de Cairo”, definindo-os como aqueles consistentes no direito de escolher livre e responsabilmente sobre ter ou não uma prole, o número de filhos e espaçamento entre eles, englobando o direito à informação sobre os meios de assim fazer, e ainda o direito de gozar de alto padrão de saúde sexual e de reprodução (Organização das Nações Unidas, 1994).

Seguindo a tendência internacional, no ano de 1996 o Brasil aprovou a Lei nº 9.263, regulando o planejamento familiar e as ações de fecundidade, baseada na autonomia privada e proibindo sua utilização para qualquer tipo de controle demográfico. Assim, os direitos sexuais e reprodutivos têm como parâmetro normativo os tratados e convenções internacionais, bem como a legislação nacional, tudo servindo como base para a formulação de políticas públicas no âmbito da saúde, da informação e da segurança.

Todavia, Corrêa e Petchesky (1996) asseveram que “escolha livre e responsável, no planejamento familiar” é uma expressão ambígua, indagando, portanto, quem seria capaz de escolher responsabilmente quando as condições políticas e culturais não formam indivíduos socialmente responsáveis, de modo que os deveres associados à saúde reprodutiva pertencem não somente à sociedade civil, mas também ao Estado e às agências intergovernamentais encarregadas de promovê-los. Desta forma, no contexto brasileiro, é necessário considerar que as mulheres estão inseridas em um país que apresenta limitações na oferta de creches públicas e escolas de primeira infância, além de uma cultura que não favorece a divisão equitativa do trabalho doméstico, prevalecendo, assim, a divisão sexual laboral (Brandão; Cabral, 2021). Assim, as políticas públicas de saúde reprodutiva devem ser capazes de enfrentar diversas vulnerabilidades sociais em que estão inseridas.

É neste sentido que a discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos exige que se fale, na verdade, sobre Justiça Reprodutiva, que propõe a interseccionalidade do discurso e na implementação de políticas públicas, tendo em vista que a categoria mulher é plural, portanto, a luta por sua emancipação também

deve ser. Referidos direitos não podem ser encarados tão somente pela perspectiva da autonomia individual, sem considerar os aspectos sociais e relacionais femininos (Brandão; Cabral, 2021). Assim, Justiça Reprodutiva não é só sobre gênero, mas também sobre raça, classe, orientação sexual, etnias, deficiências, entre outros, buscando aliar autonomia reprodutiva com justiça social

Durante o período pandêmico, os estudos apontam que a recomendação do Ministério da Saúde foi de não engravidar, todavia, camisinhas e pílulas não eram encontradas nos postos de saúde (Carneiro, 2021). Assim, pelo uso descontínuo de métodos contraceptivos, estimou-se 893 mil gestações imprevistas, 411 mil abortos, 1.556 mortes maternas e 20.546 mortes neonatais (Brandão; Cabral, 2021). Além da diminuição de serviços de abortamento legal, num momento em que meninas e mulheres estavam mais expostas à violência sexual (Wenczenovicz; Maia, 2022). Cite-se, ainda, o atraso ao identificar sintomas respiratórios em grávidas, associando-os a “nervosismos”, demora para testá-las e, por fim, em hospitalizá-las, ressaltando-se que a negativa dos serviços era mais evidente em mulheres negras (Diniz; Brito; Rondon, 2022).

Salienta-se, portanto, que no ano de 2020 a pandemia se estendeu por 45 semanas epidemiológicas, ocasião na qual foram notificados 544 óbitos de gestantes e puérperas, com média semanal de 12,1 mortes. Todavia, até 26 de maio de 2021, transcorridas 20 semanas epidemiológicas, foram registrados 911 óbitos, com média semanal de 47,9 óbitos, denotando um aumento gritante e preocupante (Fiocruz, 2021).

É neste sentido que o período pandêmico acentuou a precária situação da saúde reprodutiva feminina no Brasil, ensejo no qual a presente dissertação possui relevância prática, ao destacar a urgência da adoção de medidas garantidoras de direitos sexuais e reprodutivos, com políticas públicas que busquem promover a justiça social e enfrentar múltiplas formas de desigualdade. Assim, aprofunda-se a discussão sobre Justiça Reprodutiva, preenchendo uma lacuna na produção científica e oferecendo subsídios para que gestores públicos implementem ações concretas de transformação social.

Diante desse cenário, a presente pesquisa tem como problemática principal: como efetivar os direitos sexuais e reprodutivos, sob uma perspectiva social? Para responder a esse questionamento, propõem-se as seguintes perguntas específicas: como foi o processo de reconhecimento dos direitos sexuais e

reprodutivos como direitos humanos? Qual a situação do direito à saúde reprodutiva no Brasil e os principais desafios das ações governamentais já existentes? Como devem ser elaboradas e examinadas as políticas públicas, sob o viés da decolonilidade e interseccionalidade, a fim de implementar a Justiça Reprodutiva no Brasil?

Diante do exposto, este estudo se divide em três capítulos. O primeiro capítulo aborda o processo de reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, destacando os marcos histórico-normativos nacionais e internacionais, com ênfase nas contribuições dos movimentos feministas para o reconhecimento da mulher como sujeito de direito. Em pó, apresenta-se arcabouços teóricos acerca do conceito de Justiça Reprodutiva e sua relação com a interseccionalidade, levando em consideração as diversas vulnerabilidades sociais em que as mulheres estão inseridas.

Já o segundo capítulo explora a situação dos direitos femininos no Brasil, ressaltando as ações governamentais de saúde reprodutiva, bem como os avanços já alcançados e os principais desafios para melhoramento das políticas analisadas. No ensejo, o capítulo realiza o marco temporal da pandemia da COVID-19, demonstrando-a como um importante fator de agravamento das desigualdades estruturais que afetam a condição das mulheres em situações de precariedade, o que ampliou os desafios para a concretização da autonomia reprodutiva. Assim, levando em consideração o grupo modernidade/colonialidade, aponta-se como a justiça reprodutiva se amolda aos aportes teóricos do feminismo decolonial, ensejo no qual este é necessário para a aplicação de abordagens interdisciplinares, buscando efetivamente contestar ideologias racistas, sexistas e coloniais no exercício da sexualidade e da reprodução.

Por fim, o terceiro capítulo busca analisar as políticas públicas e identificar as fragilidades do sistema de saúde, apontando como podem abordar a justiça reprodutiva a partir de uma perspectiva decolonial, podendo ser transformadas e incrementadas, promovendo maior equidade e assegurando que o direito à saúde reprodutiva seja plenamente acessível a todo o público feminino, com o devido reconhecimento de alteridades e subjetividades.

No que diz respeito à metodologia científica, esta pesquisa tem abordagem qualitativa, pois analisa dados não mensuráveis, que não podem ser traduzidos em números quantificáveis. Fundamenta-se na análise teórica das bases

normativas dos direitos sexuais e reprodutivos, utilizando a interseccionalidade como ferramenta analítica central, com o objetivo de compreender as complexas dinâmicas sociais e políticas que afetam a implementação das políticas públicas de saúde reprodutiva. Neste sentido, busca-se conectar dados qualitativos a estudos quantitativos e análises de ações governamentais, oferecendo uma avaliação destas e seu impacto nas mulheres de diferentes classes e raças.

Quanto ao procedimento técnico, utiliza-se a bibliográfica, a partir do levantamento de material já publicado, como livros, artigos em periódicos científicos, teses, dissertações, entre outros; bem como, procedimento documental, a partir da análise de material que não recebeu tratamento analítico, como anuários do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, boletins do Observatório Obstétrico Brasileiro, depoimentos orais e escritos, entre outros.

Ademais, a pesquisa se caracteriza como descritiva, quando busca esmiuçar, detalhadamente, pontos atinentes à (des)igualdade de gênero, o acesso a métodos contraceptivos como uma conquista feminista histórica, a criminalização do aborto, violências de gênero, educação sexual, entre outros, e como todo o exposto contribui para índices alarmantes de mortalidade materna e aborto inseguro no território nacional, tudo agravado pelo período pandêmico.

Por fim, os pretensos resultados visam contribuir para o acúmulo do conhecimento sobre o objeto de estudo, na medida das conclusões alcançadas, o que caracteriza a pesquisa como pura e de aplicabilidade mediata.

2 O HISTÓRICO NORMATIVO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

O desenvolvimento normativo dos direitos sexuais e reprodutivos é caracterizado por um histórico de lutas sociais e avanços jurídicos, que buscam assegurar a autonomia individual sobre o próprio corpo. Abrangendo temas como o acesso à contracepção, ao aborto seguro, à educação sexual e à proteção contra a violência sexual, tais direitos têm suas origens em movimentos feministas que, ao longo do tempo, promoveram discussões cruciais sobre a liberdade sexual e reprodutiva como elementos fundamentais dos direitos humanos.

Assim, este capítulo busca analisar como ocorreu o processo de reconhecimento das mulheres como sujeitos de direitos, inicialmente mediante as comunidades internacionais de Direitos Humanos e, logo após, dentro do ordenamento jurídico brasileiro, em uma relação de complementaridade.

Em seguida, busca-se conceituar os Direitos Sexuais e Reprodutivos, reconhecidos expressamente como direitos humanos sociais mediante a jurisdição internacional. Todavia, como não encontram uma definição conceitual no ordenamento jurídico brasileiro, recorre-se aos aportes axiológicos da Constituição Federal de 1988 para examiná-los detidamente.

Ademais, levando em consideração que a escolha reprodutiva não é feita no vácuo, surgem os seguintes questionamentos: é possível às meninas e mulheres brasileiras escolherem, livre e responsavelmente, por uma gestação? Em caso positivo, esta gravidez será saudável e devidamente assistida por um sistema de saúde equânime? E em caso negativo, poderão realizar a interrupção da gravidez de forma segura e acessível? A criança que porventura for gestada poderá usufruir de moradia, saúde, educação, saneamento básico, tendo assim um desenvolvimento digno e saudável?

Desta forma, evoca-se a ideia de que meninas e mulheres, além de poderem realizar escolhas quanto à saúde sexual e reprodutiva, devem ter seus direitos sociais materializados, com a finalidade de se buscar seu bem-estar físico, político, social e econômico, enquanto escolhem seus projetos parentais.

É neste contexto que, em última análise, o capítulo em tela busca apresentar aportes teóricos acerca da Justiça Reprodutiva, conceito originário do feminismo negro, que sugere que a efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos

femininos depende diretamente de uma relação interseccional entre os marcadores de vulnerabilidade social (Kikuchi, 2021).

2.1 O movimento feminista e a consolidação dos Direitos Sexuais e Reprodutivos como Direitos Humanos

Para que se possa averiguar a historicidade dos direitos das mulheres, é necessário utilizar como ponto de partida a análise da política feminista. Assim, de acordo com muitos estudiosos, foi durante a Revolução Francesa que o feminismo moderno começou a despontar (Souza, 2008).

Apesar da base ideológica deste movimento político foi a igualdade jurídica, Aguiar (1997) observa que as revoluções liberais geralmente se mantêm ignorantes quanto às questões de gênero. Portanto, Souza (2008) destaca que as revolucionárias francesas lutaram em duas frentes, primeiramente contra o Antigo Regime, que as segregava ao espaço privado do lar e, ao mesmo tempo, contra os colegas revolucionários, que somente as aceitavam como espectadoras do processo revolucionário. Todavia, a autora salienta que esta situação não impediu que as mulheres participassem ativamente da revolução, tendo suas reivindicações próprias de reconhecimento de direitos civis e cidadania política.

A almejada cidadania política foi conquistada tão somente durante o século XX, mas não se pode deixar de destacar que a atuação feminina ensejou a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã (Organização das Nações Unidas, 1979), documento de grande importância histórica, em que Marie Olympe de Gouges, revolucionária francesa, tentou sensibilizar os líderes revolucionários acerca da necessidade de aplicar a igualdade jurídica também às mulheres. Ainda assim, o grande avanço para as francesas, nesta época, foi a possibilidade de dissolução do casamento através do divórcio, consequência do pensamento iluminista (Souza, 2008).

Consoante o *Dicionário de Política* de Norberto Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998) o feminismo é um movimento político de emancipação social, tendo como finalidade principal a libertação feminina, baseando-se num conjunto de teorias que denotam o patriarcado, ou seja, uma forma de opressão que atinge a todas as mulheres e as relega a uma condição social de inferioridade. Joan Scott (1992) salienta que a emergência de estudos sobre a condição feminina surgiu de

uma exigência do movimento feminista para que a historiografia demonstrasse a participação feminina na história e explicasse a opressão patriarcal.

Neuma Aguiar (1997) destaca que a base do patriarcado é a tradição, ou seja, quando os acontecimentos se dão de uma forma, porque sempre foram assim. Funda-se na distância social entre o patriarca e os demais membros do núcleo familiar, na impossibilidade de que a autoridade paterna fosse questionada, destacando-se uma suposta autoridade daquele “senhor” perante os “súditos”, comparável até mesmo à sujeição pessoal ocorrida na escravidão.

A autora explica que as mulheres fazem parte dos “criados”, aderindo ao poder patriarcal por não gozarem de poder político próprio. O feminismo, por sua vez, propõe que os ambientes público e privado sejam fundidos, de forma que tenham alternativas políticas que as permitam se desvencilhar da sujeição pessoal em prol do patriarca. Neste sentido, Aguiar (1997, p.186) explica que:

Se o homem é o provedor e a posição dos demais membros do grupo doméstico é representado a partir desse lugar, tem-se que o lugar da mulher na estratificação social é dado por sua posição, não com relação ao mercado, mas com relação a seu marido.

A dinâmica patriarcal tem uma íntima relação com a expressão da sexualidade, já que a figura paterna detinha todo o controle acerca dos processos de reprodução, contexto no qual surge a religião, eliminando a possibilidade de relações sexuais fora do interesse da procriação e da legitimação do casamento. As mulheres são vistas como seres irracionais, que podem causar desejo nos homens e, assim, desvirtuá-los.

Assim, a emancipação social buscada pelo feminismo está em perfeita consonância com o conceito de igualdade material, tendo em vista que reafirma as diferenças entre os sexos, não para inferiorizar o gênero feminino, mas para que o reconhecimento de alteridades permita uma complementaridade entre os gêneros, culminando, portanto, numa transformação social.

Ao final do século XIX, a primeira onda do feminismo reivindicou o direito ao voto e o sufrágio feminino, o acesso à educação e ao trabalho, todavia o movimento era ocupado por mulheres brancas e intelectualizadas, que ocupavam uma posição social privilegiada, tendo uma visão limitada da realidade que o restante do público feminino enfrentava, quem sejam, as negras, as trabalhadoras e as operárias (Silva *et al.*, 2021).

Empós, na década de 1960 a segunda onda do movimento colocou em debate o que significava ser mulher, buscando analisar a submissão feminina dentro da sociedade patriarcal e os prejuízos que ela acarreta, fortemente influenciado pelo trabalho de pensadoras como Simone de Beauvoir (1949), filósofa que escreveu *O Segundo Sexo*, e Carol Hanisch (1970), jornalista autora do texto *The Personal is Political*. Problematizou-se, portanto, a divisão entre os espaços público e privado, salientando que as experiências pessoais reproduziam estruturas sociais e políticas mais amplas. Sardenberg (2018) ressalta que foi nesse momento que o feminismo se tornou realmente revolucionário, pois passou a criar estratégias de luta para pôr em prática suas teorias.

Por derradeiro, há divergências teóricas sobre a existência de uma terceira onda do feminismo, que teria surgido na época de 1990 e perdurado até a época atual, trazendo demandas mais específicas, como o feminismo negro, a teoria *queer*, entre outros (Silva; Carmo; Ramos, 2021). Também denominado com “pós-feminismo” ou “feminismo da diferença”, elabora teorias que buscam desconstruir ideias de gênero. Cite-se, por oportuno, a filósofa Judith Butler (2003) e sua obra *Problemas de gênero*, em que desenvolve sua teoria de gênero como performance social, lançando as sementes para o desenvolvimento da teoria *queer*.

O estudo de cada onda do movimento feminista permite analisar como o público feminino foi reivindicando lentamente o seu espaço no ambiente público, todavia a história demonstra que existem avanços e resistências, de modo que a evolução não é linear, mormente em países de maioria conservadora.

Não obstante as reivindicações variarem de acordo com o momento histórico e o contexto sociopolítico em que as mulheres estão inseridas, a questão da autonomia corporal se apresenta como uma pauta primordial, tendo em vista que a dominação do corpo feminino é uma das principais formas de opressão patriarcal, ensejo no qual Angelin (2015) destaca que a história das mulheres é a história de seus corpos.

Desta forma, importa frisar que as mobilizações políticas no sentido do reconhecimento dos Direitos Sexuais e Reprodutivos foram realizadas prioritariamente pelos grupos feministas, ensejo no qual Biroli (2020) explica que o público feminino foi ocupando os espaços internacionais, visando a promulgação de acordos e diretrizes favoráveis à igualdade de gênero, à sexualidade e à reprodução.

O Direito Humanitário Internacional começou a se desenvolver no período posterior à segunda guerra mundial, mais precisamente a partir de 1948, mediante a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), documento jurídico que inaugurou o sistema normativo universal de Direitos Humanos, no âmbito da Organização das Nações Unidas.

Também denominado de sistema global, é constituído por normas, órgãos e mecanismos de alcance geral, com o intuito de promover os direitos humanos em todo o mundo. Além da DUDH, estão entre seus principais tratados o Pacto Internacional dos Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP), datado de 1966 (Brasil, 1992), e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), datado de 1976.

Destaca-se, ainda, a existência de três sistemas regionais de Direitos Humanos, quais sejam, interamericano, europeu e africano, os quais são integrados por documentos jurídicos de alcance específico, com tratados e convenções internacionais que objetivam a proteção de direitos humanos específicos. Salienta-se, portanto, a coexistência e complementaridade dos sistemas global e especiais na efetiva promoção dos direitos humanos.

No que diz respeito ao processo de reconhecimento das mulheres como sujeitos de direito, a DUDH, o PIDCP e o PIDESC citam expressamente a igualdade entre gêneros dentre seus artigos, contudo se trata de uma igualdade formal, conceito abstrato e generalista, que corresponde à ideia simplista de que todos devem ser tratados igualmente perante a lei. Ademais, a DUDH menciona em seu artigo 25 a proteção à maternidade e à infância, mas não as reconhece efetivamente como direitos (Organização das Nações Unidas, 1948).

Entretanto, a concepção formal de igualdade se revelou insuficiente para proteger os sujeitos de direito em suas características individuais, motivo pelo qual surgiu a necessidade de dar uma dimensão material à isonomia, diretamente relacionada a uma compensação de desigualdades sociais, econômicas e culturais, aplicando critérios razoáveis para determinar tratamentos desiguais, buscando-se assim por equidade.

Neste sentido, Piovesan (2012) leciona que a igualdade material busca construir uma realidade que dê visibilidade às diferenças e que o reconhecimento das diversidades conduzirá a uma plataforma emancipatória e igualitária. E assim,

gradativamente, foram surgindo instrumentos internacionais capazes de delinear a concepção material da igualdade.

No que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, em meados de 1960 a segunda onda do feminismo buscou reinterpretar o direito à saúde para o ponto de vista feminino, utilizando-se como pauta a proteção à gravidez, o controle de natalidade e a descriminalização do aborto (Mattar, 2008), de forma que os debates iniciais sobre gênero e sexualidade ocorridos no âmbito internacional se deram a partir dos conceitos de autonomia privada e direito ao próprio corpo.

Todavia, essas discussões ocorreram primordialmente entre os países ricos, buscando realizar um controle da natalidade nos considerados países de terceiro mundo, pois supostamente a “superpopulação” seria o que desencadeou miséria e escassez de recursos, o que denota uma situação de possível eugenia e xenofobia, destacando-se campanhas de esterilização forçada e utilização de métodos contraceptivos pouco testados. Posteriormente, os idealizadores de tais políticas perceberam que a forma de distribuição de riquezas é que desencadeou a miséria dos países subdesenvolvidos. É importante destacar que as mulheres, por serem portadoras de úteros e diretamente relacionadas ao papel da maternidade, foram a parte da população que mais foi atingida por tais políticas (Brauner, 2003).

Ainda no sistema onusiano de direitos humanos, Angela Davis (2017) denomina o período de 1976 até 1985 como a Década da Mulher da Organização das Nações Unidas. Ressalta-se a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), que criou o Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) e, em seu artigo 2º, proíbe expressamente atos discriminatórios baseados no gênero e estabelece proteção jurídica aos direitos humanos femininos. Ademais, no artigo 12º o instrumento inova ao prever a eliminação da discriminação feminina no contexto dos cuidados médicos, mormente à utilização de serviços de planejamento familiar, assistência apropriada à gravidez, ao parto e ao pós-parto (Brasil, 2002).

Apesar de o tratado ter recebido ampla adesão, perdendo tão somente para a Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente em número de Estados-partes, Flávia Piovesan (2023) explica que é, paradoxalmente, o tratado internacional de direitos humanos que mais recebeu reservas¹, mormente quanto às

¹ “A reserva é fenômeno incidente sobre os tratados coletivos, ao término de cuja negociação nem todos os Estados partícipes terão apreciado positivamente cada uma das normas que compõem o texto. Ela é maneira de tornar possível que, entendendo inaceitável apenas parte — em geral mínima,

questões de gênero no ambiente familiar, justificando-se em argumentos de ordem cultural e religiosa.

A definição do ambiente familiar como a fronteira entre o público e o privado, determinando-o como um local supostamente fora da política, pauta o ideário ocidental e a organização do trabalho desde o século XIX e durante a maior parte do século XX. Esta divisão, basilar na manutenção do patriarcado e do capitalismo, constituiu os espaços institucionais com modelos típicos ideais, de acordo com Araújo, Almeida e Holanda (2020, p. 41):

Público associado ao masculino *versus* privado associado ao feminino; trabalho produtivo igual a trabalho dos homens (que gera valor) *versus* atividade reprodutiva igual a trabalho de mulher (desprovida de valor) – tudo isso sintetizado na diáde do homem provedor e mulher cuidadora.

Assim, a efetividade dos direitos humanos femininos está condicionada à superação da dicotomia entre os espaços público e privado, ensejo no qual a sociedade deve permitir que as violências de gênero que ocorrem no seio da vida privada e familiar sejam levantadas em ambientes públicos como problemas políticos.

Flávia Piovesan (2023) salienta que o Brasil, sob a vigência do Código Civil de 1916, apresentou reservas referentes à possibilidade de homens e mulheres escolherem livremente seus próprios domicílios e residências, bem como igualdade dentro do casamento e ambiente familiar, mas no ano de 1994 o Governo brasileiro notificou as Nações Unidas quanto à retirada de aludidas reservas.

Durante a década de 1980, os estudos sobre o público feminino mudaram de nomenclatura, sendo denominados de “estudos sobre gênero”, um termo supostamente neutro e “despolitizado”, em que se examinava as relações de poder entre homens e mulheres, sem tomar partido. Todavia, cumpre esclarecer que a utilização do vocábulo implica dizer que, ao realizar qualquer estudo sobre as mulheres, estuda-se também sobre os homens e, assim, analisar um implica analisar o outro. Joan Scott (1992, p. 72) salienta que o gênero é abrangente, por examinar os homens e as mulheres em suas múltiplas conexões, suas hierarquias,

ou, quando menos, limitada — do compromisso, possa o Estado, não obstante, ingressar em seu domínio jurídico. As reservas são o corolário das naturais insatisfações que, ao término da negociação coletiva em conferência, ter-se-ão produzido, em relação a aspectos vários do compromisso, em uma parte mais ou menos expressiva da comunidade estatal ali reunida” (Rezek, 2024, p. 30).

precedências e relações de poder, sendo “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos”.

A primeira utilização do termo “direitos reprodutivos” pelas feministas no âmbito internacional ocorreu no ano de 1984, durante o “I Encontro Internacional de Saúde da Mulher – Amsterdã”, substituindo o termo “saúde da mulher”, constante em outros documentos jurídicos e, portanto, sendo considerado mais completo, pois engloba reivindicações sobre autodeterminação reprodutiva (Lima, 2013).

Em 1993, foi durante a terceira onda do feminismo, no ano de 1993, que ocorreu a Conferência Mundial de Direitos Humanos em Viena, ocasião em que os direitos femininos foram considerados como parte integral e indivisível dos direitos humanos universais, culminando no artigo 18 da Declaração e Programa de Ação de Viena (Organização das Nações Unidas, 1993):

Art. 18. Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena participação das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural nos níveis nacional, regional e internacional e a erradicação de todas as formas de discriminação, com base no sexo, são objetivos prioritários na comunidade internacional.

O reconhecimento de direitos é extremamente importante para uma população, caso contrário se trataria tão somente de uma reivindicação política, sem força para ser efetivado e cobrado mediante o Poder Público. Assim, os conceitos precisam continuar evoluindo, ensejo no qual foi necessário realizar um avanço teórico na matéria da sexualidade e reprodução. A sua conceituação jurídica ocorreu em 1994, na Conferência de Cairo sobre População e Desenvolvimento, que originou o documento jurídico “Plano de Ação de Cairo” destacado a seguir:

§ 7.3. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (Organização das Nações Unidas, s. d.).

Dentre as metas da Conferência citada, salienta-se a redução da mortalidade infantil e materna; o acesso à educação, principalmente de meninas; a utilização universal dos serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo. Assim, o conceito de direitos reprodutivos não era mais somente

explicativo, mas também imputar responsabilidades ao Estado, mediante condutas positivas (Organização das Nações Unidas, s. d).

Neste ensejo, Lima (2014) destaca que o alto nível de aprovação do Plano de Ação de Cairo foi fundamental para uma mudança de paradigma nos próximos encontros internacionais sobre direitos humanos, que passaram a reiterar as questões relacionadas à sexualidade e reprodução.

É o caso da Conferência de Pequim (1995), que culminou no documento “Declaração e Plataforma de Ação de Pequim”, espelhando o que já fora disposto em Cairo e reforçou a necessidade de proteção aos direitos vinculados à sexualidade e à reprodução humana. Em seu Capítulo “Mulher e Saúde”, o § 96º cita expressamente a frase “direitos humanos das mulheres”, não deixando dúvidas quanto à natureza jurídica dos Direitos Sexuais e Reprodutivos:

§ 96. Os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências (Organização das Nações Unidas, 1995, s. p.).

Reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos como direitos sociais implica reflexões de ordem prática, como, por exemplo, em quais situações as pessoas estão conseguindo exercer a contracepção ou se o acesso a serviços de pré-natal de qualidade pode auxiliar na diminuição do índice de mortalidade materna. Significa compreender o exercício da sexualidade e da reprodução como inerente à condição humana, ensejo no qual o aperfeiçoamento da legislação referente aos direitos femininos têm sido extremamente importante para que as reivindicações se materializem mediante políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva.

Os tratados acima destacados, apesar de não serem textos legais, são aprovados mediante o consenso dos Estados-membros da Organização das Nações Unidas e, como tal, obrigam-nos a partir de seus princípios e diretrizes. Tais documentos trouxeram a ideia de que mulheres, além de seres reprodutivos, seriam também seres sexuais.

Ademais, a divisão da reprodução e da sexualidade é uma questão importante para a luta emancipatória feminista, pois separar a prática do sexo da finalidade da reprodução implica repensar os modelos de gênero e, assim, as estruturas de poder que limitam a condição feminina à maternidade obrigatória, conforme Mattar (2008, p. 61) os diferencia a seguir:

Os direitos reprodutivos referem-se, resumidamente, ao direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão. Já os direitos sexuais dizem respeito ao direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência. Se por um lado esses direitos estão inter-relacionados - dado que, como se verá adiante, o exercício da sexualidade de forma livre e segura só é possível se a prática sexual estiver desvinculada da reprodução - por outro lado, sua distinção por tratamento jurídico diferenciado é o que assegura o exercício pleno da cidadania pelas mulheres e homossexuais.

Assim, podem assumir significados diferentes para diferentes grupos de pessoas, dependendo da orientação sexual, classe social, gênero, nacionalidade, entre outros fatores. Para alguns, pode ser a expressão de sua autonomia individual e liberdade, enquanto para outros há a necessidade de uma intervenção positiva do Estado, no sentido de garantir insumos e serviços públicos de qualidade.

Por derradeiro, percebe-se que a incorporação dos direitos femininos é relativamente recente na história dos direitos humanos (Hunt, 2007), tendo em vista que foi tão somente durante as últimas três décadas que os Direitos Sexuais e Reprodutivos foram se estabelecendo como direitos humanos femininos e ganhando espaço nas políticas públicas de saúde.

2.2 A regulação jurídica do direito à saúde sexual e reprodutiva no Brasil

O feminismo tem sido, durante muitas décadas, um movimento político de cunho internacional, todavia possui características particulares, de acordo com o local em que as mulheres estão inseridas. Realizando-se um recorte territorial para a América Latina, destaca-se que as democracias latino-americanas são complexas e por vezes até paradoxais, em termos de política sexual e agenda pró-gênero (Biroli, 2020).

De um lado, observa-se disputas políticas que, por exemplo, descriminalizaram a homossexualidade e a interrupção voluntária da gravidez, mas, de outro, consolidaram-se frentes conservadoras que, agindo em defesa da vida e

da família, buscam a restauração de uma ordem moral supostamente ameaçada (Vaggione, 2020). Neste sentido, Rios (2006, p. 95) se posiciona contra o uso da moral e dos bons costumes no reconhecimento de direitos:

A única moralidade que a democracia pode acolher é a moralidade crítica, em que os argumentos do gosto, da tradição, do nojo e do sentimento de repulsa da maioria não podem ser finais, sob pena das ameaças do integrismo, do fundamentalismo das tradições, do autoritarismo vindo daqueles que se considerem iluminados.

Assim, as agendas anti-gênero colaboram para a erosão das democracias contemporâneas, pois comprometem valores democráticos essenciais como pluralidade, laicidade, proteção a minorias, direito à livre expressão e à oposição. A ação estatal em prol do direito à sexualidade e reprodução livre é um aspecto da efetividade da cidadania e, assim, parte inerente da vida democrática, portanto deve fazer parte da agenda de qualquer Estado Democrático de Direito.

Todavia, há uma dificuldade em reconhecer que a efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos femininos está inerentemente conectada ao processo de educação sexual e socialização das pessoas, o que poderá determinar o grau de consciência em relação ao próprio corpo, bem como a emancipação moral e social que permite ao indivíduo se posicionar perante o Estado.

No que diz respeito à análise do patriarcado no Brasil, Aguiar (1997) salienta que este se estabeleceu durante a época da colonização portuguesa, como uma política populacional, em que os homens portugueses utilizavam de sua sexualidade como uma de suas armas colonizadoras, pelo uso arbitrário dos corpos das escravas brasileiras, que engravidavam forçadas, tudo visando o aumento da população escrava.

Buglione (2002) explica que, nos primórdios do Brasil colonial, já existia o discurso acerca do planejamento familiar, mesmo que difuso, em que a Igreja Católica sustentou o ideário social do aperfeiçoamento e melhoria da raça brasileira, através de estratégias de natalidade que fomentaram a ideia aprisionante de que a mulher teria o propósito divino da procriação. A autora salienta também que, na década de 1930, o Governo de Getúlio Vargas demonstrava uma tendência pró-natalista.

Assim, a proteção internacional dos direitos humanos também deve contar com uma atuação regional, citando-se a Organização dos Estados Americanos (OEA), que faz parte do sistema universal da ONU, mas atuando de

forma autônoma, voltada para a América Latina. A Carta da OEA estabeleceu, portanto, as duas instituições que compõem o Sistema Regional Interamericano, quais sejam, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos. A primeira combina uma atuação política com atuação jurídica, consistente em fazer recomendações aos governos dos Estados-membros, prevendo a adoção de medidas adequadas à proteção dos direitos humanos na América Latina. A Corte, por sua vez, detém competência consultiva, relativa à interpretação da Convenção Americana, ensejo no qual qualquer membro da OEA poderá solicitar o seu parecer (Rezek, 2024).

Existem, atualmente, trinta opiniões consultivas emitidas pela Corte, destacando-se a opinião consultiva n° 24/2017, na qual o órgão deliberou acerca da “identidade de gênero como elemento formador do núcleo da dignidade existencial, a condição de pessoa [que] impõe um dever de abstenção do ente estatal com relação a qualquer tipo de tratamento discriminatório” (Travassos, 2018, p. 83) e a OC. n° 27/2021, que concedeu aportes teóricos sobre a igualdade de gênero nos ambientes sindicais, mormente em seus cargos de direção, apontando caminhos para a luta por representatividade (Gomes; D’Almeida; Ribas, 2022).

Ademais, a Corte tem ainda a competência contenciosa, sendo o órgão jurisdicional da OEA, mediante a solução das controvérsias que se apresentem quanto à aplicação da Convenção. Casoni e Peruzzo (2021) sistematizaram doze sentenças deste órgão acerca dos direitos humanos femininos, como o caso *Loaysa versus Perú*, sobre a violência sexual sofrida pela professora María Elena Loaysa Tamayo; o caso *Massacre Plan de Sánchez versus Guatemala*, consistente num massacre ocorrido na tribo indígena Maia, todavia com uma violência de gênero específica durante a chacina, qual seja, estupros coletivos contra as mulheres indígenas; *Caso González e Outros (“Campo Algodoeiro”) versus México*, quanto ao desaparecimento forçado de mulheres; entre outros.

O Brasil reconheceu, por meio do Decreto n° 4.463/2002, ampla e obrigatória competência da Corte IDH, por prazo indeterminado, em todos os casos relativos à interpretação ou aplicação da Convenção Americana. Assim, pode ser julgado perante este órgão e, ainda, encontra-se vinculado à sua jurisprudência.

Neste ínterim, importa citar a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), adotada pela OEA em 1994 e recepcionada pelo Brasil mediante o Decreto n°

1.973/1996 (Brasil, 1996). Define-se que a violência de gênero poderá ser praticada tanto em ambientes públicos, quanto em ambientes privados. Assim, Bandeira e Almeida (2015, p. 507) ressaltam:

Os Estados obrigam-se a tomar medidas para combatê-la, o que significa que devem responder por atos e omissões de seus agentes, como por ações privadas que coloquem em risco a vida das mulheres. Nesse sentido, pode-se assegurar que a Convenção desenvolveu um novo marco teórico, prático e simbólico de proteção às mulheres no hemisfério americano, similar ao critério sustentado pela Cedaw, a partir de 1992, de que o Estado também pode ser responsável pelas iniciativas domésticas de violência e discriminação contra a mulher, em caso de não adotar as medidas com a devida diligência para coibi-las.

Para além disso, é imprescindível que as jurisdições internacional e nacional dialoguem quanto à efetividade dos direitos humanos, em prol de um constitucionalismo democrático e da expansão da dignidade humana.

Anteriormente à promulgação da Constituição Federal de 1988, mais precisamente durante o período do regime militar, que instaurou a repressão sobre os direitos civis, instigou-se que a segurança nacional estaria ameaçada por famílias extremamente populosas, o que denota tentativas de controle de natalidade. A participação feminina na luta contra a ditadura militar brasileira também se deu pela busca de direitos civis e políticos, todavia destaca-se que algumas feministas brasileiras também se inseriram na luta em prol do direito à sexualidade e reprodução (Buglione, 2002).

Neste período, destaca-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), mais precisamente na década de 1980, considerado um marco para a elaboração de políticas sexuais e reprodutivas para mulheres, buscando integrar o direito à saúde e à equidade social. Incorporou ideias de descentralização, hierarquização e regionalização, permitindo às próprias usuárias um maior controle sobre sua saúde, seu corpo e sua vida, preconizando uma assistência clínica e educativa em pré-natal, parto e puerpério, DSTs, câncer de colo de útero e de mama e planejamento familiar (Brasil, 1984).

Estudos da época demonstram que os principais problemas quanto à saúde reprodutiva da mulher eram o baixo alcance aos métodos contraceptivos, dificuldade de acesso ao pré-natal, baixa qualidade de atendimento ao parto e altas taxas de aborto inseguro (Brasil, 1984).

Após a derrocada do regime militar, foi promovida a I Conferência de Saúde e Direitos da Mulher, ocorrida em 1986, em que se recomendou a participação de grupos feministas na Comissão da Reforma Sanitária e foram apresentadas uma série de recomendações para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, buscando garantir a inclusão de suas propostas nas políticas de saúde que estavam em construção. Assim, na promulgação da Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se a criação do Sistema Único Saúde (SUS), bem como a inclusão do Planejamento Familiar² como um direito constitucional (Figueiredo; Borges; Bastos, 2016).

Os conceitos de Direitos Sexuais e Reprodutivos não são expressamente previstos no ordenamento pátrio, contudo, a organização da vida reprodutiva demanda um conjunto de garantias fundamentais, como obter informação, direito à saúde, liberdade, igualdade, inviolabilidade da intimidade e da vida privada, dignidade da pessoa humana, entre outros. Assim, recorre-se ao arcabouço axiológico da Constituição Federal de 1988 para reconhecê-los na ordem jurídica brasileira.

É neste ínterim que se deve reconhecer a fundamentalidade dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como as características inerentes aos direitos fundamentais dentro da Carta Constitucional, como, por exemplo, a máxima efetividade e aplicação imediata, este último constante no art. 5º, § 1º, da CF/88 (Bonavides, 2015).

No ensejo, cumpre conceituar direitos fundamentais, em que Bonavides (2015, p. 575) esclarece que o próprio texto constitucional os nomearam como tais, todavia argumenta que esta definição é demasiadamente formal, e complementa:

São aqueles direitos que receberam da Constituição um grau mais elevado de garantia ou de segurança; ou são imutáveis ou pelo menos da mudança dificultada, a saber, direitos unicamente alteráveis mediante lei de emenda à Constituição. [...] Variam conforme a ideologia, a modalidade de Estado, a espécie de valores e princípios que a Constituição consagra. Em suma, cada Estado tem seus direitos fundamentais específicos.

Assim, o que classifica um direito como fundamental é a conjuntura do Direito Constitucional interno daquele Estado, ensejo no qual unem

² “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, s. p.).

fundamentalidade simultaneamente formal e material. No Brasil, os direitos fundamentais não se restringem às cláusulas pétreas contidas no art. 60, §4º da Constituição Federal³, sendo permitida uma interpretação sistemática do conjunto dos princípios e regras positivadas nas normas constitucionais.

Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2022) explicam que a fundamentalidade formal se encontra ligada ao direito positivo, ou seja, os direitos que estão situados no ápice do ordenamento jurídico; gozando de uma supremacia hierárquica em comparação com as outras normas constitucionais; procedimentos de reforma constitucional mais aprofundados e com regras mais rígidas; diretamente aplicáveis e vinculam de forma imediata as entidades públicas e privadas.

Por sua vez, a fundamentalidade material se concentra no conteúdo do direito em análise, consistindo nas decisões fundamentais sobre a estrutura do Estado e da sociedade, mas também acerca da posição ocupada pela pessoa humana dentro do arcabouço estatal. Neste ensejo, defende-se que os Direitos Sexuais e Reprodutivos são direitos fundamentais na ordem jurídica brasileira.

Utilizando a classificação da dimensão de direitos fundamentais defendida por Bonavides (2015), os de primeira geração são os direitos de liberdade e individualidade, que se adequam perfeitamente ao conceito de direitos sexuais. Todavia, os direitos reprodutivos exigem do Estado uma postura positiva, como a implementação de políticas públicas de saúde e de educação, motivo pelo qual podem ser identificados como direitos fundamentais de segunda geração, quais sejam, os direitos sociais e culturais.

Quanto à integração das gerações de direitos fundamentais, o autor destaca que os direitos fundamentais estão no grau mais alto de juridicidade, concretude e eficácia, gozando, portanto, de uma universalidade que não exclui os direitos de liberdade, mas sim os fortalece, pois a efetiva satisfação dos direitos de igualdade e fraternidade contribuem para melhor concretizá-los (Bonavides, 2015).

Realizando-se uma interpretação sistemática das normas constitucionais, percebe-se que o princípio da dignidade da pessoa humana está intimamente conectado à saúde reprodutiva. É neste ensejo que se defende a fundamentalidade dos direitos sexuais e reprodutivos, o que conseqüentemente inspira a uma máxima efetividade dentro da democracia brasileira (Brauner, 2003).

³ “Art. 60 [...] § 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir: I - a forma federativa de Estado; II - o voto direto, secreto, universal e periódico; III - a separação dos Poderes; IV - os direitos e garantias individuais” (Brasil, 1988, s. p.).

Buglione (2002) destaca que a Constituição Federal de 1988, assim como os documentos jurídicos provenientes de Cairo e Beijing, refletem as mobilizações de grupos políticos femininos, o que gerava consequências concretas aos serviços oferecidos e gerenciados pelo Estado. Contudo, muitas vezes o masculino não era sequer citado como ator do processo de reprodução e paternidade, o que poderia ensejar numa imagem social de homem ausente, irresponsável e pouco colaborador, situação que dificultava a redefinição das relações de poder dentro do aspecto relacional do gênero.

Além disso, o legislador infraconstitucional promulgou a Lei nº 9.263/96, que dispõe sobre o planejamento familiar como um direito de todo cidadão e, em seu artigo 3º, traz um rol exemplificativo dos conjuntos de ações estatais orientadas para a regulação da fecundidade e controle de natalidade⁴.

Inicialmente, o inciso I cita expressamente “assistência à concepção” e, assim, salienta-se que a organização da vida reprodutiva inclui também a realização de um projeto parental, de acordo com a vontade livre e responsável do casal (Brasil, 1996). Vislumbrando os direitos reprodutivos para além do aspecto sanitário (Rocha, 2016), surge a possibilidade da utilização de métodos científicos de técnicas reprodutivas no ensejo do projeto parental. Assim, Brauner (2003) destaca que a inclusão das descobertas científicas ligadas à função reprodutiva deve ser garantida pelo Estado, desde que considerados seguros e dentro dos limites da bioética.

Ademais, tendo em vista que a conquista dos métodos contraceptivos é um marco na história dos direitos das mulheres, trata-se de uma previsão essencial na lei em comento. O uso de métodos devidamente testados e aprovados cientificamente, bem como direito à informação para decidir qual deles se adapta melhor ao projeto parental escolhido pelo casal é uma obrigação estatal primordial quanto à efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos.

A eficácia, os efeitos colaterais e a facilidade de uso, são algumas das premissas basilares para a escolha livre e responsável do método contraceptivo, contudo, a Lei 9.263/96 enfatiza também a reversibilidade, ensejo no qual os profissionais de saúde devem orientar os casais para dar preferência dos métodos

⁴ [...] “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. (...) 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 a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis” (Brasil, 1996, s. p.).

reversíveis. A lei em comento dispõe sobre a excepcionalidade da cirurgia de esterilização, podendo ser realizada de forma voluntária, involuntária ou compulsória, sendo vedada qualquer indução à sua realização e garantindo-se o pleno consentimento prévio dos esterilizados, que devem ser civilmente capazes⁵.

Ademais, cite-se ainda os direitos das mulheres grávidas a atendimento pré-natal de qualidade, mediante as disposições da Lei nº 11.634/2007, determinando, dentre outros, a vinculação da gestante à maternidade onde receberá assistência, no âmbito do SUS; bem como a assistência ao parto, citando-se como exemplo a Lei nº 11.108 (Lei do Acompanhamento no Parto), em que a parturiente tem direito a, no mínimo, um acompanhante durante o trabalho de parto; ao puerpério e ao neonato, compreendido no período logo após o nascimento do feto.

Sabe-se que o parto é, primeiramente, um fenômeno biológico, todavia não se pode ignorar suas ramificações sociais, políticas e culturais. Bezerra e Cardoso (2006) destacam que a maneira que uma parturiente é internada, passa a se comportar e a ser assistida durante o trabalho de parto é reflexo das informações médicas que recebeu durante o pré-natal e ao contexto socioeconômico em que a gestante está inserida.

Não existe uma tipificação para a violência obstétrica, qual seja, o tipo de violência de gênero realizada contra a mulher gestante, relacionada aos seus processos reprodutivos, o que, de acordo com Cruz *et al.* (2023), denota-se uma negligência institucional, sistemática e política. Todavia, a autora salienta que esta começa na falta de informações e comunicação do médico, relacionadas ao

⁵ [...] “Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: 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; 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 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. § 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. § 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei” (Brasil, 1996, s. p.)

processo do pré-natal, do parto e do puerpério, culminando em até mesmo agressões psicológicas e físicas praticadas durante tais procedimentos.

Ademais, a violência está também na medicalização e na patologização desnecessárias de processos reprodutivos naturais, que impedem o protagonismo e a autonomia da mulher durante a sua vivência da maternidade, bem como a realização de quaisquer intervenções físicas sem o consentimento a parturiente, tudo isto causando dor, danos ou sofrimentos desnecessários.

Destarte, é importante conciliar os estudos acerca da violência obstétrica com a problemática da mortalidade materna, por se traduzirem em desafios correlatos, em que sua conceituação e visibilidade se demonstram como primordiais para que façam efetivamente parte da agenda de proteção dos direitos humanos femininos. Assim, Barreto e Espinoza (2022, p. 169) conceituam:

A mortalidade materna é conceituada pela OMS como a que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta. Isto é devido a qualquer causa relacionada com a gravidez: ou por medidas em relação a ela, ou problemas que são acentuados, à exceção das causas acidentais.

É importante frisar que os diplomas legais supracitados não reconhecem a interrupção voluntária da gravidez como um direito reprodutivo. Assim, as leis brasileiras que tratam da interrupção voluntária da gravidez têm viés punitivo-repressivo, criminalizando o aborto e permitindo-no tão somente em três exceções, quais sejam, aborto necessário, aborto decorrente de estupro e aborto de feto anencefálico (Brasil, 1940). Assim, relega-se várias mulheres à única opção possível: o aborto clandestino.

No que diz respeito especificamente às hipóteses de aborto legal, não obstante ser um direito legalmente reconhecido no Código Penal, a efetiva utilização de tais serviços é dificultado por diversos fatores: faltam clínicas especializadas em número suficiente para atender a demanda, o estigma social ao redor do aborto dificulta o acesso e até mesmo a qualidade da postura dos profissionais de saúde (Galli, 2020).

Também não foi citada na lei em comento a dignidade menstrual, entretanto se trata de uma problemática que afeta fortemente a saúde de meninas e mulheres, sendo uma questão de saúde pública, consistente em:

Um fenômeno que se refere à dificuldade enfrentada por determinados estratos socioeconômicos em adquirir produtos de higiene menstrual

adequados, resultando em consequências adversas para a saúde, dignidade, participação plena das mulheres na sociedade e impactando negativamente o bem-estar físico e psicossocial das mulheres (Ferrás, 2023, p. 28).

Por derradeiro, é importante frisar que ainda existe uma grande distância entre a formulação conceitual de direitos e sua efetiva incorporação em políticas públicas, programas e ações estatais, que efetivamente promovam a garantia desses direitos no dia-a-dia dos cidadãos, e neste caso, particularmente, de cidadãs.

2.3 Justiça reprodutiva e interseccionalidades

Um mandamento central do pensamento feminista moderno tem sido a afirmação de que “todas as mulheres são oprimidas”, o que já foi comprovado mediante várias teorias elaboradas nas últimas décadas. Todavia, o uso indiscriminado dessa afirmação pode sugerir que todas as mulheres compartilham da mesma sina, ensejo no qual Hooks (2015) destaca que existem diversas experiências no meio social que, somadas, podem influenciar como essa opressão se expressa na vida de cada uma, quais sejam, classe, raça, religião, preferência sexual, deficiências, entre outros.

A categoria mulher é plural, portanto, discutir sobre a luta feminina por emancipação exige que se faça uma análise interseccional das discriminações e opressões cotidianas em que as mulheres estão inseridas. Enxergar a efetividade de direitos mediante tão somente uma lente social negligencia as experiências reais e, assim, Mendes e Mouta (2023) afirmam que a interseccionalidade⁶ permite o estudo do ser social em suas diversas camadas, compreendendo os atravessamentos de seu cotidiano.

Neste íterim, Joan Scott (2017, p. 73) afirma que a associação dos estudos de gênero, raça e classe assinala a produção de uma ciência que compreende as desigualdades nas relações sociais em suas diversas faces:

O interesse pelas categorias de classe, de raça e de gênero assinalava, em primeiro lugar, o envolvimento do/a pesquisador/a com uma história que

⁶ “A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento” (Crenshaw, 2002).

incluía as narrativas dos/as oprimidos/as e uma análise do sentido e da natureza de sua opressão e, em segundo lugar, uma compreensão de que as desigualdades de poder estão organizadas ao longo de, no mínimo, três eixos.

As questões de gênero são radicalmente políticas e estão permanentemente relacionadas às outras questões como raça, religião, classe social, orientação sexual, entre outros. Estes profundos déficits sociais vitimizam ainda mais a condição feminina, desenhando uma realidade de descaso e discriminação, que culmina em inúmeras formas de violências de gênero. É importante frisar que as conquistas dos movimentos feministas, apesar de nobres, geralmente acessam as classes sociais mais abastadas, mormente quanto à possibilidade de qualificação profissional, formação cultural, divórcio e uso de métodos contraceptivos.

Durante a história, as mulheres brancas dominaram o discurso e a teoria feministas, contudo, realizar um movimento político sem estratégias antirracistas causa uma lacuna e, assim, as reivindicações não conseguem acessar a vida das pessoas envolvidas. A recusa feminista em realizar recortes étnicos e raciais, além de enfraquecer o discurso político do movimento, reforça a supremacia branca (Hooks, 2015).

A supremacia branca não está limitada a atividades violentas, perpetradas por grupos supremacistas, mas consiste num sistema racista que se desenvolve de várias maneiras, seja individual, institucional ou societário, ensejo no qual os corpos brancos, bem como suas práticas culturais e sociais, são considerados como normativos e superiores, e através do qual são concedidos às pessoas brancas *status* vantajosos de vários tipos no meio social. Todavia, pouquíssimas teólogas feministas têm lidado com a interrogação e a desconstrução daquela, numa omissão que denota como as questões de raça não são enfrentadas pela grande maioria dos estudiosos (Decoene, 2010).

Quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, Corrêa e Petchesky (1996) asseveram que escolha livre e responsável, no planejamento familiar, é uma expressão ambígua, indagando quem seria capaz de escolher responsabilmente quando as condições políticas e culturais não visam indivíduos socialmente responsáveis. Assim, defender a autonomia sexual e reprodutiva feminina sem considerar as condições sociais estruturais para manutenção de uma vida digna e,

portanto, as várias vulnerabilidades sociais que estão inseridas, não permitem que tais ideias vão muito longe no âmbito prático.

Neste sentido, várias feministas negras denunciam como o discurso racializado e misógino afeta diretamente a sexualidade e reprodução de mulheres negras, desde esterilizações em ambientes prisionais até a impossibilidade de acesso a serviços de saúde reprodutiva (Brandão; Cabral, 2021), desigualdades que produzem adoecimentos e mortes. Por sua vez, Angela Davis (2017) assevera que vários fatores de exclusão social, quando somados, podem privar ainda mais uma população do gozo de seus direitos, pontuando assim que a combinação de gênero e raça faz com que as mulheres negras enfrentam desafios somados.

Os deveres associados à saúde reprodutiva pertencem não somente aos indivíduos, mas também ao Estado e às agências intergovernamentais encarregadas de promovê-los, num contexto de equidade e responsabilidade social, atentando-se aos aspectos sociais e relacionais das mulheres como sujeitos de direitos.

Assim, surge o conceito de Justiça Reprodutiva, proveniente do feminismo negro, tornando-se popular na Conferência *Sister Song Women of Color Reproductive Justice Collective* em 2003 (Kikuchi, 2021). As feministas negras consideraram que o histórico de opressão e desumanização de corpos negros é um processo cíclico, indissociável de quaisquer discussões sobre o direito das mulheres negras ao próprio corpo. Apresenta, portanto, uma amplitude maior que a noção de direitos reprodutivos.

A conferência supracitada buscou trazer reflexões que mudassem a forma que as pessoas consideram raça, direitos e reprodução, visando reorganizar o público feminino e suas comunidades, para desafiar as estruturas desiguais de poder, culminando num processo transformador de empoderamento das minorias sociais (Ross, 2006).

Assim, sugere-se uma abordagem interseccional na disponibilização de informações, insumos e serviços públicos de saúde sexual e reprodutiva, propondo que a efetividade de direitos deve acontecer dentro de uma prática de solidariedade coletiva. Portanto, baseia-se em três atos: primeiro, o direito de decidir não procriar; segundo, o direito de decidir procriar; terceiro, o direito de criar a prole em boas condições sociais, livres de violências institucionais e pessoais, com pleno acesso a direitos (Schutz, 2023). Hogemann, Almeida e Brito (2022) salientam que a inclusão

do conceito da interseccionalidade no âmbito dos Direitos Humanos busca que o campo jurídico-normativo, as decisões judiciais e formulação de ações governamentais deem visibilidade aos grupos sociais em situação de vulnerabilidade política.

Desta forma, não é só sobre gênero, mas também sobre raça, classe, orientação sexual, deficiências, idade, localização geográfica e todas as imbricações sociais em que o público feminino está inserido no dia a dia. Busca-se por intervenções estatais capazes de enfrentar as diversas desigualdades sociais na utilização dos serviços públicos de saúde sexual e reprodutiva, ou seja, um atendimento integral e equânime.

Neste ínterim, Loretta Ross (2006, p. 15) ressalta como as demandas aqui destacadas são processos lentos de mudança social, mas extremamente necessários, tendo em vista que discute a participação ativa das minorias sociais no discurso público:

Reproductive justice draws attention to cultural and socio-economic inequalities, because everyone does not have equal opportunity to participate in society's cultural discourses or public policy decisions based on cultural and economic values, such as abortion, midwifery and mothering.⁷

Ademais, a autora afirma que é essencial considerar a diferença entre movimentos sociais de planejamento familiar e de justiça reprodutiva, tendo em vista que, no primeiro, teoricamente existiria espaço para que organizações supremacistas brancas realizem uma tentativa de controle demográfico, enquanto, no segundo, há um realinhamento político que busca a inclusão de grupos marginalizados nas ações governamentais (Ross, 2006).

Questões importantes a serem levantadas são, de acordo com Schutz (2023), examinar como o racismo institucional e as desigualdades sociais se proliferam naturalmente dentro das políticas públicas de saúde reprodutiva; averiguar quais são as demandas atuais das minorias políticas sobre o tema; realizar debates públicos acerca do papel da maternidade/paternidade; analisar se as políticas antinatalistas visam grupos sociais específicos, cuja reprodução não é socialmente valorizada.

⁷ Tradução livre: “Justiça reprodutiva traz atenção às iniquidades socio-econômicas e culturais, porque nem todos têm oportunidades iguais de participar dos discursos culturais da sociedade ou das decisões de políticas públicas baseadas em valores culturais e econômicos, como aborto, a obstetrícia, a maternidade.” (Ross, 2006, p. 15)

A valorização deste conceito evidencia os limites e as contradições da sociedade capitalista e do Estado Democrático de Direito. Apesar de existirem legislações, serviços e aparatos estatais que se apresentam, em tese, como iguais para todos, na prática cotidiana falham em atender equitativamente, sobretudo os segmentos mais pobres e negros da população (Oliveira, 2022).

Neste ponto, Butler (2003) diferencia sexo e gênero, conceituando que “sexo está relacionado a aspectos biológicos do corpo, já o gênero é culturalmente construído e corresponde a significados culturais assumidos pelo corpo”. Ademais, Joan Scott (2017) explica que conceituar gênero é útil à história, e não apenas a história feminina, pois lança luz ao aspecto relacional entre os sexos, propiciando um campo fértil para a análise das hierarquias sociais.

Assim, esta autora argumenta que o conceito de gênero foi criado para opor-se a um determinismo biológico nas relações entre os sexos, dando-lhes um caráter fundamentalmente social, discutindo que o estudo do gênero, ao lado dos marcadores sociais de raça e classe, assinala o interesse numa história que inclui os discursos dos oprimidos e permite aos historiadores analisar a natureza destas opressões (Scott, 2017).

Schwarcz (2019) ressalta que, não obstante o conceito de “raça física” tenha sido superado na História moderna, perdura ainda o conceito de “raça social”, perpetuando um ambiente discriminatório que faz com que pessoas pretas morram mais cedo e tenham menos acesso aos direitos de todos os cidadãos brasileiros.

Por fim, quanto ao fator de miserabilidade, Andrade e Machado (2018) explicam o fenômeno da feminização da pobreza, em que o público feminino está mais suscetível à pobreza e tem mais dificuldade em superá-la do que os homens, haja vista a disparidade salarial e o acúmulo de horas de atividades domésticas. Ressaltam que a pobreza feminina não se limita apenas à insuficiência de recursos materiais, mas também ao tolhimento da capacidade profissional e oportunidades disponíveis para o público feminino.

A vinculação da saúde reprodutiva a problemas mais amplos como racismo, disparidade econômica e colonialismo é imprescindível para remodelar a agenda da saúde reprodutiva para as experiências reais de meninas e mulheres. Existe, no centro do debate, dois eixos principais: a primeira, uma discussão voltada para o racismo e a colonialidade como elementos que fazem parte da estrutura do

acesso à saúde reprodutiva no Brasil; a segunda, com foco nas imposições de heteronormatividade e transfobia (Schutz, 2023).

Em relação ao Brasil, o conceito em tela tem sido amplamente adotado e disseminado pelas organizações feministas negras, definido como “conceito potência”. Ademais, estudos destacam que se deve considerar que as mulheres estão inseridas em “uma nação sem oferta de creches públicas e de escolas para primeira infância; e culturalmente não familiarizada com a divisão sexual do trabalho doméstico” (Brandão; Cabral, 2021, p. 11), de forma que as ações estatais devem ser capazes de enfrentar diversas as vulnerabilidades sociais.

Assim, Mary Hunt (2007) afirma que a justiça reprodutiva deve caminhar perpendicularmente com o desmantelamento do capitalismo, da supremacia branca e do colonialismo centrais. É visando a melhoria da saúde sexual e reprodutiva feminina, bem como considerando suas reivindicações por direitos em seu cotidiano, que se defende a aproximação da interseccionalidade à efetividade de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Todas estas referências fluem juntas na pretensão de ir além da descontextualização dos conceitos individuais de direitos, refletindo as condições sociais da autodeterminação individual.

Ademais, levando em consideração que o gênero transita entre os corpos de maneira diferente, é importante tratar também do exercício da maternidade e sexualidade por pessoas portadoras de deficiências. Relacionando gênero e deficiência, Souza e Madeira (2021) destacam que as mulheres deficientes vivenciam uma vulnerabilidade social duplicada, por conhecerem a experiência social feminina sob a perspectiva de um corpo com lesões.

Os autores verificaram, com base em estudos exploratórios, algumas barreiras sociais para o pleno exercício da maternidade, quais sejam, a superproteção ou rejeição familiar que, associado à falta de investimento educacional, priva as mulheres deficientes de autonomia no meio social, não permitindo que desenvolvam todas as suas potencialidades, dentre elas, o exercício de um projeto parental livre e responsável.

Diniz (2007) destaca que a tendência é de visualizar a deficiência de forma capacitista, no âmbito do tratamento e da reabilitação, fortalecendo a ideia de normatização de corpos. Não se defende, todavia, que as limitações e sofrimentos decorrentes da deficiência devam ser ignorados, mas sim que estas subjetividades

devem ser consideradas pela pauta política. O corpo não deve ser entendido como uma limitação em si mesmo, mas sim uma forma singular de viver e de estar.

Levando em consideração os papéis de gênero historicamente impostos ao público feminino (como o da reprodução e da maternidade), a conjugação do gênero com a deficiência, pelos padrões capacitistas, produz outra normatividade: que mulheres deficientes são incapazes para tal, como se fossem “menos mulheres” e, portanto, inaptas.

Além disso, já vulnerabilizadas pela autonomia de ser, viver e estar, há também de se considerar uma dimensão estrutural, identificada pela invisibilidade deste grupo nas políticas de saúde pública. Souza e Madeira (2021) problematizam, portanto, que as pesquisas se limitam a demonstrar qual o número de pessoas deficientes no país, todavia, destacam a falta de dados sobre a maternagem exercida por elas, o que resvala diretamente nas ações governamentais, ensejo no qual a atuação estatal não se aprofunda nas condições de sexualidade e reprodução do público feminino deficiente.

Assim, a perspectiva feminista e interseccional deve visualizar este grupo de minorias, não sob a lente da lesão, mas pela experiência subjetiva do corpo lesado, com suas particularidades e diversidades, que não pode ser anulada por um ideal genérico e normativo de independência a ser alcançado (Souza; Madeiro, 2021). Desta forma, Araújo e Araújo (2021) defendem um feminismo da deficiência, que busca refletir o exercício da autonomia da deficiente, tanto na seara relacional, quanto no contexto comunitário, buscando captar adequadamente as noções de apoio contínuo e interseccionalidade, assumindo a responsabilidade coletiva na superação do capacitismo.

Assim, voltando-se à justiça reprodutiva, Ross (2006) salienta a impossibilidade de se prever um modelo fixo de procedimentos e mecanismos que levem diretamente aos objetivos aqui discutidos. Contudo, destaca estratégias que devem ser levadas em consideração, como, primeiramente, a disseminação da lógica conceitual em tela, abordada sob o viés da distribuição desigual de poder político; bem como, a integração de círculos eleitorais multirraciais, multigeracionais e multiclassistas na arena política nacional e internacional.

Ainda de acordo com a autora, as demandas aqui discutidas deverão ser encabeçadas por coletivos de mulheres de cor e de baixo rendimento, todavia, destaca a imprescindível parceria com as organizações de movimentos feministas

liberais, para a construção de uma ação colaborativa e não competitiva. Assim, conjuntamente, poderão realizar uma atuação interseccional, que considere as estruturas sociais, econômicas e políticas relacionadas ao projeto parental. Ademais, inclui o direito à livre e plena sexualidade como parte da agenda (Ross, 2006, p. 19):

Since the right to have sex is a topic rarely discussed when addressing reproductive health and rights issues, SisterSong believes that sexual prohibitions are not only promoted by moral conservatives in this country, but also by reproductive rights advocates who fail to promote a sex-positive culture. Sex is not just for pro-creation and sexual pleasure – it is a human right⁸.

Desta forma, a autora pontua que a dificuldade em promover uma cultura sexual positiva reflete um problema estrutural, cultural e moralista que indica também a falta de uma abordagem interseccional que considere as opressões oriundas de gênero, raça e orientação sexual. Neste sentido, reconhecer os direitos sexuais como direitos humanos assegura às pessoas o poder de tomar livres decisões sobre o seu próprio corpo, motivo pelo qual se deve incluir plenamente o prazer e o bem-estar sexual como pautas legítimas democráticas.

⁸ Tradução livre: “Já que o direito de fazer sexo é um tema raramente discutido quando se abordam questões de saúde e direitos reprodutivos, Sister Song acredita que as proibições sexuais são promovidas não somente pelos conservadores morais neste país, mas também pelos defensores dos direitos reprodutivos que não conseguem promover uma cultura sexual positiva. O sexo não é apenas para procriação e prazer sexual – é um direito humano” (Ross, 2006, p. 19).

3 OS AVANÇOS E DESAFIOS NA EFETIVIDADE DA JUSTIÇA REPRODUTIVA À LUZ DO FEMINISMO DECOLONIAL

As dificuldades de acesso à justiça reprodutiva podem se manifestar de diversas maneiras, incluindo a insuficiência dos serviços ofertados, os estigmas por parte dos profissionais de saúde, a inadequação da infraestrutura, entre outros. Este capítulo busca analisar qual a conjuntura atual dos direitos sexuais e reprodutivos femininos na realidade brasileira, traçando um panorama das iniciativas governamentais, destacando os avanços que foram alcançados ao longo dos anos e abordando os principais desafios ainda presentes para o aprimoramento destas.

Com ênfase na pandemia da Covid-19, analisa-se como a crise agravou as desigualdades estruturais preexistentes e intensificando os obstáculos para a implementação de justiça reprodutiva. A sobrecarga nos serviços de saúde, a restrição de acesso a serviços essenciais, como pré-natal, contracepção segura e aborto legal, o aumento da violência doméstica e sexual, os estigmas sociais envolvendo a sexualidade feminina, tudo foi exacerbado pelo período pandêmico, o que enfatizou a precariedade social enfrentada pelo público feminino, mormente mulheres negras, pobres, indígenas, deficientes, entre outros (Bonan *et al.*, 2023).

Assim, delinea-se como os efeitos da crise sanitária perduram até a presente data, expressados nos índices volumosos de mortalidade materna, iniquidades no acesso ao aborto legal, prejuízo do planejamento reprodutivo pela perda da idade adequada, fortalecimento da agenda anti-gênero, etc.

Por fim, o capítulo explora como a modernidade está consolidada no imaginário social, definindo as relações de poder, em que a hierarquização e desumanização de pessoas obstrui a plena eficácia de direitos. Assim, introduz o feminismo decolonial como uma abordagem teórica e prática essencial para a reavaliação e implementação de políticas públicas mais equitativas, propondo uma reconfiguração de pensamento que valorize as experiências da população considerada como dominada, neste contexto, as mulheres de cor⁹, contribuindo significativamente para a promoção de uma Justiça Reprodutiva inclusiva e eficaz, alinhada com as necessidades do público feminino brasileiro.

⁹ Para Lugones (2003), o termo “mulheres de cor” deve ser compreendido como uma múltipla representação de mulheres negras, indígenas, mestiças, mulatas e outras que são vítimas de formas de opressão que são, ao mesmo tempo, racializadas e generificadas.

3.1 O panorama da justiça reprodutiva no Brasil: contexto prático e obstáculos

Na América Latina, há uma forte contraposição ao desenvolvimento dos direitos reprodutivos, presente nas mobilizações advindas do fundamentalismo religioso. Pautando-se numa suposta defesa da família “natural”, o ativismo conservador defende o papel tradicional feminino dentro do contexto familiar, que seria, obrigatoriamente, o da reprodução e do cuidado, opondo-se, conseqüentemente, à possibilidade de livre escolha da vida reprodutiva (Ruibal, 2014), o que se adequa às reivindicações feministas de segunda onda, conforme salientado no capítulo 2 desta dissertação.

Ainda assim, nas últimas décadas o Brasil tem apresentado uma expansão quanto à elaboração de políticas sexuais e reprodutivas (Corrêa; Kalil, 2020). Em 1965, a Sociedade Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) começou a oferecer serviços de planejamento familiar, mas tão somente em 1975 foram implementadas políticas governamentais de assistência à mulher, com a criação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI). No modelo vigente, a maior parte da atenção à saúde reprodutiva ocorre por intermédio da atenção primária.

No ano de 1985, por meio da Lei nº 7.353, foi instituído o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), o primeiro órgão de âmbito nacional com a responsabilidade de formular e promover políticas públicas direcionadas à eliminação da discriminação de gênero (Benigno; Vieira; Oliveira, 2021).

Posteriormente, em idos de 1993, o Estado brasileiro recebeu várias denúncias da incidência de esterilização em massa de mulheres, o que culminou na criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), destinada a investigar tais fatos. Foi constatado que pessoas jurídicas de direito privado estavam exigindo que mulheres realizassem cirurgias de laqueadura para que fossem admitidas em cargos de emprego e, de outro lado, que a realização da esterilização estava sendo objeto de troca por votos (Brasil, 1993).

Wenczenovicz e Maia (2022) destacam que as conclusões da CPMI não teriam confirmado a tese de uma relação direta entre as esterilizações e o racismo institucional. Todavia, as autoras salientam que, na época, havia uma comoção internacional ao redor das tentativas de controle demográfico e, ainda, a ausência de políticas públicas nacionais efetivas voltadas para a saúde reprodutiva.

A esterilização em massa traz consequências negativas no campo da cidadania e as relações sociopolíticas, já que vários estudos indicam a disseminação da prática em mulheres pobres e muito jovens, que são induzidas a realizar a cirurgia, sem, contudo, dispor de todos os esclarecimentos sobre a prática (Brauner, 2003), infringindo-se, portanto, a escolha livre e responsável do projeto parental. Destaca-se que o Brasil detém índices altos da realização da laqueadura tubária, mormente entre mulheres casadas e conviventes em união estável e, problematizando esta realidade, Brauner (2003, p. 31) afirma que:

Pesquisas demonstram que para muitas mulheres a esterilização é vista como o encerramento da vida reprodutiva, o que criou no país um pensamento de origem controlista, uma mentalidade contraceptiva que merece maiores estudos e reflexões. Este fato demonstra a falta de ações de cunho político, jurídico, econômico e social no que se refere aos direitos reprodutivos no país.

Ademais, Araújo e Araújo (2021) apontam a problemática da esterilização compulsória de mulheres portadoras de deficiências, examinando como o Poder Judiciário vem deferindo tais pedidos, sob o argumento da incapacidade civil da esterilizanda. A prática surge como suposto ato de proteção do cuidador para com a deficiente, todavia, se não for realizada a devida orientação da paciente quanto às possibilidades de vivência sexual e reprodutiva, bem como acerca da irreversibilidade da cirurgia, acaba desconsiderando e estigmatizando o corpo feminino deficiente.

Assim, analisando-se mais detidamente, os autores destacam que a prática busca erradicar as inconveniências advindas de uma prole indesejada, oriunda da sexualidade de corpos considerados defeituosos. Desta forma, a cirurgia da esterilização se coloca como o corolário da dupla vulnerabilidade da mulher deficiente, consoante explicado no capítulo anterior, considerando-se uma suposta inaptidão deste grupo para exercer sua sexualidade e reprodução.

Ainda na década de 1990, grupos de mulheres usuárias, profissionais de saúde e cientistas sociais criticavam os programas existentes como reducionistas, concentrando-se exclusivamente nos cuidados ao ciclo gravídico-puerperal, sem verificar as outras etapas da maternidade ou as desigualdades nas relações de gênero, que impactavam negativamente a saúde feminina. Assim, reivindicaram ações que promovessem a melhoria das condições de saúde ao longo de toda a

vida e garantissem equidade entre os diferentes grupos de mulheres (Machado; Penna, 2022).

Em 2003, portanto, o Governo Federal instituiu a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres (SPM), que criou o Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM). Desta forma, em resposta aos protestos destacados, o primeiro PNPM foi publicado em 2004, com uma série de recomendações que buscam assegurar os direitos femininos, e conta com três edições, a última datando de 2013 (Benigno; Vieira; Oliveira, 2021).

Empós, ocorreu a “I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres” em 2004, no âmbito federal, contemplando planos de ação para implementar os princípios do SUS, quais sejam, universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação da população e organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado (Mattos, 2009; Brasil, 2004). Considerou também raça, etnia e livre orientação sexual, buscando reconhecer e valorizar a contribuição dos movimentos feministas para a construção dos ideais de equidade de gênero (Mendes, 2023). Durante os próximos anos ocorreram ainda mais quatro Conferências Nacionais neste sentido, a última datando de 2021, a qual citou inclusive o aumento do índice de mortalidade materna durante o período pandêmico.

Neste mesmo ano, o Instituto ANIS (Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero) ingressou com uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) perante o STF, buscando o reconhecimento do direito ao aborto em casos de anencefalia (Diniz; Vélez, 2008). Após ampla análise e debates jurídicos, a ação resultou numa decisão histórica, garantindo a legalidade da interrupção da gestação nesses casos (Brasil, 2013).

Quanto à questão da mortalidade materna, inicialmente, cumpre salientar que índices elevados evidenciam, sobretudo, uma deficiência nos serviços de saúde, tendo em vista que estas são evitáveis em mais de 90% dos casos (Motta; Moreira, 2021) e agravadas por condições socioeconômicas desfavoráveis. Assim, conforme Nunes e Mendes (2015), está inversamente proporcional ao grau de desenvolvimento humano de uma região, sendo, portanto, a razão de mortalidade materna (RMM) um excelente indicador da eficiência de políticas públicas.

O estudo de Motta e Moreira (2021) buscou analisar a RMM no Brasil entre os anos de 1996-2018 e concluiu que, quanto maior a faixa etária da gestante, maior é o risco de morte materna (pelo aumento da incidência de doenças crônicas);

em mulheres de 10 a 29 anos, há a predominância de “complicações relacionadas ao puerpério”, enquanto, entre as de 30 e 49 anos, há maior importância de “complicações no trabalho de parto”; gestantes adolescentes tardam a iniciar o acompanhamento pré-natal; pela qualidade precária dos serviços de saúde, há uma maior incidência de óbitos por causas obstétricas diretas (ou seja, por complicações no ciclo gravídico-puerperal decorrentes práticas inadequadas ou omissões) e, dentre elas, destacou-se os distúrbios hipertensivos; por fim, observou-se que aborto inseguro foi a quinta maior causa de morte materna neste período.

Neste contexto, o Brasil se comprometeu com o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), qual seja, a redução da RMM em 70% entre os anos 1990 e 2015. Assim, a Câmara dos Deputados instaurou, em abril de 2000, uma Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas de índices tão altos de morte materna, justificada nas denúncias realizadas pela sociedade civil, quanto às inequidades do serviço público de saúde. Dentre suas conclusões, foi constatado que as maternidades públicas detinham condições precárias, ensejo no qual se problematizou a falta de alocação de recursos financeiros para a sua melhoria e salientou, ainda, que a grande maioria dos casos eram evitáveis (Brasil, 2000).

Assim, a Portaria nº 1.119, de 05 de junho de 2008, foi instituída para regulamentar a vigilância de óbitos maternos, contexto no qual surgiram os comitês de mortalidade materna, que visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para sua redução (Brasil, 2008). Têm como função a triagem de óbitos declaradamente maternos, não-maternos e presumíveis, ensejo no qual se constituem como uma importante fonte de estudo e informação, acompanhamento de estatísticas oficiais e aplicação de possíveis fatores de correção.

A última obrigação assumida pelo Governo Federal ante os organismos internacionais foi na ocasião da Agenda 2030 da ONU, em que a meta 3.1 se trata da redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) para menos de 30 mortes por 100 mil nascidos vivos, até o ano de 2030 (Nações Unidas, 2015).

A mais conhecida política pública de enfrentamento à morte materna é a “Rede Cegonha”, a qual foi institucionalizada pela Portaria nº 1.459/2011, surgindo após a condenação internacional do Brasil perante o Comitê CEDAW da ONU, no caso “Alyne Pimentel *versus* Brasil”, tendo sido a primeira vez que um Estado foi

responsabilizado por uma morte materna evitável perante o sistema onusiano, no ano de 2011 (Gonçalves, 2015; Brasil, 2011). Assim, a política ofereceu recursos para a ampliação de um pré-natal de qualidade, de teste rápido de gravidez e de detecção de doenças sexualmente transmissíveis, para a ampliação e qualificação de leitos de UTI adulto, UCI e UTI neonatal, leitos de gestação de alto risco, entre outros.

Ademais, no que tange à esterilização compulsória de mulheres deficientes, cumpre destacar a história de Janaína Aparecida Quirino, mulher negra e hipossuficiente que, no ano de 2017, encontrava-se em situação de rua, alcoólatra e usuária de drogas, mãe de oito filhos, em que quatro deles se encontravam recolhidos em abrigos. O Ministério Público do Estado de São Paulo manejou Ação Civil Pública nº 1001521-57.2017.8.26.0360, pleiteando pela realização da cirurgia de laqueadura tubária de referida senhora e, durante o processo, foi ressaltada a dificuldade que ela tinha na continuação de seus tratamentos de drogadição. Assim, a 2ª Vara Cível da Comarca de Mococa-SP deferiu o pedido ministerial, sem que a requerida pudesse, contudo, apresentar peça defensiva, seja por conta própria ou pela curadoria especial, sendo considerada revel (Araújo; 2019).

Assim, a cirurgia foi realizada, ensejo no qual Janaína assinou o termo de concordância, todavia, afirmou ao Portal G1 que sequer tinha consciência do teor da papelada (Assis; Bertolini, 2018). Empós, o Tribunal de Justiça de São Paulo decidiu pela improcedência do pedido, mas de forma tardia, considerando que o procedimento já teria sido feito. Desta forma, Araújo (2019) problematiza como a situação acima destacada não tutelou o direito à saúde da Janaína e, além disso, vulnerabilizou-a ainda mais:

O Ministério Público fundamenta o pedido inaugural nos direitos fundamentais à saúde e à vida, entretanto após a realização da cirurgia de esterilização a marginalização social na qual Janaína está inserida não mudou, sua dependência química não foi curada, seu poder familiar não foi restituído e, além disso, referida senhora fora presa provisoriamente. Aponta-se, assim, a possibilidade de violência institucional revestida por um verniz de proteção, questionando-se portanto quem seria o titular dos direitos que o representante do Ministério Público alega buscar proteger.

Para além disso, cumpre destacar a Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, que traz o procedimento de justificação e autorização da interrupção voluntária de gravidez, que dispõe de quatro fases, que deverão ser devidamente registradas e anexadas ao prontuário médico da gestante, garantida a

confidencialidade das informações. A primeira etapa se trata da confecção de um Termo de Relato Circunstanciado, que deverá ser assinado pela paciente (ou por seu representante legal, se for menor de idade) e por dois profissionais de saúde, indicando o dia e local do fato, descrevendo a forma de violência sofrida (quando se tratar do aborto decorrente de estupro) e identificação de testemunhas, se for possível (Brasil, 2020).

A segunda fase ocorrerá mediante a intervenção de um médico responsável, que realizará anamnese, exame ginecológico, avaliação de laudo ultrassonográfico e demais exames complementares que se fizerem necessários, emitindo-se parecer técnico. Após uma equipe de saúde multiprofissional composta por, no mínimo, três integrantes, dentre eles, obrigatoriamente, obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo, subscreverá o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez (Brasil, 2020).

A próxima fase se verifica com a assinatura da gestante do Termo de Responsabilidade, que constará a advertência expressa sobre os crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima do crime de estupro. Por fim, a quarta e última etapa se trata do esclarecimento acerca dos desconfortos do procedimento e possíveis riscos à saúde, o protocolo a ser adotado caso haja a necessidade de intervenção médica, a forma de acompanhamento e a garantia do sigilo de seus dados confiáveis, culminando, portanto, na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que conterá declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez (Brasil, 2020).

O Ministério da Saúde publicou documentos que afirmam a desnecessidade de apresentação de qualquer documento comprobatório, por parte da gestante, que ateste a violência sexual que afirma ter sofrido. O *Atenção Humanizada ao Abortamento* argumenta que, como o Código Penal não exige nenhuma documentação específica, a vítima não tem o dever legal de notificar o fato à polícia (Brasil, 2011), enquanto o *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* cita expressamente a dispensa do Boletim de Ocorrência para que seja realizada a interrupção da gravidez (Brasil, 2012).

Contudo, nos anos de 2013 e 2015, dentre as 37 instituições que realizavam aborto legal, 14% exigiam o Boletim de Ocorrência, 8% demandavam

também laudo do IML, 8% requisitavam alvará judicial, 11% solicitavam parecer do Comitê de Ética institucional, e 8% exigiam despacho do Ministério Público, tudo desacordo com o Código Penal e as diretrizes do Ministério da Saúde (Diniz; Madeiro, 2016). Em 2019, foi verificado 76 serviços de aborto legal, em que 21% afirmaram ser necessário apresentar o Registro de Ocorrência (Matos; Barros; Rocha, 2019), uma porcentagem maior que nos anos anteriores, o que demonstra que a escalada conservadora e a agenda anti-gênero se fortificam no imaginário social, influenciando diretamente a conduta das equipes multidisciplinares.

Neste sentido, Diniz e Madeiro (2016) destacam que o médico obstetra plantonista poderá se recusar a performar o procedimento e, assim, a vítima precisaria esperar até o outro dia para que outro médico plantonista concordasse em realizá-lo. Desta forma, o atendimento perpassa também uma negociação entre os profissionais da equipe médica disponível, como anestesistas, enfermeiros, entre outros, que aceitem participar do processo, sem falar na possibilidade destes realizarem questionamentos constrangedores e comentários humilhantes dirigidos às gestantes vítimas de violência sexual, como Diniz *et al.* (2014, p. 294) demonstra, ao colacionar trechos de entrevistas que realizou com integrantes de clínicas que performam aborto:

O que me marcou muito foi uma menina de 11 anos grávida que ela engravidou e o profissional de saúde do plantão e do outro plantão no final de semana não realizaram o aborto porque a menina não teria sido agredida fisicamente no ato sexual, então não era estupro. O pessoal do plantão, dois plantões seguidos, se recusou a fazer porque achava que ela gostara, a menina era safadinha.

Ademais, existe o medo de serem incriminados pela realização do aborto, caso não tenha sido realmente decorrente de estupro, portanto, a exigência de documentos comprobatórios, que é inconstitucional e ilegal, é vista como tentativas de proteger a equipe contra a possibilidade de que a gestante esteja mentindo sobre a violência sofrida. Todavia, se os médicos forem induzidos a erro na avaliação do caso apresentado a eles, incorrerão em erro de tipo, ficando isentos de punição¹⁰,

¹⁰“Art. 20 - O erro sobre elemento constitutivo do tipo legal de crime exclui o dolo, mas permite a punição por crime culposo, se previsto em lei. § 1º - É isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima. Não há isenção de pena quando o erro deriva de culpa e o fato é punível como crime culposo” (Brasil, 1940, s. p.).

uma informação imprescindível que, infelizmente, não se faz presente em sua formação acadêmica.

Uma década depois, no ano de 2022, foi lançado o *Manual de Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento*, dispendo que “aborto é um crime, mas quando comprovadas as situações de excludente de ilicitude após investigação policial, ele deixa de ser punido, como a interrupção da gravidez por risco materno” (Brasil, 2022, p. 15), dando a entender que a interrupção da gravidez dependeria de uma investigação policial que comprovasse o enquadramento de umas das hipóteses permissivas, o que, além de não encontrar respaldo legal, inviabilizaria o próprio procedimento médico, tendo em vista a impossibilidade de conclusão de inquérito policial ou até mesmo ação judicial durante o tempo da gestação.

Assim, se a lógica de intervenção policial e punitiva se infiltrar no ambiente médico, gera-se uma atmosfera de insegurança à vítima e dificuldades emocionais em buscar o serviço de abortamento, o que contribui, portanto, para a problemática da subnotificação de violência sexual – em outubro de 2023, estimou-se que o número de pessoas que buscaram atendimento é dez vezes maior que os casos registrados (Pesquisa, 2023).

Ademais, Diniz e Madeiro (2016) também problematizaram a baixa infraestrutura, pela ausência de espaços específicos para o atendimento de gestantes, a escassez destes serviços no interior do país e a necessidade de cobertura de profilaxia contra infecções sexualmente transmissíveis e anticoncepção de emergência.

Quanto ao limite da idade gestacional, salienta-se que o parâmetro de 22 semanas é utilizado em documentos médicos, nacionais e internacionais, para orientar a equipe médica caso surja algum problema que traga a necessidade de alguma intervenção para a retirada do feto: até esse marco, o protocolo é tratar a situação como aborto natural; após ele, trata-se como parto natural, ainda que o feto seja retirado sem vida (Morris *et al.*, 2017). Assim, não se trata de um impedimento à realização do procedimento de interrupção voluntária da gravidez, mas sim uma diretriz de atuação médica.

Contudo, há relatos de mulheres afirmando que as clínicas se negam a realizar aborto que ultrapasse 22 semanas, criando um óbice que não existe nem nos documentos médicos e nem no ordenamento jurídico, o que impede o pleno

exercício do direito ao aborto legal (Leite, 2024). No que tange à anencefalia fetal, por exemplo, o diagnóstico somente é possível a partir da 12^a semana e o próprio Ministério da Saúde editou norma técnica que permite a realização do aborto em gravidezes superiores a 27^a semana (Brasil, 2014), portanto, condicionar o procedimento a uma idade gestacional mínima se trata de mais uma barreira estrutural criada pela sociedade e sem respaldo médico ou legal, esvaziando a decisão tomada pela Suprema Corte na ADPF n^o 54.

Além disso, a hipótese que mais seria afetada pela limitação gestacional seria a da gravidez decorrente de estupro. Deve ser levado em consideração que o a violência sexual tem um forte recorte etário, em que 61,6% das vítimas têm até 13 anos de idade, e com alta recorrência familiar, pois 84,7% dos estupros de crianças e adolescentes são realizados por pessoas já conhecidas pela vítima e sua família (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024). Assim, por se tratarem de meninas muito novas, que ainda não conhecem o próprio corpo, existe uma dificuldade muito grande em reconhecer uma gestação; bem como, a vergonha e o receio de procurar os órgãos responsáveis e serviços necessários, pois o Estado e a sociedade, em geral, desconfiam da mulher; ademais, as dificuldades estruturais que podem encontrar na postura da equipe médica, conforme especificado acima.

Ainda assim, a Câmara dos Deputados votou o Projeto de Lei n^o 1904/2023, apresentado em 17/05/2024, que busca criminalizar mulheres que realizem a interrupção da gravidez após as 22 semanas de gestação, mesmo nos casos de aborto previsto em lei, sendo punidas com pena de seis a vinte anos de prisão (Brasil, 2024). Percebe-se como o Poder Legislativo está completamente alheio à realidade quando pretende incrementar as dificuldades à realização do aborto legal, num país registra 1 estupro a cada 6 minutos (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

Por derradeiro, cumpre destacar as especificidades do público feminino LGBTQIA+, tendo em vista que Silva *et al.* (2020) explicam a tendência em acreditarem que o câncer de colo do útero afeta exclusivamente mulheres heterossexuais, o que resulta numa menor conscientização e mobilização para a prevenção da doença, assim como para a prevenção do câncer de mama. Os autores ressaltam, ainda, que os profissionais de saúde têm pouco repertório teórico e prático para orientar mulheres homossexuais sobre sexo seguro e a importância

de exames preventivos, havendo, portanto, uma lacuna que desestimula este grupo a buscar consultas, exames e tratamentos de rotina.

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*, trazendo a previsão de inclusão de representantes LGBTQIA+ em instâncias de decisão e controle social em saúde; desenvolvimento de diretrizes que abordem as demandas específicas deste grupo social; adaptação dos serviços já existentes, para um atendimento inclusivo e livre de discriminações (Brasil, 2012). Em 2014, a *Atenção Integrada à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais* trouxe previsão expressa do direito ao planejamento familiar de casais lésbicos e bissexuais (Brasil, 2014), bem como, Nunes (2023) destaca que o uso de técnicas de reprodução assistida tem uma importância basilar no projeto parental lésbico, todavia, Silva *et al.* (2019) salientam a falta de ações governamentais inclusivas neste sentido.

Além disso, a questão socioeconômica é uma grande barreira para a utilização dos tratamentos de reprodução assistida, motivo pelo qual há uma grande busca por atendimentos gratuitos, principalmente pelo SUS, todavia há uma expressiva escassez de oferta destes serviços (Macedo *et al.*, 2023), pois, segundo a Anvisa (2023), existem nove centros públicos de reprodução assistida, para cento e oitenta e uma clínicas particulares.

Araújo, Duarte e Ribeiro (2024) salientam que sequer existe uma legislação no ordenamento jurídico brasileiro para regulamentar as técnicas de reprodução assistida, deixando-se a cargo das Resoluções do Conselho Federal de Medicina, as quais têm teor ético e são dirigidas aos médicos, ensejo no qual a omissão do Poder Público resulta no monopólio da iniciativa privada e na “coisificação” do projeto parental, prejudicando o caráter democrático do planejamento familiar.

3.2 As barreiras à efetividade da saúde reprodutiva com marco na pandemia da Covid-19 e a ampliação dos desafios

Inicialmente, salienta-se a existência de estudos anteriores aptos a demonstrarem que emergências sanitárias e desastres ambientais têm o condão de agravar desigualdades sociais previamente existentes (Bonan *et al.*, 2023). Quanto à pandemia da COVID-19, especificamente, cumpre destacar que o seu

enfrentamento foi heterogêneo, tanto em termos de abordagens científicas, quanto nas práticas dos serviços de saúde, variando de acordo com a postura adotada por cada Estado. Na América Latina, o Chile deu início à vacinação em 24 de dezembro de 2020, enquanto o Brasil demonstrou resistência às vacinas de origem russa e chinesa, o que resultou em um atraso no processo de imunização. Ademais, a Argentina adotou uma recomendação institucional para o isolamento social, enquanto o Brasil e o México enfrentaram legislações ambíguas no que diz respeito ao controle de fronteiras (Carneiro; Gaitan, 2024).

No Estado brasileiro, especificamente, o período pandêmico ocorreu num momento em que o país estava sob a gerência de um governo negacionista de extrema-direita, enfrentando crises políticas e democráticas (Bonan *et al.*, 2023). Nesse contexto, Sousa (2023) destaca a dificuldade de assegurar a continuidade dos serviços de assistência à saúde reprodutiva das mulheres, considerando que a própria OMS salientou a sua essencialidade (OMS, 2020).

O desamparo a serviços de saúde não diretamente vinculados ao combate do vírus manifestam o que a literatura em saúde coletiva denomina de "tirania do urgente". O conceito se refere a um conjunto de ações governamentais que priorizam respostas biomédicas imediatas, muitas vezes em detrimento de estratégias sustentáveis a longo prazo. Nesta seara, as necessidades permanentes de saúde reprodutiva, que não foram interrompidas pela crise sanitária, acabaram sendo agravadas por ela (Dantas *et al.*, 2023).

Valongueiro (2023) ressalta que o principal desafio consistia em como lidar com maternidades superlotadas, com profissionais que oscilavam entre o cansaço extremo e a perplexidade, enfrentando dificuldades na aplicação de protocolos inéditos e lidando com a escassez de leitos em unidades de terapia intensiva. Além disso, permanecia a questão de como assegurar a implementação das chamadas "boas práticas" — ainda em estágio inicial de desenvolvimento — no cuidado ao parto e ao nascimento.

Assim, surgiu a necessidade de reorganizar o fluxo de atividades ginecológicas e obstetrícias para o formato digital, tentando preencher as lacunas deixadas pelo Estado. Neste sentido, Carneiro (2022, p. 142) destaca a utilização da telemedicina, bem como de mudanças no plano de parto, por conta do medo de contágio:

Quanto ao pré-natal as mulheres narraram que o atendimento passou a acontecer mediante telemedicina e destacaram o espaçamento das consultas. Quanto ao parto quase 30% das mulheres mencionaram que gostariam de ter um parto em casa para se protegerem do contágio nos hospitais, mas não terem condições financeiras para essa experiência. Mas destacaram - acima de tudo - a sensação de desamparo diante de tantas notícias e ausência de cuidados por parte do Estado.

Salienta-se o estudo de Bonan *et al.* (2023), que realizaram, no ano de 2021, um questionário online com 113 perguntas objetivas acerca da saúde sexual feminina durante a pandemia, e uma pergunta aberta ao final, consistente em: “Você quer deixar algum comentário final sobre alguma das questões, ou sobre outro assunto que você considera importante?”. Os pesquisadores utilizaram, como metodologia, técnicas de análise de narrativa e temática e construção de memória, tendo agrupado as respostas em blocos temáticos.

O questionário foi respondido por 8.313 mulheres, contudo, somente 1.838 responderam a questão aberta, 53,8% se declararam como brancas, 58,4% tinham filhos e 48,4% eram jovens adultas, entre 18 e 39 anos de idade. Os relatos demonstram dificuldades na continuidade de tratamentos que começaram antes do período pandêmico, como lúpus, acompanhamento de nódulos, troca de DIUs vencidos, tratamentos de endometriose e de fertilidade, dificuldades em realizar exames preventivos do câncer do colo do útero. Ademais, citaram como a orientação médica fez falta em momentos de escolha de métodos contraceptivos que mais se adaptassem ao seu projeto reprodutivo, desregulamento de ciclos menstruais, períodos de climatério e menopausa (Bonan *et al.*, 2023).

As barreiras encontradas pelas mulheres foram de ordem tanto institucional — como o fechamento de serviços, horários reduzidos, falta de profissionais e a priorização do atendimento a casos de COVID-19 — quanto de ordem pessoal, destacando-se o receio de comparecer pessoalmente aos serviços de saúde e se expor ao risco de contaminação pelo novo coronavírus, tanto no setor público, quanto no setor privado (Bonan *et al.*, 2023).

Assim, o exercício do planejamento familiar restou prejudicado, pois, ainda de acordo com Bonan *et al.* (2023), as intenções de constituir filhos foram inevitavelmente adiadas, tendo em vista a incerteza do período pandêmico, e algumas mulheres até mesmo perderam a oportunidade de engravidar dentro da idade reprodutiva. O estudo cita que casais de classes sociais mais abastadas realizaram o procedimento de congelamento de óvulos, por não saberem quanto

tempo duraria a crise sanitária.

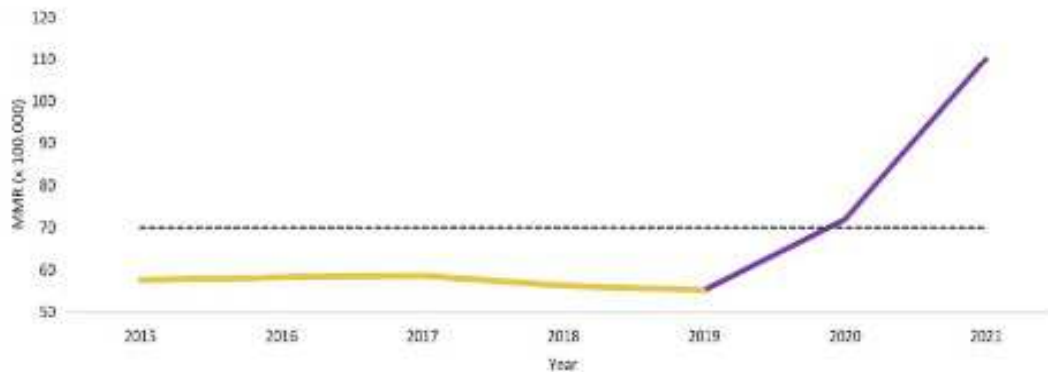
Ademais, Macedo *et al.* (2023) apresentam que a demora na disponibilização da vacina contra o corona vírus interrompeu tratamentos de fertilização *in vitro* de algumas pacientes e, assim, gerou preocupações quanto à possibilidade de ultrapassar a idade recomendada para a concepção.

Quanto às mulheres que tiveram seus partos realizados durante o período pandêmico, cite-se a inobservância das legislações acerca dos direitos da parturiente, como proibição de acompanhante no momento do parto (Bonan *et al.*, 2023), o que configura uma forma de violência obstétrica. Gianini *et al.* (2020) ressaltam a importância do acompanhante para que a parturiente se sinta segura e confortável, oferecendo-a suporte necessário durante todas as fases do parto, o que contribui para a sua humanização.

Assim, importa frisar as questões psicológicas pertinentes ao enfrentamento de uma crise sanitária em meio a uma gestação, tendo em vista o medo vivido pelas gestantes e suas famílias em relação ao parto e ao nascimento. Esse temor estava relacionado ao risco de isolamento em hospitais contaminados pela COVID-19, bem como ao perigo de contaminação, adoecimento e a possibilidade de uma morte solitária, tanto da gestante quanto do seu bebê (Valongueiro, 2023).

Ademais, foi no período da crise sanitária que o Brasil retrocedeu trinta anos nos indicadores de mortalidade materna (Valongueiro, 2023), ensejo no qual foram registrados 2.055 óbitos maternos em mulheres com COVID-19 no período de 2020 a 2022, divididos em 462 em 2020, 1.518 em 2021 e 75 em 2022 (Observatório Obstétrico Brasileiro, 2021).

Em 2021, com a circulação da variante Ômicron e a ausência de vacinação ampla, a situação se agravou, e a mortalidade materna atingiu níveis alarmantes, registrando um aumento de aproximadamente 200% em relação ao período anterior, como se percebe no parágrafo acima. As mortes maternas causadas pela Covid-19 representaram 59,8% do total, evidenciando não apenas o crescimento significativo no número de óbitos, mas também uma alteração na distribuição das causas de morte (Valongueiro, 2023), conforme gráfico 1 abaixo:

Gráfico 1: Série temporal de mortalidade materna, Brasil 2015-2021

Fonte: Guimarães (2023, s. p.).

As famílias das gestantes e puérperas relatam um atraso na identificação dos sintomas relacionados à síndrome respiratória, salientando que aquelas foram colocadas numa posição constrangedora durante o atendimento gineco-obstétrico, como se constata no estudo de Diniz, Brito e Rondon (2022, p. 1):

As mulheres foram informadas de que seus sintomas respiratórios, como dispnéia/falta de ar, eram 'enjôo/fadiga da gravidez', 'nervosismo', era 'alguma coisa na cabeça', e algumas foram até questionadas se haviam 'desaprendido a ser mãe', 'desaprenderam como é estar grávida', ou 'foram encaminhadas para um psiquiatra'.

É importante citar, ainda, atrasos nas internações de gestantes diagnosticadas com o vírus, uma vez que os hospitais demoravam excessivamente para admiti-las, ensejo no qual dados epidemiológicos brasileiros indicam que o tempo médio de espera para internação foi de sete dias. Em diversos casos, a demora foi reiterada por até cinco vezes no mesmo estabelecimento, sendo mais evidente a recusa em admitir gestantes negras. Ademais, os familiares relataram uma cobrança excessiva, com frequente culpabilização e responsabilização das gestantes em relação aos sintomas apresentados (Diniz; Brito; Rondon, 2022).

Neste sentido, Santos *et al.* (2021) salientam que gestantes negras, em comparação com as brancas, foram hospitalizadas em condições clínicas mais graves, necessitando de cuidados intensivos e ventilação mecânica com maior frequência. Assim, as taxas de letalidade por COVID-19 foram significativamente mais altas entre mulheres negras do que entre brancas.

O dossiê "Mulheres negras e justiça reprodutiva", elaborado pela ONG Criola, apresenta dados quantitativos acerca dos direitos humanos femininos,

referente aos anos 2020 e 2021, atestando como as mulheres negras aparecem como alvo prioritário, exceto no eixo das lesões auto-provocadas, em que o capítulo “Dimensão 2 – situação de saúde e direitos humanos sexuais e reprodutivos – Brasil” demonstra a desassistência à saúde da mulher negra, sendo 65,93% dos casos de mortalidade materna, 47,98% das internações por aborto e 45,21% dos óbitos decorrentes de aborto (Criola, 2021).

Há uma carência de estudos sobre a possível relação epidemiológica sobre o abortamento durante a crise sanitária, na literatura nacional e latino-americana. Nesta seara, destaca-se a extrema repulsa do Governo Federal brasileiro do período pandêmico quanto ao trato da interrupção voluntária à gravidez como problema público, tendo em vista a sua reação extremamente negativa à Nota Técnica nº 16, elaborada por técnicos da Coordenação de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, no dia 1º de junho de 2020, a qual abordou o acesso à saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia de Covid-19 (Brasil, 2020). O documento simplesmente menciona as três hipóteses previstas pela legislação brasileira para a interrupção da gestação e, por conta disso, o Presidente da República à época determinou sua revogação e a exoneração da equipe responsável pela elaboração da nota, sob a justificativa de que estaria em desacordo com a postura governamental contrária à prática do aborto (Brandão; Cabral, 2021).

Adotado em diversos países durante a pandemia e amplamente recomendado por organismos internacionais, o aborto via telessaúde teve início no Brasil em agosto de 2020, implementado pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, em Minas Gerais. O serviço permite que pessoas elegíveis para a interrupção da gravidez, nos casos permitidos em lei, realizem o procedimento no ambiente domiciliar, sob acompanhamento remoto e multidisciplinar, garantindo, assim, maior acessibilidade e segurança no contexto emergencial da crise sanitária. O protocolo deste serviço foi elaborado pela equipe do Núcleo de Atenção Integral às Vítimas de Agressão Sexual (Nuavidas), com apoio técnico da Anis – Instituto de Bioética, e implementado a partir de recomendação emitida pelo Ministério Público Federal (Dantas *et al.*, 2023).

Assim, em 2021 foi publicada a cartilha *Aborto Legal via Telessaúde: Orientações para serviços de saúde* (ANIS, 2021), com respaldo em parecer do Conselho de Farmácia de Minas Gerais e em recomendação do Ministério Público

Federal. Todavia, conforme explicitado anteriormente, o tabu envolvendo o direito à interrupção da gravidez é um percalço constante na agenda democrática, ensejo no qual o Ministério Público Federal propôs, perante a Justiça Federal de Minas Gerais, uma ação civil pública contra a União, argumentando que a iniciativa seria ilegal e que os procedimentos seriam danosos à vida do público alvo (Dantas *et al.*, 2023).

Em termos constitucionais e legais, não haveria impasses, já que o atendimento se dava nos casos já reconhecidos de aborto legal, e utilizando a intermediação pela telessaúde, que estava autorizada pela Lei nº 13.989/2020. Além disso, do ponto de vista científico, estudos realizados concluíram que o teleaborto, realizado com o uso de medicamentos e sem a necessidade de testes ou exames de imagem, não apenas é eficaz para a interrupção da gestação, mas também seguro para as pessoas que se submetem ao procedimento (Hogemann; Almeida; Brito, 2022).

Várias entidades se habilitaram na ação supramencionada como *amicus curiae*, como a clínica jurídica Cravinas - Práticas em Direitos Humanos e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Bloco A, Instituto M-Sapiens, Anis Bioética e Católicas pelo Direito de Decidir. Assim, em decisão liminar, o órgão judicante consignou que haviam evidências científicas robustas que atestavam a eficácia e a segurança do uso dos medicamentos abortivos fora do ambiente hospitalar, contudo, em junho de 2022, foi suscitado conflito negativo de competência e a ação foi extinta sem resolução do mérito (Dantas *et al.*, 2023).

Paralelamente, a médica obstetra Helena Paro, coordenadora do Nuavidas, foi denunciada perante o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais pela elaboração da cartilha em tela, ensejo no qual a profissional teve uma sindicância instaurada contra si, a qual, até a presente data, ainda se encontra em andamento (Fonseca, 2023). Assim, as situações acima destacadas são mais exemplos de instrumentalizações de estratégia anti-gênero, conjuntura em que a autonomia reprodutiva feminina segue socialmente estigmatizada e perpassada por resistências institucionais.

Não obstante, Hogemann, Almeida e Brito (2022) destacam que a inclusão do aborto entre os serviços oferecidos por telemedicina foi um mecanismo que demonstrou, mais uma vez, a essencialidade da interrupção da gravidez, portanto, garantir a continuidade do seu oferecimento é um direito fundamental.

Não se pode deixar de citar o notório caso da menina capixaba de dez

anos de idade, que teve seu direito a aborto legal negado em várias clínicas, não obstante estar enquadrada numa das hipóteses permissivas do Código Penal, qual seja, gravidez resultante de estupro. Argumentou-se que a gestação já havia passado das 20 semanas, motivo pelo qual a sua interrupção estaria supostamente inviabilizada, contudo, conforme já foi explicado neste capítulo, este fundamento não deve prosperar e, assim, a menina precisou recorrer ao Poder Judiciário para conseguir realizar o procedimento (Jimenez, 2020). Cumpre destacar que nem a legislação e nem as normativas do Ministério da Saúde exigem autorização judicial para a prestação do serviço de abortamento nos casos expressamente autorizados.

A menina vinha de um longo e tortuoso ciclo de negligências, tendo em vista que era vítima de violência sexual cometida pelo seu próprio tio desde os seis anos de idade, portanto, tratava-se de um caso que demanda especial atenção. Ainda assim, o tempo despendido entre as negativas administrativas e a propositura da ação em comento, bem como, as viagens realizadas pela criança e sua família para encontrar o hospital apropriado ao procedimento (tão somente em Recife, capital do Pernambuco), prolongaram o estado gravídico da menina e, conseqüentemente, o seu sofrimento físico e psíquico.

Como se não fosse suficiente, a então ministra da Secretaria da Mulher, Damares Alves, foi responsável por divulgar o caso nas redes sociais, desencadeando a mobilização de grupos de ativistas conservadores. Esses grupos se reuniram em frente ao hospital onde seria realizada a interrupção da gravidez, formando correntes humanas e gritando palavras de ordem contra o médico que performaria o aborto (Jimenez, 2020). Assim, o que deveria ter sido um procedimento seguro virou um jogo político e um espetáculo de misoginia, e se somou às violências que a criança já sofria no seio familiar há quatro anos, deixando-a completamente desassistida, pela sociedade e pelo Estado.

Neste íterim, Oliveira *et al.* (2024) destacam que a frequência dos casos de violência sexual aumentou, tendo em vista que o isolamento social, as restrições de mobilidade e o fechamento de escolas obrigaram que meninas e mulheres ficassem confinadas com seus agressores. Contudo, as taxas brutas de notificações, que vinham aumentando progressivamente até 2019, diminuíram durante os anos pandêmicos, o que atribuem a uma subnotificação dos casos, mormente pela restrição dos serviços de apoio às vítimas de violência e medo de contaminação do vírus.

Foi nesta mesma época que o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.282, trazendo a obrigatoriedade do profissional de saúde notificar a autoridade policial quando a unidade hospitalar receber casos de aborto de gravidezes decorrentes de violência sexual (Brasil, 2020). A justificativa para esta mudança foi uma suposta necessidade de proteger os profissionais de saúde, diante da alteração da natureza da ação penal do crime de estupro, que passou a ser pública incondicionada, por conta da Lei 13.718/2018. Ocorre que a Portaria também estabeleceu que os profissionais deveriam buscar preservar as evidências materiais, como fragmentos de embrião ou feto, e perguntar à gestante se ela desejaria visualizar o feto ou embrião por meio de ultrassonografia, antes de proceder com o abortamento (Brasil, 2018).

Hogemann, Almeida e Brito (2022) salientam como o documento é ambíguo, pois, enquanto tem o viés de coletar mais provas aptas a comprovar a autoria do crime de estupro, transforma o espaço hospitalar num ambiente inquisitório, desprovido de acolhimento médico. Conseqüentemente, a Portaria foi objeto da ADPF nº 737 e ADI nº 6.522, perante o Supremo Tribunal Federal, o que levou a sua revogação e perda do objeto das ações, ensejo no qual o Ministério da Saúde elaborou novo documento, qual seja, a Portaria nº 2.561, que é a política pública de aborto legal implementada atualmente no Brasil, conforme salientado anteriormente, que manteve os requisitos da notificação ao delegado e da preservação das evidências materiais, mas ficou silente quanto à visualização do feto (Brasil, 2020).

Para além disso, por conta da expansão da telemedicina, em dezembro de 2021 o Hospital das Clínicas FMUSP idealizou o TeleUTI Obstetrícia, com o objetivo de realizar consultorias entre as equipes médicas, com programas de capacitação em 27 hospitais, um em cada Estado, focando no cuidado de gestantes e puérperas nas UTIs, bem como, gravidezes de risco e complicações pós-parto. A iniciativa foi um importante canal entre os profissionais de saúde, ensejo no qual discutiram 561 pacientes, sendo 63,8% gestantes, 29,4% puérperas, 2,3% sofreram abortamento e 4,45% casos não obstétricos, com um total de mais de 2000 casos. Assim, emerge como uma ferramenta crucial na redução da mortalidade materna, possibilitando que a expertise em gestação de alto risco de hospitais como o HC-FMUSP seja compartilhada com outros hospitais, contribuindo assim para a diminuição da RMM no país (UNFPA Brasil, 2023).

No Relatório Global de Disparidade de Gênero de 2024, publicado pela ONU Mulheres, o Brasil ficou na 66ª posição, dentre as 146 economias avaliadas. Portanto, encontra-se abaixo da média, indicando a necessidade de políticas mais robustas para reduzir as desigualdades de gênero. A pesquisa analisa a paridade de gênero em quatro dimensões, quais sejam, oportunidades econômicas, nível educacional, saúde e empoderamento político (World Economic Forum, 2024).

Quanto ao direito à saúde, o relatório demonstra avanços muito moderados e, especificamente quanto à sexualidade e reprodução, destaca a existência de altos índices de mortalidade materna, principalmente em regiões como Norte e Nordeste; limitações no uso de serviços de saúde sexual e reprodutiva, agravados por políticas restritivas e subfinanciamento na atenção básica; crescimento da desigualdade durante a pandemia, com aumento de gestações precoces e dificuldade de obtenção de métodos contraceptivos. Por fim, o estudo conclui que as áreas mais críticas em desigualdade de gênero no Brasil são a participação política e a igualdade econômica (World Economic Forum, 2024).

O Observatório Obstétrico Brasileiro publicou um estudo analisando a saúde materna durante a COVID-19 e, quanto às lições apreendidas, ressaltou a importância da criação de unidades de terapia intensiva especializadas na atenção à saúde de gestantes e puérperas. Frisou que, durante a gravidez, os valores de gasometria são distintos da população não gestante, mediante o aumento da frequência respiratória, por conta das trocas de oxigênio e de gás carbônico entre a mãe e o feto. Assim, levando em consideração que uma em cada três mulheres que morreram sem conseguir utilizar ventilação mecânica, a falta de UTIs especializadas pode ter contribuído para que viessem a falecer sem intubação orotraqueal (UNFPA Brasil, 2023).

A partir dessas informações, percebe-se que as políticas generificadas voltadas à saúde surtem efeitos benéficos, mas não se pode ignorar que o contexto ainda é desfavorável para o público feminino, ensejo no qual o próximo passo seria a correção de falhas, visando o melhoramento dos índices atuais, tendo em vista que, de acordo com Valle (2016), as políticas públicas se constroem a partir da continuidade.

3.3 Feminismo Decolonial e justiça reprodutiva: raça, gênero e sexualidade no exercício da autonomia feminina

Segundo Aníbal Quijano (2000), sociólogo peruano e um dos principais nomes da teoria apresentada adiante, a modernidade se caracteriza pela imposição de um modelo específico de produção de conhecimento, contexto no qual o Ocidente se posiciona como Sujeito que interpreta e desvenda o Outro (América, Oriente e África), o que resulta na objetificação de pessoas e grupos sociais.

Assim, Carvalho (2023) salienta que, no contexto da exploração das populações indígenas e africanas pelos europeus, a colonialidade é um elemento constitutivo da modernidade. Dessa forma, o eurocentrismo, a expansão do sistema capitalista, a colonialidade e a invenção das Américas estão interligados, configurando os eixos estruturantes de um padrão de poder global. A modernidade tenta controlar a existência de outros mundos, ensejo no qual lhes nega o direito de ser e de existir, roubando-lhes a validade. Esta negação, segundo Lugones (2014), é a colonialidade.

O pensamento decolonial busca, inicialmente, explicar de que forma o Grupo Modernidade/Colonialidade consolidou o capitalismo na sociedade, como consequência direta da violenta história do colonialismo europeu, o qual se baseou numa hierarquização entre pessoas, quais sejam, dominantes versus dominados. Mignolo (2017) explica que, na época, práticas econômicas desconsideravam vidas humanas tidas como inferiores, enquanto a produção de conhecimento buscava legitimar o racismo e a suposta inferioridade das classes sociais consideradas subalternas.

Por conta do processo de conquista e exploração das Américas, as formas de representação do mundo e dos indivíduos foram transformadas mediante a imposição violenta de categorias. De acordo com Quijano (1992), mesmo com a independência das colônias europeias, o pensamento colonizado permanece no imaginário da sociedade. Desta forma, a matriz colonial de poder é um processo complexo de controle e administração, desdobrada em quatro domínios: controle da economia e da autoridade, do gênero e da sexualidade, do conhecimento e da subjetividade (Quijano, 2005).

Ademais, outro objetivo dos estudos decoloniais, senão o mais relevante, é remodelar essas estruturas assimétricas, centralizando o debate nos processos de

racialização e questionando as classificações raciais e culturais, em que “la decolonialidad es un proceso de resignificación a largo plazo, que no se puede reducir a un acontecimiento jurídico-político”¹¹, como apontam Castro-Gómez e Grosfoguel (2007, p. 17).

Nesta seara, importa diferenciar as teorias decolonial e pós-colonial, porque, apesar de proporem modos de estudo e análise parecidos, têm pontos de partida diferentes. A primeira é elaborada mediante a análise das bases estruturais do contexto social latino-americano, demonstrando como a modernidade se impõe diretamente nos processos políticos e econômicos; enquanto a segunda examina os impactos culturais do colonialismo, entendendo o sistema mundial atual como natural, negando que a exploração perdura e, assim, não se dispõe a questionar as estruturas de poder (Ferrara; Carrizo, 2021).

Quijano (2014) destaca que o conceito de raça se constitui como o instrumento de dominação mais eficaz do mundo moderno, funcionando como um regulador das dinâmicas de poder entre os diferentes povos, em que o autor compreende ser o principal critério de ordenação de toda a população. Todavia, limitar a discussão somente às questões de raça pode invisibilizar outros recortes sociais importantes, conforme explicam Reis e Andrade (2018, p. 3):

Buscando a emancipação absoluta de todos os tipos de opressão e dominação, ao articular interdisciplinarmente cultura, política e economia de maneira a construir um campo totalmente inovador de pensamento, que privilegie os elementos epistêmicos locais em detrimento dos legados impostos pela situação colonial.

Foi neste íterim que Maria Lugones, socióloga argentina, desenvolveu a teoria sobre a decolonialidade de gênero, afirmando que a concepção de gênero de Quijano se limita a uma compreensão das estruturas biológicas do corpo humano, associando-se a uma visão dicotômica da sexualidade, o que se conecta diretamente com a heterossexualidade normativa e com o patriarcado, sendo insuficiente para realmente decolonizar as estruturas de poder (Lugones, 2008).

A autora explica que a missão civilizatória também utilizou o gênero como arma, mesmo que seu objetivo principal não fosse a "generização" – entendida como a transformação de identidades –, mas sim a "bestialização" dos colonizados, uma suposta transformação de sua natureza. Nesse contexto, evidencia-se a construção

¹¹ Tradução livre: “A decolonialidade é um processo de resignificação a longo prazo, que não se pode reduzir a um acontecimento jurídico-político” (Castro-Gómez; Grosfoguel, 2007, p. 17).

de um dimorfismo sexual, no qual o interesse pelo sexo é isolado aos colonizados e associado à sua bestificação (Lugones, 2014). Esse processo de desumanização do povo colonizado é, portanto, uma característica central da exploração colonizadora.

A categorização moral entre o bem e o mal, proveniente de uma lógica cristã, serviu para atribuir à sexualidade feminina um caráter maligno, especialmente no que diz respeito às mulheres de cor. Assim, no contexto da colonialidade de gênero, evidencia-se a existência de múltiplos estereótipos relacionais, que reforçam e sustentam as dinâmicas de opressão (Lugones, 2014).

Essa situação contribui para a perpetuação de uma visão que até hoje identifica mulheres e homens racializados como corpos marcados pela hipersexualização, no que Gomes (2018, p. 75) aponta que são vistos como “dotados não de gênero, desejo e sexualidade, mas de sexo, instinto, impulso”.

Assim, é salutar utilizar o gênero como categoria de análise decolonial, compreendendo que este é produzido juntamente à categoria da raça. Como pontua Gomes (2018, p. 69), “o gênero é informado pela raça, a raça é informada pelo gênero”, sendo insuficiente examiná-las de forma isolada; é necessário compreendê-las conjuntamente, pois ambas constituem elementos centrais da desumanização inerente à colonialidade. Nesta seara, até mesmo a nomenclatura das categorias seleciona os dominantes daquele grupo, conforme explica Lugones (2008, p. 25):

‘Mujer’ selecciona como norma a las hembras burguesas blancas heterosexuales, ‘hombre’ selecciona a machos burgueses blancos heterosexuales, ‘negro’ selecciona a machos heterosexuales negros y, así, sucesivamente. Entonces, se vuelve lógicamente claro que la lógica de separación categorial distorsiona los seres y fenómenos sociales que existen en la intersección, como la violencia contra las mujeres de color. Dada la construcción de las categorías, la intersección entre ‘mujer’ y ‘negro’ hay una ausencia donde debería estar la mujer negra precisamente porque ni ‘mujer’ ni ‘negro’ la incluyen. La intersección nos muestra un vacío.¹²

Segato (2007), por sua vez, aponta que deve ser considerada a densidade das diferenças culturais e dos antagonismos históricos de cada região, que influenciam diretamente na percepção da negritude, para que se reflita sobre as

¹² Tradução livre: “Mulher’ seleciona como norma as mulheres burguesas brancas heterossexuais, ‘homem’ seleciona os homens burgueses brancos heterossexuais, ‘negro’ seleciona homens heterossexuais negros, e assim por diante. Então, fica logicamente claro que a lógica da separação categórica distorce os seres sociais e os fenômenos que existem na intersecção, como a violência contra as mulheres negras. Dada a construção das categorias, na intersecção entre ‘mulher’ e ‘negra’, há uma ausência onde a mulher negra deveria estar, justamente porque nem ‘mulher’ nem ‘negra’ a incluem. A intersecção nos mostra um vazio” (Lugones, 2008, p. 25)

diversas formas de organização social, buscando promover uma luta feminista que contemple as demandas do público feminino da América Latina.

Os povos originários e indígenas, bem como os grupos sociais e comunitários, possuem maior transitoriedade nas posições de gênero, divisão de tarefas que não espelha a divisão sexual do trabalho¹³, respeito pela homossexualidade e identidades de gênero mais fluidas, ensejo no qual o “fazer gênero” dos povos originários latino-americanos comporta múltiplas concepções. Contudo, a autora explica que estes exemplos não devem ser tomados como um ideal a ser seguido, mas sim para reiterar que a violência colonizadora é a responsável pela normatividade rígida de gênero, centrada na reprodução e na domesticidade feminina, buscando lutar contra uma conduta “desviante” de sexualidade (Gomes, 2018). Assim, a decolonialidade do gênero explica que a distinção dicotômica entre homem e mulher mantém a binariedade hierarquizada (Lugones, 2014).

Desta forma, percebe-se que o significado de gênero não é uniforme, em todas as sociedades, localidades ou contextos. Além disso, examinar as outras formas de “fazer gênero” é reconhecer que as teorias feministas e *queer* são mais antigas do que a maioria da sociedade presume, o que enfraquece a argumentação do ativismo conservador de “destruição da família”.

Ademais, a decolonialidade não deve ser pensada somente para abranger as mulheres de cor. Não se trata de afirmar a existência de racismo contra mulheres brancas, mas sim ressaltar que os estereótipos de fragilidade, domesticidade e doçura atribuídos a elas são construídos em oposição ao que se espera das mulheres de cor. As noções de feminilidade e masculinidade são, portanto, também produzidas de modo racializado (McClintock, 2010).

O estudo de Gomes (2018), por fim, traz o questionamento “todas fazemos gênero?”, apresentando que, preliminarmente, uma resposta é positiva, já que todas atribuem sentido social ao seu próprio corpo e realizam suas funções reprodutivas. Contudo, como distribuição de poder hierarquizante, a resposta não é rápida ou fácil de se encontrar, e exige a utilização do gênero como categoria decolonial, investigando o que a colonialidade europeia apagou nos povos

¹³ Ainda que haja divisões de papéis entre “machos” e “fêmeas”, consideradas a partir de diferenciações biológicas, não levam necessariamente à consequência hierárquica do gênero binário (que são duais e assimétricas), posto que nem sempre se reduzem a dois pares (Gomes, 2018).

originários, e como as noções modernas preenchem a posição dos dominados versus dominantes.

Assim, Lugones (2014) afirma que decolonizar o gênero é uma práxis¹⁴, começando pelo que a autora define como resistência, ou seja, “a tensão entre a sujeitificação (a formação/informação do sujeito) e a subjetividade ativa” (Lugones, 2014, p. 940). Nesta subjetividade, o sujeito se vê imerso em múltiplas opressões e se compreende como o Outro social, adquirindo agenciamento pessoal para se reconhecer como pertencente às comunidades consideradas “impuras”. Expressa-se infrapoliticamente, ou seja, voltando-se para dentro, em que os grupos comunitários passam a constituir os seus próprios significados, recusando aqueles impostos pelo poder colonial.

Desta forma, traz-se à tona o feminismo decolonial, como a teoria que busca ampliar as concepções feministas de base eurocêntrica, tendo em vista que estas são insuficientes para abarcar a complexidade das violências experimentadas pelas mulheres, realizando uma revisão epistemológica e abrindo caminho para uma pluralidade de perspectivas.

Nesta seara, Bourguignon (2024) aponta como os direitos sexuais e reprodutivos são historicamente moldados pelas práticas coloniais, ensejo no qual a justiça reprodutiva se amolda à epistemologia feminista decolonial, buscando aplicar abordagens interdisciplinares para contestar ideologias racistas, sexistas, heteronormativas, entre outras.

Assim, o campo da saúde reprodutiva é fértil para identificar as iniquidades produzidas pelos eixos interseccionais de opressão, sendo um mecanismo de luta contra a colonialidade de gênero.

¹⁴ “Para Marx, a práxis consiste em um tipo específico de ação, notadamente, a ação voltada para um fim e que seja capaz de transformar o mundo, seja o mundo externo através da socialização dos produtos do trabalho, ou o mundo subjetivo e social através da mudança da estrutura e relações de trabalho, o que nos leva ao núcleo essencial entre teoria e prática que podemos encontrar em seu conceito de práxis” (Silva, 2017, p. 92).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DECOLONIAIS DE JUSTIÇA REPRODUTIVA FEMININA

Leonardo Secchi (2016) explica que o estudo das políticas públicas busca analisar as decisões e ações governamentais direcionadas à resolução de problemas sociais, econômicos e ambientais, defendendo, portanto, uma visão multidisciplinar do tema. Destaca, portanto, que estas são fruto de processos complexos, envolvendo formulação, implementação e avaliação, nos quais interagem atores do setor público, privado e da sociedade civil, em um esforço conjunto para enfrentar desafios coletivos.

Desta forma, o presente capítulo utiliza elementos trazidos por Valle (2016), apontando as etapas sequenciais da formulação destas políticas, quais sejam: 1) Reconhecimento do problema; 2) Formação da agenda; 3) Formação da política; 4) Escolha da alternativa estratégica; 5) Implementação da política; 6) Avaliação dos resultados.

De acordo com Lima (2013), a redemocratização do regime político brasileiro e a luta de movimentos sociais influenciaram para que as ações governamentais se organizassem em torno da problemática de gênero. Assim, Farah (2004) explica que políticas públicas generificadas são aquelas que reconhecem a diferença relacional entre os gêneros e, portanto, implementam ações dirigidas especificamente para o público feminino; bem como, a criação de iniciativas voltadas para o público em geral, destinando-se a informar sobre a condição feminina.

No contexto da autonomia reprodutiva feminina, cumpre analisar as tomadas de decisões de legisladores e de gestores públicos, o papel do SUS, a formação social dos profissionais de saúde no trato deste tema, o enfrentamento do sistema patriarcal, entre outros.

Ademais, a influência colonial nas políticas de saúde deixa um legado de desigualdades e injustiças profundamente enraizadas e, assim, o pano de fundo em que as mulheres de cor realizam suas escolhas reprodutivas é marcado por violências, precariedades e interdições de direitos básicos, como segurança alimentar, trabalho e moradia, revelando a complexidade das injustiças reprodutivas às quais estão submetidas.

Assim, por derradeiro, este capítulo examina como as iniciativas públicas têm abordado a justiça reprodutiva, sob uma ótica decolonial, discutindo como podem ser transformadas e incrementadas.

4.1 A estruturação das políticas públicas de justiça reprodutiva

O conceito de tutela administrativa do direito à saúde¹⁵ desafia as fronteiras das tradicionais formas de controle da Administração Pública. O seu êxito depende não somente da criação de espaços destinados à resolução das problemáticas, mas também que o Estado implemente medidas educacionais voltadas à formação de uma cultura que dialogue com as características democráticas do SUS, rompendo o caráter formal de gestão e fiscalização do sistema, promovendo a participação comunitária (Casimiro; Sousa, 2020).

Voltada para resolver as demandas de saúde dentro do próprio contexto do SUS, esta tutela se fundamenta na eficiência sanitária¹⁶ e busca reforçar o compromisso do Estado em atender às reais necessidades da população, bem como, alivia o Poder Judiciário de possíveis litígios relacionados ao direito à saúde. Neste ínterim, o aparato estatal deve ser criativo, explorando mecanismos que promovam a efetivação coletiva dos direitos de natureza prestacional, numa gestão protagonista e proativa, comprometida em identificar as condições necessárias para implementação e concretização de direitos (Casimiro; Sousa, 2020).

A primeira etapa do desenvolvimento das políticas públicas é o reconhecimento do problema, em que se identifica a situação material que exige a atuação estatal (Valle, 2016). Assim, de acordo com Leonardo Secchi (2012), um problema é definido quando o estado atual das coisas é considerado insatisfatório, ante a expectativa de que é possível ser aprimorado. Ocorre que, no caso de políticas generificadas, Benigno, Vieira e Oliveira (2021) apontam que as demandas públicas a serem constatadas devem perpassar, inicialmente, o reconhecimento do conservadorismo da sociedade, a escassez de financiamento às questões de igualdade de gênero e a falta de urgência em resolver tais demandas.

Assim, os autores explicam que se tratam de problemáticas profundamente enraizadas nas estruturas da Administração Pública, tornando a sua resolução um verdadeiro desafio. Isto porque as reformas estruturais são amplas e

¹⁵“A tutela administrativa sanitária é concebida como o poder-dever administrativo que conduz à proteção da saúde, por intermédio da análise e avaliação de questões problemáticas envolvendo tal direito, numa lógica interna ao SUS” (Casimiro; Sousa, 2020, p. 24).

¹⁶“Faceta do princípio da eficiência que autoriza a Administração Pública, na garantia e proteção de direitos, adotar meios capazes e indispensáveis para a democratização, universalização e efetividade das ações e serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, devendo agir de maneira simplificada para, diante das demandas sociais que implicam em uma judicialização excessiva e na tutela desigual da saúde, atingir os fins constitucionalmente definidos com a melhor qualidade possível” (Casimiro; Sousa, 2020, p. 19).

complexas, perpassando o questionamento do patriarcado, e apresentam uma implementação prolongada, de forma que o gestor público busque soluções que permitam a utilização eficiente dos recursos orçamentários.

Benigno, Vieira e Oliveira (2021) salientam que o desenvolvimento da pauta de gênero deve se dar com um efetivo canal de inclusão feminina no espaço público, ensejo no qual a participação da sociedade civil feminina na elaboração das políticas públicas oferece mais chances de eficácia.

Neste sentido, aponta-se a problemática de escassa participação política feminina, o que compromete o pleno exercício da cidadania e, por consequência, a qualidade da democracia. O Relatório Global de Desigualdade de Gênero de 2024, já citado anteriormente, demonstra que o Brasil está na 74ª posição em empoderamento político feminino, dentre os 146 Estados analisados. Ademais, pontua que o país possui apenas duas governadoras entre os 27 estados, bem como, apenas 12% das prefeituras são ocupadas por mulheres – dentre as capitais, somente uma detém liderança feminina. Destaca, ainda, uma menor representação feminina ao nível ministerial. Apesar dos números escassos, a pesquisa salienta que o mandato de Dilma Rousseff como a primeira chefe de estado influencia positivamente uma maior participação feminina na política (World Economic Forum, 2024).

Ocorre que as políticas públicas não atuam somente como concretização de direitos sociais, mas também, como instrumento e promoção de cidadania (Casimiro; Sousa, 2024), motivo pelo qual a baixa participação das mulheres na implementação destas também afeta os resultados das iniciativas governamentais.

A incorporação de diversas perspectivas na tomada de decisões em saúde é fundamental para assegurar que as ações estatais sejam sensíveis às realidades práticas de todos os segmentos sociais. Nesse contexto, Freires *et al.* (2023) apontam que uma característica central da abordagem decolonial é o incentivo à participação comunitária, motivo pelo qual a decolonização da saúde enfrenta de forma direta a questão da atuação da sociedade civil, permitindo a expressão das necessidades genuínas de diferentes grupos.

Assim, Mattioni *et al.* (2022) destacam a potência do diálogo entre os usuários do SUS, trabalhadores e estudantes da área da saúde, o que favorece o fortalecimento dos espaços de discussão, ensejo no qual os autores afirmam ser

possível a coprodução de subjetividades que promovam ações de resistência e contraconduta.

Ademais, a população negra enfrenta exclusões e discriminações estruturais que limitam seu pleno acesso aos direitos e perpetuam desigualdades históricas (Oliveira; Magalhães, 2022). As autoras salientam que, no que se refere ao direito à saúde, não foram implementadas políticas no período pós-abolição que incluíssem efetivamente os grupos racializados. Nesse contexto, o racismo atua como um mecanismo que aprofunda as desigualdades no processo saúde-doença, perpetuando barreiras e reforçando disparidades no cuidado e na atenção à saúde dessa parcela da população. É necessário centralizar as experiências e as necessidades das comunidades mais impactadas pela falta de políticas públicas de saúde.

Nesta seara, a Lei nº 8.142, de 1990, regula a participação comunitária no âmbito do SUS e a transferência de recursos financeiros. Assim, em seu artigo 1º institui a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, contudo, aquela acontece apenas a cada quatro anos, enquanto este, órgão colegiado permanente e deliberativo, não detém competência para resolução de eventuais conflitos (Brasil, 1990). Trata-se, portanto, de uma gestão comunitária mais figurativa do que efetiva.

Quanto às próximas etapas sequenciais, a formação da agenda consiste na elaboração de uma lista composta pelos problemas a serem atendidos pelo Estado (Frey, 2000), em que Meny e Thoenig (1992) afirmam existir duas modalidades de agenda: a primeira seria a institucional, tratando-se de problemas que demandam atuação do Poder Público; e a segunda é a sistêmica, trazendo problemas que não englobam a competência estatal. Na fase da formulação da política, Valle (2016) pontua que será realizado um momento exploratório das várias possibilidades de ação, bem como, a relação com as ações governamentais que já estão em andamento e, em pós, na escolha da alternativa estratégica, a autora destaca que será realizada a decisão da opção que mais produz a otimização de recursos, esforços e benefícios, num juízo tipicamente técnico.

Na fase de implementação é realizada a concretização de tudo que foi planejado, “é o grande momento de ‘teste’ da política pública antes formulada e eleita, e pode evidenciar a necessidade de alteração imediata ou potenciais melhorias a serem exploradas no futuro” (Valle, 2016, p. 41). Neste momento, ocorre

a elaboração de contratos administrativos, a contratação de pessoas, a distribuição de recursos financeiros, entre outros.

No ponto da contratação da equipe profissional, destaca-se novamente a problemática da formação humanitária dos profissionais envolvidos no tratamento da saúde reprodutiva das mulheres, conforme pontua Ávila (2003, p. 470):

Sobre os recursos humanos quero salienta a questão da formação em dois sentidos: a formação técnica para lidar com reprodução e questão da sexualidade, mas a formação enquanto consciência de cidadania que implica o se reconhecer e reconhecer o/a outro/a como cidadão/ã. Há nesse campo um desafio específico no plano cultural/ideológico que é o de romper com o conservadorismo e o preconceito que não só discriminam socialmente, mas afetam a saúde física e mental das pessoas e as vulnerabilizam.

Neste ensejo, a implementação da ação governamental também tem suas fases, ensejo no qual Frey (2000) afirma serem divididas em duas: a primeira, consistente na qualidade material e técnica dos programas usados, em que se analisa os possíveis déficits que possam ter ocorrido; a segunda, baseada na compreensão das estruturas político-administrativas e nos atores que realizaram o processo.

Valle (2016) explica que a fase da avaliação de resultados diagnosticará o que foi alcançado, mediante a análise dos indicadores de desempenho. A autora destaca que esta fase (re)legitima a iniciativa, agregando informações valiosas para a Administração sobre o que funciona ou não, o que permite o redirecionamento para ações futuras, afirmando que esta etapa é “a seara para o desenvolvimento de sua inteligência; é aqui que se identificarão as estratégias exitosas e aquelas que se revelam ineficazes ou inviáveis na perspectiva prática” (Valle, 2016, p. 41).

Botelho (2022) pontua que esta etapa pode ser realizada mediante a utilização de vários critérios, conforme se salienta a seguir. Primeiramente, há a finalidade das ações, entendida como o modelo tradicional, é caracterizada por se fundamentar nos indicadores que orientam as atitudes tomadas, recompensando os resultados mais expressivos e promovendo a distribuição de recursos com base nesse desempenho. Segundo, o momento da realização, considerando o ciclo temporal de aplicação da medida e abrangendo tanto o período anterior quanto o posterior à implementação da política, dividindo-se em *ex-anti* e *ex-post*.

Neste contexto, Subirats (1992) explica que *ex-anti* se concentra em examinar as falhas da política, buscando antecipar possíveis problemas, corrigindo

deficiências e prevenindo perdas de recursos, enquanto o *ex-post* busca identificar se as medidas foram eficazes, avaliando se os resultados esperados foram alcançados integralmente ou apenas de forma parcial, sendo um indicador de eficiência operacional.

Ademais, outra forma de avaliação é baseada em quem a realiza, comportando quatro classificações, quais sejam, interna, externa, mista e participativa. A interna é realizada dentro da organização que idealizou a política, a externa é feita por não membros, a mista é feita por ambos juntamente e a participativa envolve o beneficiário e o avaliador, em conjunto (Botelho, 2022).

Outra modalidade será fundamentada no tamanho do projeto, ou seja, quantas pessoas são afetadas por ele e a quantidade de recursos necessários. Ademais, há também a avaliação baseada nos instrumentos, analisando a adequação e coerência dos meios empregados (Cohen; Franco, 1993).

Nesta esteira, Denis e Champagne (1997) salientam que, quando houver dificuldade em reconhecer a adequação dos meios, deve-se privilegiar a metodologia do estudo de caso. Assim, os autores afirmam que a investigação profunda de um programa pode fornecer informações relevantes sobre a eficácia de determinados tratamentos de saúde; bem como, o estudo de um caso extremo ou raro pode apresentar um novo tipo de problema, o qual o gestor público não se atentava anteriormente.

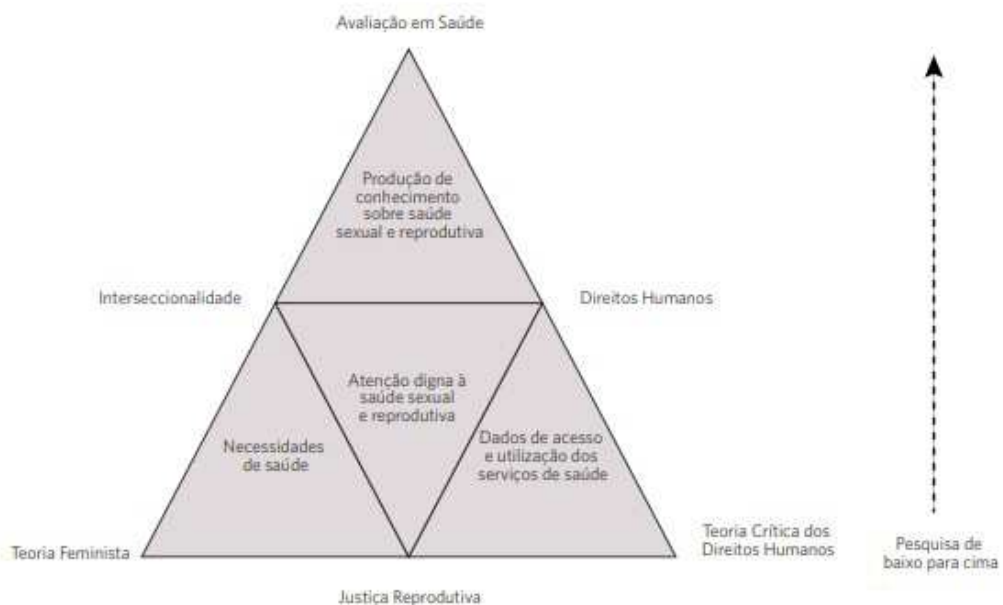
Por fim, tem-se a avaliação baseada nos resultados, fundamentada nos seguintes critérios: eficiência, no que se refere à análise do esforço empregado em relação ao resultado alcançado; eficácia, examinando os objetivos e instrumentos de um programa, em conjunto com os resultados efetivamente obtidos; e, por fim, efetividade, relacionada à análise do impacto gerado pela implementação do programa, considerando-se as condições sociais e as mudanças experimentadas pelas pessoas atingidas (Botelho, 2022).

Nesta pesquisa, defende-se que a avaliação deve convergir com os pressupostos da teoria feminista decolonial, buscando identificar se os serviços públicos de justiça reprodutiva estão reduzindo as iniquidades enfrentadas pelos grupos sociais vulnerabilizados e, em caso negativo, como realizar o melhoramento destas.

Assim, traz-se à tona o estudo de Bourguignon (2024), ressaltando que a investigação deve ser realizada “de baixo para cima”, pontuando como técnica a

triangulação de métodos, uma abordagem que, segundo Minayo (2005), surge como uma estratégia interdisciplinar, utilizando recursos quantitativos (para analisar a magnitude e cobertura do programa) e qualitativos (visando interpretar as facetas subjetivas do processo social estudado), para averiguar como a intervenção estatal atinge seus objetivos. Neste ínterim, Bourguignon (2024) elabora um esquema demonstrando avaliação por triangulação aplicada à justiça reprodutiva, consoante gráfico 2 a seguir:

Gráfico 2: Esquema da pesquisa por triangulação aplicada à avaliação da atenção à saúde sexual e reprodutiva



Fonte: Bourguignon (2024, p. 14).

Desta forma, propõe-se uma abordagem crítica para avaliação em saúde, mediante a investigação de como as ações governamentais podem reproduzir mecanismos de opressão social e como os eixos de poder colonial afetam a utilização dos serviços públicos pelo público feminino (Bourguignon, 2024). Promover saúde requer não apenas interdisciplinaridade, mas também proximidade com o território, incentivo à participação social e investimentos em educação em saúde. Ademais, é essencial garantir recursos adequados e uma organização eficiente da rede de saúde, de modo a atender às demandas de forma equitativa.

É imprescindível repensar como as práticas de saúde têm sido efetivamente aplicadas no cotidiano dos serviços públicos. Um exemplo da

disparidade entre teoria e prática pode ser observado nas orientações sobre a utilização do dispositivo intra-uterino (DIU). Apesar de disponível, o procedimento é frequentemente restrito ao nível hospitalar, geralmente localizado no centro das cidades, o que impõe uma barreira significativa, sobretudo para as populações que residem em áreas periféricas (Justino *et al.*, 2021). Contudo, Gonzalez (2020) explica que o racismo e sexismo brasileiro também se expressam mediante uma divisão racial do espaço, em que o território nacional se caracteriza pela segregação do público pobre e racializado nas regiões menos desenvolvidas da cidade.

Integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem força de lei desde 2010, e reconhece as desigualdades raciais como fatores determinantes no acesso à saúde, apresentando como objetivo reduzir as desigualdades raciais no alcance e na qualidade dos serviços de saúde (Batista *et al.*, 2020). Para isso, utiliza ferramentas de gestão específicas voltadas para a atenção integral à saúde da população negra e, dentre elas, cita expressamente a diminuição da mortalidade materna e infantil provocada por causas violentas, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo uterino e de mama (Brasil, 2009).

A educação socio-filosófica e histórica, bem como a conscientização de privilégios brancos em um comparativo com a população preta, são ferramentas fundamentais em abordagens decoloniais. Neste sentido, importa citar a promulgação da Lei nº 10.639/2003, a qual instituiu a obrigatoriedade do estudo da cultura afro-brasileira nas diretrizes nacionais de educação, sancionada no governo do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010). Assim, Macedo e Cardozo (2023) salientam que esta lei é parte de uma política pública social no campo da educação, que busca reconhecer como a cultura afrodescendente é intrínseca à formação do país, promovendo a valorização de suas narrativas. Por se situar num ambiente escolar, terreno fértil para questionamentos e redirecionamentos, permite-se a desconstrução dos mitos de superioridade e dualidade impostos pela modernidade, permitindo que o(a) aluno(a) reconheça o meio social como um campo de forças e lutas. Todavia, o desafio se encontra na prática dessas ideias, demandando que os educadores disponham de formação social e recursos necessários para adotar práticas pedagógicas inclusivas e antirracistas (Macedo; Cardozo, 2023).

4.2 Práticas decoloniais para reconfiguração de políticas públicas

As reflexões sobre o campo da saúde, à luz dos estudos de colonialidade e das políticas públicas, revelam que a lógica moderna atua na definição e na normatização do que se entende por saúde e doença, influenciando diretamente os modos de cuidado, o que resulta da colonização dos corpos (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023).

Nesta seara, cumpre indagar se os pacientes realmente conhecem seus próprios corpos, se são capazes de identificar seus estados de saúde ou adoecimento, ou se necessitam de um terceiro para delegar esta responsabilidade e autocuidado. Bezerra, Cavalcanti e Moura (2023) explicam que a supremacia das ciências da saúde se fundamenta no positivismo, no ocidentalismo e no racionalismo, consolidando sua legitimidade ao lado do conceito de modernidade, numa hegemonia que frequentemente subjuga os saberes locais, impondo uma visão colonizadora que molda o significado de saúde e como ela deve ser alcançada.

Se, de um lado, os avanços científicos aumentam a qualidade de vida, possibilitando o diagnóstico e o tratamento eficaz de inúmeras patologias, emergem práticas que mascaram dores emocionais com medicamentos e simplificam experiências complexas com diagnósticos rotulados, criando um distanciamento do sujeito em relação ao seu próprio corpo e à sua saúde integral (Bezerra; Cavalcanti; Moura, 2023). Assim, a urgência para a implementação da perspectiva decolonial decorre da necessidade da população identificar o seu corpo a partir de suas próprias definições, ou seja, a autodeterminação.

Ademais, a valorização da cultura local e garantia dos espaços para os saberes populares estão contemplados na Política Nacional de Educação Popular em Saúde, na Portaria nº 2.761/2013, que propõe práticas político-pedagógicas para orientar as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que devem ser conduzidas a partir do diálogo entre a diversidade dos conhecimentos, com a valorização dos saberes populares e da ancestralidade, além do incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos (Brasil, 2013). É neste contexto que Mattioni *et al.* (2022) defendem que o resgate de práticas tradicionais em saúde pode se constituir como resistência à homogeneização dos modos de viver propostos pela governamentalidade neoliberal.

No campo da saúde reprodutiva, exemplifica-se estas tensões entre saberes na indagação entre parto natural ou cesárea, um processo de decisão que, dependendo da equipe médica em atuação, pode gerar contradições e disputas, bem como, estresses emocionais às gestantes, o que, invariavelmente, afeta a sua saúde mental.

Não se trata, portanto, de ignorar o conhecimento científico, mas sim de demonstrar como pode ser danoso torná-lo o único saber legítimo, numa dicotomia caracteristicamente moderna. Neste sentido, o debate da humanização do parto argumenta que é um momento de autonomia das mulheres, a ser feito com a menor intervenção possível. Entretanto, a partir do fundamento intervencionista predominante na saúde, profissionais compreendem as intervenções como bom cuidado em saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as cesáreas representem tão somente 10% a 15% dos partos, todavia, no Brasil, chegam até mesmo a superar os números de partos fisiológicos, em torno de 56%. Esta realidade tem uma grande influência da questão econômica, pois, no setor privado de saúde, a cesárea é mais lucrativa do que o parto normal; bem como, a equipe médica precisará despender mais tempo até que o trabalho seja concluído (Valeri, 2024).

A lógica da humanização começou a chamar atenção na produção científica brasileira em meados de 1990, buscando por um modelo de atenção ao parto¹⁷ que concilie as evidências científicas e os direitos humanos das parturientes. Assim, passa a ser utilizado nos estudos acadêmicos mediante o posicionamento crítico ao modelo de obstetrícia outrora preponderante, qual seja, o tecnocrático (Bourguignon; Grisotti, 2020).

Desta forma, Davis-Floyd (2001) descreve três paradigmas de assistência à saúde, quais sejam, o modelo tecnocrático, o modelo humanizado e o modelo holístico. A autora afirma que o primeiro baseia os seus sucessos na ciência, é desenvolvido por meio de tecnologias excessivas e executado em instituições com bases patriarcais, num contexto econômico voltado para fins lucrativos. Neste contexto, Bourguignon e Grisotti (2020) explicam que se trata de uma abordagem

¹⁷ “‘Modelo de atenção à saúde’ ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar ‘técnicas e tecnologias’ para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas” (Paim, 2001, p. 7-8).

científica mecanicista, sem noção de gênero, raça e classe, não sendo capaz de reconhecer os processos de sujeição que o público feminino está submetido nos serviços de saúde.

Ademais, este modelo exerce um tipo de autoridade, numa perspectiva centralizadora e hegemônica, num local em que tal superioridade é incontestável. Destaca, portanto, as noções de "risco" e "patologia" no ciclo reprodutivo feminino, cujas consequências imediatas são a medicalização e o excesso de intervenção na fisiologia do parto e do nascimento (Bourguignon; Grisotti, 2020).

O corpo feminino é enxergado como uma máquina, em que Davis-Floyd (2001) compara o agir obstetrício à concepção taylorista de organização do trabalho, ensejo no qual a autora salienta o "princípio da separação" como norteador, em que se separa o sujeito de seu contexto, a mente do corpo, o corpo em partes, a mãe de seu filho. Assim, "o hospital tornou-se a fábrica, o corpo da mãe se tornou a máquina, e o bebê se tornou o produto de um processo de fabricação industrial" (Davis-Floyd, 2001, p. 6). Todo o exposto resulta na despersonalização da paciente, tendo em vista que a equipe médica é ensinada a não se envolver emocionalmente com seus casos.

Em contrapartida, o modelo humanizado é diametralmente oposto ao que foi descrito acima, tendo em vista, inicialmente, que o parto fisiológico será a sua regra, a não ser em casos específicos, em que a intervenção cirúrgica será estritamente necessária. Assim, não se limita somente aos saberes científico-biológicos, mas também antropológicos, ao passo que é determinado por aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, todos estes interdependentes (Bourguignon; Grisotti, 2020).

Nesta seara, compreende-se o corpo como um organismo interconectado, em que o aspecto mental impacta nos mecanismos de produção e inibição do trabalho de parto; a mulher é reconhecida como um ser relacional, e o seu contexto sociofamiliar é valorado na organização obstetrícia; a corresponsabilidade entre a paciente e o médico, pois este tem o dever de prestar todas as informações necessárias, para que aquela realize suas tomadas de decisão de forma adequada e consciente (Bourguignon; Grisotti, 2020).

Assim, o parto humanizado tem particularidades que auxiliam na decolonização da saúde, promovendo a autonomia da mulher, combatendo a medicalização excessiva (preferencialmente sem intervenções desnecessárias),

criando espaços acolhedores que reconheçam as subjetividades da parturiente (hospital, casa de parto, residência), buscando reverter uma lógica tecnocrática e patriarcal.

No continente latino-americano, percebe-se um movimento político de humanização do parto. Na Colômbia, a valorização da obstetrícia tradicional, baseada nos saberes locais, com a atuação de parteiras, tem reduzido a mortalidade materna e neonatal, principalmente em áreas remotas e longe dos grandes centros urbanos. Recentemente, iniciativas como o projeto “Partera Vital” e colaborações com organismos como a UNFPA estão apoiando a capacitação e fornecimento de recursos para proteger e formalizar a prática, no entanto, os desafios consistem na falta de reconhecimento e integração ao sistema de saúde, o que limita suas condições de trabalho, como, por exemplo, remuneração digna (Díaz, 2025).

Desde 2020, a Argentina tem avançado na promoção do parto humanizado por meio de diversas iniciativas e marcos legais. Em 2021, o Ministério da Saúde realizou, em conjunto com outras entidades, o primeiro Encontro Regional para a Implementação da Lei de Parto Respeitado (Governo da Argentina, 2021). No Brasil, cumpre destacar a Lei nº 11.108, já citada anteriormente, bem como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), organização atuante em âmbito federal e responsável direta pela promulgação desta, tem como objetivo máximo realizar a reforma obstétrica no país, ensejo no qual participa de audiências públicas no Congresso Nacional, bem como, intercede também em nível estadual e municipal, no Ministério Público e na Defensoria Pública (ReHuNa, s. d.).

Nesta esteira, Assis et al. (2020) defendem que a busca pela humanização do parto, associada a um processo educativo e informativo direcionado às gestantes, constitui a estratégia mais eficiente para combater as diversas formas de violência obstétrica.

Para além disso, Mattioni *et al.* (2022) pontuam a importância de criar espaços profissionalizantes que possibilitem aos profissionais e estudantes da área da saúde uma maior conscientização sobre os determinantes sociais da saúde (DSS), ou seja, as condições externas que impactam no atendimento dos indivíduos, como, por exemplo, o congelamento dos investimentos na área de saúde e educação, que precariza as condições de vida dos pacientes, relegando-os a situações de extrema pobreza e vulnerabilidades.

A atuação junto às comunidades convida os profissionais à problematização¹⁸ das circunstâncias sociais, o que, invariavelmente, coloca-os em oposição à vertente neoliberal em saúde, estas definidas como práticas voltadas à responsabilização e culpabilização dos indivíduos, reforçando a ideia do gerenciamento individual de riscos, como se os usuários do SUS fossem empresários de si mesmo. Este tipo de pensamento retira a responsabilidade do Estado como provedor de políticas públicas e culmina na fragilização das ações governamentais coletivas (Mattioni *et al.*, 2022).

Contudo, a problematização deve seguir no cotidiano da equipe médica, mesmo após o término do curso superior, adotando-se uma postura reflexiva constante na prática médica. Assim, nas palavras dos autores:

O caráter permanente da problematização proposta por Foucault pode ser uma atitude mais eficiente no enfrentamento das práticas contrárias ao contexto coletivo. Na medida em que o processo reflexivo se mantém, há mais chances de serem observadas as investidas do poder hegemônico e de se adotar posturas de resistência e contraconduta diante dele. Ou seja, constituir forças capazes de resistirem à conduta prescrita por meio de uma prática de governamentalidade, ou ainda, adotar uma conduta diferente da esperada (contraconduta) pela prática de governamentalidade (Mattioni *et al.*, 2022, p. 3276).

A abordagem que considera exclusivamente os comportamentos individuais como fator determinante das condições de saúde é insuficiente para promover cuidados integrais, incapazes de abarcar as diversas dimensões da vida, conforme preconiza o conceito ampliado de saúde. É a coletivização das demandas públicas em ações governamentais que reforça a responsabilidade e o protagonismo do Estado quanto à disponibilização de serviços públicos eficientes, atinge as camadas mais vulneráveis da sociedade.

Ademais, em que pese o importante protagonismo feminino na elaboração, utilização e reivindicação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, cumpre destacar também outro grupo em situação de vulnerabilidade, quais sejam, os homens transexuais e demais pessoas não binárias com capacidade de gestar, tendo em vista que possuem sistema reprodutor feminino, logo, são público-alvo das políticas aqui delineadas.

Apesar da existência de ações governamentais que buscam dar maior visibilidade à população LGBTQIA+, Marques, Dutra e Sturza (2024) apontam que

¹⁸ Mattioni *et al.* (2022) explicam que o ato de problematizar deve ser uma forma de agir que impulsiona um processo reflexivo e crítico, promovendo um trabalho contínuo de pensamento.

os corpos transexuais enfrentam a escassez de políticas de saúde, bem como, a inefetividade daquelas já existentes, tendo em vista que possuem especificidades próprias, que não são atendidas pelo Poder Público. É neste sentido que a decolonização do corpo se faz necessária, buscando-se a ampliação da ação governamental para o abandono do conceito de corpo universal.

A inclusão deste grupo na reflexão dos direitos reprodutivos é muito recente, tendo em vista que o interlocutor geralmente faz a leitura social a partir da heteronormatividade¹⁹, no qual a divisão é puramente biológica. Todavia, essa questão se trata de um importante marcador social que pode desencadear novas violências sistêmicas, tendo em vista que a aparência masculinizada pode gerar discriminações que se somariam às dificuldades já apresentadas na presente dissertação, tratando-se, portanto, de uma situação interseccional (Hogemann; Almeida; Brito, 2022).

O Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo implantou, no ano de 2009, o *Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais*, em que uma equipe multidisciplinar se especializou no acolhimento do público-alvo, em que a pessoa trans relatava sua queixa em relação à saúde física/mental e, a partir disso, seria realizado o seu atendimento, com demandas de saúde que não obrigatoriamente estariam restritas ao processo transexualizador. A equipe profissional realizava orientação de medidas de autocuidado, necessidades de acompanhamento em várias especialidades médicas, informação acerca das mudanças corporais durante o uso de hormonioterapia, entre outros. A iniciativa possibilitou o acúmulo de conhecimentos e relatos de experiências concretas, num contexto que requer problematizações e revisão de conceitos, num processo dinâmico, originando novos protocolos de atendimento (Yoshino *et al.*, 2023).

Atualmente, o Centro supracitado permanece como uma iniciativa estadual de grande relevância no enfrentamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/AIDS, desempenhando um papel fundamental na democratização da saúde pública. Em 2024, organizaram a campanha Dezembro

¹⁹ Petry e Meyer (2011) entendem a heteronormatividade como a regulação e normatização dos modos de ser e de viver a sexualidade, aliando-se ao que está preestabelecido socialmente, dentro de uma perspectiva biologicista e determinista, ensejo no qual reduz-se a diversidade das vivências humanas a apenas duas possibilidades de classificação baseadas na anatomia sexual: feminino/fêmea ou masculino/macho.

Vermelho, conscientizando sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce daquelas e, por meio da telemedicina, disponibilizaram testes rápidos de HIV e sífilis, realizados por punção digital (São Paulo, 2024).

Outra questão salutar para a decolonização das políticas de saúde reprodutiva é o reconhecimento da interrupção voluntária da gravidez como direito feminino no ordenamento jurídico brasileiro. A percepção do aborto em uma sociedade está relacionada à sua localização geográfica e à sua histórica colonizadora, ensejo no qual Mancilla (2021) argumenta que a sua criminalização constitui uma forma de colonialidade.

Assim, Rebouças e Dutra (2011) pontuam que, em algumas culturas indígenas, o aborto acontecia em função da maternidade, de modo que as gestantes de seu primeiro filho abortavam para facilitar o parto do segundo; em outros povos, as gestações de mulheres muitos jovens eram interrompidas por ainda não terem passado por ritos de iniciação; por fim, quando havia incerteza sobre a paternidade, quando o pai era um parente próximo ou um estrangeiro.

No Brasil colonial, existia uma política de ocupação do território e, ao mesmo tempo, buscava-se proibir as relações mestiças, havidas fora do casamento, motivo pelo qual a perseguição ao aborto era uma tentativa de controlar qual homem poderia ter tido um relacionamento extraconjugal, ensejo no qual a prole considerada bastarda poderia ferir os interesses econômicos da família legítima (Rebouças; Dutra, 2011).

Mesmo assim, devido à pobreza, ao abandono, ao racismo e à violência, as mulheres conseguiam realizar a interrupção, num contexto marcado pelo desespero. Destaca-se que as práticas abortivas desta época variavam de chás e poções, até opções brutais, como golpes na barriga, levantamento de peso, indução de vômitos, introdução de objetos, entre outros. Ademais, a prática feria a condição feminina da gestante, tendo em vista que o principal aspecto da feminilidade residia na maternidade e, por isso, aquela que não desejasse ser mãe era considerada anormal (Rebouças; Dutra, 2011).

Desta forma, demonstra-se o nexo de causalidade entre a missão civilizatória e a condenação moral do aborto. Assim, na concepção de Mancilla (2021), a rejeição à prática é uma consequência da modernidade ocidental, que influencia a transculturação de sociedades colonizadas e indígenas.

Atualmente, nos países ainda em desenvolvimento e com democracias fragilizadas, como o Brasil, a prática é criminalizada, enquanto os Estados mais progressistas o reconhecem pacificamente como um direito feminino. Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) explicam que a existência de leis restritivas aumenta a ocorrência de abortos inseguros, o que provoca um problema de saúde pública de grandes proporções, tanto pela sua magnitude, quanto pela sua persistência.

O aborto é um fenômeno influenciado por múltiplos fatores (Boemer; Mariutti, 2003), portanto, é fundamental compreendê-lo de maneira simbólica, pois ele carrega diversos significados, que podem ser, em certos casos, até mesmo opostos. As situações que levam à prática são, dentre outras, a realidade socioeconômica; preferências de planejamento familiar e projeto parental; risco à saúde da gestante ou do feto; falta de suporte do genitor; dificuldades de acesso à contracepção (Rebouças; Dutra, 2011).

Desta forma, segundo Mancilla (2021), o direito ao aborto é um produto histórico que, no entanto, tem sido pouco analisado sob uma perspectiva decolonial, uma vez que as vozes das mulheres permanecem silenciadas no debate. Diante desse cenário, é fundamental questionar quem são as mulheres que realizam a interrupção voluntária da gravidez e dar visibilidade às suas experiências, incorporando suas histórias e reconhecendo a diversidade de suas trajetórias.

Boemer e Mariutti (2023) trazem relatos de mulheres que se incomodam com o tempo de hospitalização muito longo, desde a internação até a curetagem, que lhes traz muita ansiedade – o que ocorre tanto nas mulheres que planejaram a gestação, quanto nas que não planejaram. Neste ensejo, a súplica para voltar pra casa demonstra um desejo muito grande de esquecer o ocorrido e que as pessoas do seu convívio social não tomem conhecimento da realização do procedimento.

Ademais, a preocupação com a integridade do próprio corpo também é um aspecto levantado pelo público feminino de forma corriqueira, o que está relacionado ao medo de não conseguir mais gestar, por possíveis complicações do procedimento (Boemer; Mariutti, 2023). Neste sentido, destaca-se novamente a importância de acolhimento e orientação médica efetiva, que proporcionem a informação adequada acerca dos cuidados físicos necessários.

Silva (2022) pontua que o abortamento provoca uma intensa alteração no estado emocional das mulheres, sendo que, nesse contexto, Gomes (2021) ressalta

que a qualidade do cuidado oferecido às mulheres em processo de abortamento influencia diretamente essa condição emocional.

Assim, é importante levantar discussões acerca da saúde mental do público feminino, pois a interrupção da gestação é uma experiência emocionalmente intensa, num processo denominado como luto perinatal, marcado por solidão e vergonha, que as torna mais suscetíveis a transtornos mentais, incluindo ansiedade e depressão²⁰. A falta de diálogo no ambiente familiar se apresenta como fator negativo e que contribui ao sofrimento feminino, principalmente quando se tratam se adolescentes (Pimentel; Barros; Souza, 2023).

Quanto as gestantes mais jovens, ressalta-se que a influência familiar pode se dar de duas formas, tanto estigmatizando pela escolha da adolescente pelo aborto ou, sob outro viés, tentando obrigá-la a realizar o procedimento, quando não for de sua vontade. Assim, a angústia vivenciada pelas adolescentes é peculiar, destacando-se o medo de ser expulsa de casa ou causar decepção aos pais (Pimentel; Barros; Souza, 2023).

O estudo de Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) pontua que, embora os dados oficiais de saúde não estimem um número total de abortos no estado brasileiro, é possível identificar o perfil das mulheres com maior risco de morte em decorrência desse procedimento: mulheres negras e indígenas, com baixo nível educacional, residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e sem parceiro conjugal.

A omissão do Estado Brasileiro em avançar na pauta da descriminalização do aborto é profundamente problemática, pois, neste contexto, mulheres de cor continuam recorrendo à única opção que têm, que é o aborto clandestino, e morrendo em grande número. A manutenção dessa política, que nega o direito à justiça reprodutiva, reforça um ciclo de violência estrutural e, conseqüentemente, coloca as vidas femininas e racializadas em risco. Diante disso, surge a inquietante indagação se esta inércia não comportaria uma intenção subjacente: permitir que mulheres, especialmente as mais vulneráveis, continuem a ser expostas a um sistema que as coloca em risco iminente de morte.

Assim, Mattioni *et al.* (2022) salientam que, na falência das democracias liberais, as estratégias biopolíticas e os processos de exclusão e desigualdades

²⁰ Silva (2022) destaca que 41,3% das mulheres que tiveram abortos recorrentes foram diagnosticadas com depressão, bem como, 2/3 das pacientes que sofreram perdas gestacionais tiveram doenças mentais diversas.

sociais promovem, conjuntamente, a morte de grupos populacionais desprovidos de qualquer proteção estatal. Nesse caso, emerge a noção de necropolítica, ou seja, uma política que faz morrer uma parte da população que não é desejável ou que é considerada inútil ao sistema econômico.

Desta forma, ante as omissões governamentais, o controle judicial tem atuado vastamente no âmbito do direito à saúde, num evidente protagonismo que se dá em prejuízo da atuação da Administração, responsável pela implementação das políticas públicas, e do Poder Legislativo, que, no exercício de suas funções, deve desempenhar papel relevante na promoção da saúde (Casimiro; Sousa, 2020).

Quanto à matéria de justiça reprodutiva, os avanços se dão muitas vezes pela atuação do Supremo Tribunal Federal, conforme os exemplos demonstrados nesta dissertação, em que a Corte atua na sua função contramajoritária, em contraposição à escalada conservadora e anti-gênero no Brasil. Assim, Lima (2019) afirma se tratar de uma estratégia de grupos sociopolíticos minoritários, para que suas demandas sejam visualizadas pelo Poder Público e, nesse contexto, a via judicial se insere como uma arma de mobilização social, numa articulação conjunta perante os órgãos estatais.

Contudo, esta articulação precisa ser ponderada, tendo em vista a limitação institucional da atuação do Poder Judiciário e a natureza policêntrica dos desafios inerentes às políticas públicas de saúde reprodutiva, havendo a possibilidade de ser aberta uma margem para decisões controversas, que podem comprometer os princípios de universalidade e igualdade no SUS (Casimiro; Sousa, 2020).

Desta forma, não obstante a importante atuação judicial na proteção e efetividade da justiça reprodutiva, defende-se que é necessário promovê-la, inicialmente, mediante a tutela administrativa sanitária, pela elaboração de políticas públicas que busquem humanizar a experiência reprodutiva, utilizando da interseccionalidade e do feminismo decolonial, para promover maior equidade e garantir que o direito à saúde reprodutiva seja acessível a todo o público feminino, com o reconhecimento de alteridades e subjetividades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres foram historicamente conquistados, resultado de uma trajetória marcada por lutas e reivindicações políticas, em prol da garantia da autonomia sobre o próprio corpo. Compreendendo temas como o acesso a métodos contraceptivos, aborto seguro, educação sexual inclusiva e proteção contra a violência sexual, tais direitos emergem de demandas históricas dos movimentos feministas, que impulsionaram debates essenciais acerca da liberdade sexual e reprodutiva, reconhecendo-os como direitos humanos.

Todavia, a sua efetividade varia de acordo com o contexto sociopolítico de cada Estado, dependendo de um conjunto de fatores práticos, sendo mais frágil em sociedades com forte influência conservadora e religiosa, como o continente latino-americano.

Assim, a presente dissertação analisou a saúde reprodutiva no Brasil, com ênfase nos desafios de ordem prática, demonstrando como o acúmulo de vulnerabilidades sociais (gênero, raça, classe, deficiências, orientação sexual, etc) precariza o acesso a tais direitos. Desta forma, utilizou-se o paradigma da justiça reprodutiva, conceito originário do feminismo negro, o qual defende que o público feminino deve ter seus direitos fundamentais concretizados para escolherem seus projetos parentais de forma digna. Traz, portanto, uma abordagem interseccional na elaboração e avaliação das ações governamentais.

As políticas públicas brasileiras, ainda que avancem em termos formais, não garantem a equidade no acesso à justiça reprodutiva, apresentando muitos desafios de ordem prática, dentre elas, profissionais de saúde sem consciência sobre os determinantes sociais de saúde (DSS). Nesta seara, demonstrou-se como o contexto pandêmico intensificou as vulnerabilidades femininas, mormente quanto à sexualidade e reprodução, com o fechamento de unidades de saúde, dificuldades de acesso a serviços de aborto legal, aumento da violência obstétrica e a disseminação de agenda anti-gênero.

Neste contexto, o feminismo decolonial é um aporte teórico necessário para reconstruir as políticas públicas generificadas, a partir de abordagens interdisciplinares, buscando efetivar as demandas de mulheres de cor, historicamente marginalizadas pela modernidade. Portanto, a decolonização da saúde reprodutiva se coloca pauta como extremamente necessária para garantir a

autodeterminação das mulheres sobre seus corpos, combatendo a medicalização excessiva e buscando espaços de acolhimento que respeitem as suas subjetividades. No contexto latino-americano, a valorização de saberes locais e práticas tradicionais em saúde têm mostrado resultados positivos, como na Colômbia, onde parteiras tradicionais ajudam a reduzir a mortalidade materna.

Nesta seara, a humanização do parto se apresenta como uma resposta à lógica tecnocrática e patriarcal do modelo obstétrico dominante. Ao priorizar o parto fisiológico e a autonomia da mulher, oferece uma alternativa de cuidado mais integrado, reconhecendo a importância dos aspectos físicos, psicológicos e sociais no processo de parto, demonstrando viés antropológico, o que contribui com a decolonialidade do gênero.

A descriminalização da interrupção voluntária à gravidez, bem como, o seu reconhecimento como direito humano feminino, é pauta urgente e necessária para a efetividade da justiça reprodutiva. Cumpre ressaltar que a imensa maioria de mulheres que morrem pela realização de aborto inseguro é negra e pobre, portanto, a ausência de políticas públicas neste sentido reflete um sistema que perpetua a necropolítica, excluindo e marginalizando grupos sociais com base em raça, classe e gênero. Foi demonstrado que, quanto mais patriarcal, moderno/colonial, racista, engessada e conservadora for a sociedade, maior será a condenação moral do aborto e, conseqüentemente, os índices de morte materna. Defende-se, portanto, a descriminalização da prática como estratégia para decolonizar a reprodução feminina.

Por fim, verifica-se a necessidade contínua de lutar pela emancipação social feminina, uma vez que as conquistas dos movimentos feministas, especialmente aqueles de base eurocêntrica, não eliminaram todas as desigualdades presentes no cotidiano. O debate decolonial sobre sexualidade e reprodução se mostra como extremamente necessário para superar a histórica demonização associada a mulheres racializadas e, principalmente, diminuir os índices de mortalidade materna. Nesse sentido, ressalta-se a importância de uma maior representatividade política feminina, de forma a agregar estas demandas na elaboração de políticas públicas. Estudos futuros poderão aprofundar a análise desenvolvida nesta dissertação, explorando de forma mais detalhada os relatos e as experiências de mulheres racializadas, por meio de questionários ou pesquisa de campo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Neuma. Perspectivas feministas e o conceito de patriarcado na sociologia clássica e no pensamento sociopolítico brasileiro. **Gênero e ciências humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1997.

ALVES, Sandra Valongueiro; Estima, Nathalie Mendes. Mortes maternas e de mulheres em idade reprodutiva na população indígena, Pernambuco, 2006-2012. **Revista Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 2019. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v28n2/2237-9622-ess-28-02-e2018003.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2024.

ANDRADE, Denise Almeida de; MACHADO, Mônica Sapucaia. Pobreza e (des)igualdade de gênero: uma relação estruturante. **Revista Nomos**, Ceará, v. 38, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/nomos/article/view/33880/95977>. Acesso em: 22 nov. 2023.

ANGELIN, Rosângela. Direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres: avanços e desafios na construção da democracia. **Revista Coisas do Gênero**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, 2015, p. 50. Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/genero/article/view/2616>. Acesso: 20 maio. 2023.

ANIS-INSTITUTO DE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E GÊNERO. **Aborto legal via telemedicina: orientações para serviços de saúde**. 2021. Disponível em: <https://anis.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Aborto-legal-via-telessaúde-orientações-para-serviços-de-saúde-1.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2024.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório do Sistema Nacional de Produção de Embriões (SisEmbrio)**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/sisembrio>. Acesso em: 20 dez. 2024.

ARAÚJO, Clara. Divisão sexual do trabalho doméstico como problema político. *In*: Biroli, Flávia; TATAGIBA, Luciana; ALMEIDA, Carla; HOLANDA, Cristina Buarque de; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. **Mulheres, poder e ciência política: debates e trajetórias**. Campinas-SP: Editora da Unicamp, 2020.

ARAÚJO, Luana Adriano; ARAÚJO, Geórgia Oliveira. Esterilização compulsória de mulheres com deficiência: uma perspectiva feminista interseccional. **Teoria e Cultura**, v. 16, n. 1, p. 32-45, jun. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/sisembrio>. Acesso em: 20 dez. 2024.

ARAÚJO, Pedrita Maria Carneiro; DUARTE, Lara de Sousa; RIBERO, Renata Magalhães. A regulamentação do uso de tecnologias reprodutivas como instrumento democrático de proteção aos direitos reprodutivos das mulheres. *In*: ALBUQUERQUE, Felipe Braga. **Direito e política: democracia em debate**. São Paulo: Editora Dialética, 2024.

ARAÚJO, Pedrita Maria Carneiro. **Intervenção do Estado nos direitos individuais:**

um estudo de caso da esterilização compulsória de Janaína Aparecida Quirino. 2019. 67f. Monografia (Graduação em Direito), Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2019.

ARGENTINA. Realizamos el primer encuentro regional por la implementación de la Ley de Parto Respetado. **Argentina.gob.ar**, 15 abr. 2021. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/realizamos-el-primer-encuentro-regional-por-la-implementacion-de-la-ley-de-parto-respetado>. Acesso em: 29 jan. 2025.

ASSIS, Fabiana; BERTOLINI, Fernando. TJ-SP concede liberdade para mulher que fez laqueadura determinada pela Justiça. **Portal G1**, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/liminar-do-tj-sp-concede-liberdade-paramulher-esterilizada-apos-decisao-da-justica.ghtml>. Acesso em:

ASSIS, Karine Goes de; MEURER, Fernanda; DELVAN, Josiane da Silva. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, v. 39, 2020. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27239>. Acesso em: 16 jan. 2025.

ÁVILA, Maria Betânia. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2003.

BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Revista Estudos Feministas**, Santa Catarina, 2015, p. 507. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n2p501>. Acesso em: 03 mar. 2024.

BARRETO, Bruna Marques; ESPINOZA, Fran. As políticas públicas como combate da mortalidade materna. **Revista Direito UFMS**, Campo Grande, v. 8, 2022, p. 69. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/revdir/article/view/18879>. Acesso em: 22 out. 2023.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

BENIGNO, Gabriel Oliveira Loiola; VIEIRA, Diego Mota; OLIVEIRA, Jessica Eloisa de. Desigualdade de gênero nos estados brasileiros e análise dos *stakeholders* do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/xkJn9DbJmFbXnMVvmcYdyFG/>. Acesso em: 19 nov. 2024.

BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 414-421, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TRS8Gc5pSh3SRkywzg99P5p/>. Acesso em: 29 nov. 2023

BEZERRA, Patricia Araújo; CAVALCANTI, Pauline; MOURA, Leides Barroso de Azevedo. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Rw4ft4QXGdWFnJhgTrwG5z/>. Acesso em: 20 dez. 2024.

BIROLI, Flávia. Gênero, “valores familiares” e democracia. *In*: BIROLI, Flávia; MACHADO, Maria das Dores Campos; VAGGIONE, Juan Marco. **Gênero, neoconservadorismo e democracia: disputas e retrocessos na América Latina**. São Paulo: Editora Boitempo, 2020.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 11. ed. Brasília: Editora UnB, 1998.

BOEMER, Magali Roseira; MARIUTTI, Mariana Gondim. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 2, p. 59-71, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/PP9Psh8XqnGmBYzY3wCB4WG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2025.

BOEMER, Magali Roseira; MARIUTTI, Mariana Gondim. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 2, p. 59-71, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8vBCLC5xDY9yhTx5qHk5RrL/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 21 jan. 2025.

BONAN, Claudia; REIS *et al.* Saúde, reprodução e sexualidade nos tempos da COVID-19: memórias incorporadas das mulheres no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 12, 2024. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1023..> Acesso em: 27 dez. 2024.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 31. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.

BOTELHO, Carla Mariana Café. **Empoderamento econômico?** Desenvolvimento feminino por meio do microcrédito no Brasil. 2022. 118f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/zZddht4v88Y6Vz84frYyj7Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2025.

BOURGUIGNON, Ana Maria. Interseccionalidade, direitos humanos e justiça reprodutiva: avaliação crítica em saúde sexual e reprodutiva: diagnóstico crítico en salud sexual y reproductiva. **Saúde em Debate**, v. 48, 2024. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9113>. Acesso em: 27 jan. 2025.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Revista Interface**, Botucatu, v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PrkQZTHQFkMYVQQLHJxKPNF/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2024]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 30 nov. 2023.

BRASIL. **Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf. Acesso em: 09 jan. 2025.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito da Mortalidade Materna. **Relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Mortalidade Materna.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade>

[legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51](https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51)

[legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf](https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51). Acesso em: 5 jan. 2025.

BRASIL. Congresso Nacional. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. **Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito para investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil.** Brasília: Senado Federal,

1993. Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/RF_CPMI_esterilizacao_mulheres_1993.pdf?sequence=7&isAllowed=y. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996.** Promulga a Convenção

Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em: 11 nov. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002.** Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília, DF: Presidência da República, [2002]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm. Acesso em? 11 fev. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 4.463, de 8 de novembro de 2002.** Promulga a Declaração de Reconhecimento da Competência Obrigatória da Corte Interamericana de Direitos Humanos, sob reserva de reciprocidade, em consonância com o art. 62 da

Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José), de 22 de novembro de 1969. Brasília, DF: Presidência da República, [2002]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4463.htm. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 592, de 6 de julho de 1992.** Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos. Promulgação. Brasília, DF: Presidência da República, [1992]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm. Acesso em: 11 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, [2024]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Brasília, 1940. Acesso em: 11 jun. 2023.

BRASIL. **Lei 11.108/2005**. Dispõe sobre garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República, [2005]. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 03 mar. 2024.

BRASIL. **Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2007]. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.634%2C%20DE%2027,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde. Acesso em: 03 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003**. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 10 jan. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.639.htm. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13718.htm. Acesso em: 18 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 16 abr. 2020. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm. Acesso em: 03 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília, 2011. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf.

Acesso em: 06 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Governo Federal, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008**. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html#:~:text=Regulamenta%20a%20Vigil%C3%A2ncia%20de%20%C3%93bitos%20Maternos.&text=Considerando%20que%20a%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da,Art. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html. Acesso em: 24 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.261, de 23 de setembro de 2020**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2561_24_09_2020.html. Acesso em: 24 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 22 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, 2004, Brasília. **Anais eletrônicos [...]**. Brasília: Presidência da República, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais1cnpm.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Gabinete do Ministro, [2011]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 02 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Disponível em: Acesso em: 02 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União,

Brasília, DF, 14 maio 2009. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
Acesso em: 02 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, 2012. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 06 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica nº 16**. Acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva no contexto da pandemia da Covid-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:
https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/1591269873_ministerioaborto.pdf. Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2013. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Atenção Integrada à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/publicacoes/publicacoes/2014/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2025.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 1904/2023**. Acresce dois parágrafos ao art. 124, um parágrafo único ao artigo 125, um segundo parágrafo ao artigo 126 e um parágrafo único ao artigo 128, todos do Código Penal Brasileiro, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2434493>. Acesso em: 28 jan. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.522, Distrito Federal**. Relator: Ministro Edson Fachin. Julgada em 10 de maio de 2021. Diário de Justiça Eletrônico, Brasília, DF, 28 maio 2021. Disponível em:
<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docID=755971630&docTP=TP>. Acesso em: 28 jan. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54**. Relator: Marco Aurélio Neto. Data: 30/04/2013. Disponível em:
<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2226954>. Acesso em: 14 dez. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 737**. Relator: Ricardo Lewandowski. Data: 30/08/2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5996919>. Acesso em: 14 dez. 2024.

BRAUNER, Maria Cláudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUGLIONE, Samantha. **Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça**. Porto Alegre: Editora SAFE, 2002.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2003.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti; GAITAN, Ana Cecília. Os impactos da pandemia de COVID-19 na prática dos direitos sexuais e reprodutivos na América Latina. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 12, n. 4, p. 10–13, 2024. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1224>.. Acesso em: 20 dez. 2024.

CARNEIRO, Rosamaria. Para muito além do pulmão: o covid-19 e a vida das mulheres no Brasil. **Revista Feminismos**. [S. l.], v. 10, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/44342>. Acesso em: 27 dez. 2024.

CARVALHO, Guilherme Paiva de. O feminismo decolonial de María Lugones: colonialidade, gênero e interseccionalidade. **Revista TOMO**, Mossoró, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/tomo/article/view/17757/13538>. Acesso em: 15 dez. 2024.

CASIMIRO, Lígia Maria Silva Melo de; Sousa, Thanderson Pereira de. A tutela do direito à saúde pela Administração Pública: delineando o conceito de tutela administrativa sanitária. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 7, n. 2, p. 601-629, maio/ago. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/Qfn7BShnq5ytxpTG9FLzHRf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2025.

CASONI, Laura Freitas; PERUZZO, Pedro Pulzatto. Contribuições da Corte Interamericana de Direitos Humanos sobre Violência contra a Mulher: uma análise jurisprudencial. **Revista Direito Público**, [S. l.], v. 18, n. 98, 2021. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/5265>. Acesso em: 4 fev.. 2024.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSGUÉL, Ramón. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico. In: CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSGUÉL, Ramón. **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores. Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos e Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Ronaldo. **Avaliação de projetos sociais**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Organização dos Estados Americanos**. 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 04 mar. 2024.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 1996.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2025.

CRIOLA. **Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva: 2020-2021**. Rio de Janeiro: Criola, 2021. Disponível em: <https://criola.org.br/criola-lanca-dossie-mulheres-negras-e-justica-reprodutiva-nesta-sexta-feira-01-10-as-19h/>. Acesso em: 20 dez. 2024.

CRUZ, Danielle Maia *et al.* Mulheres e saúde pública: perspectivas históricas e sociojurídicas da violência obstétrica. *In*: SALES, Tainah Simões; AGUIAR, Ana Cecília Bezerra de. **Feminismo, política e democracia: as mulheres e os caminhos de poder**. Fortaleza: Editora Dialética, 2023.

DANTAS, Ana Carolina Lessa; PARIS, Maria Silvino; CAVALCANTI, Clarissa Lemos; LOUZADA, Gabriela Rondon Rossi; LIMA, Maria Eduarda Batalha. Atuação da clínica jurídica Cravinas no enfrentamento às violações de direitos sexuais e reprodutivos durante a pandemia de COVID-19. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 12, n 4, 2024. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1023..> Acesso em: 27 dez. 2024.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.71, 2001. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11742639/&ved=2ahUKEw7PHC3KiLAX7qpUCHYgIHQsQFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw0R2eWOCslcZ9J7AZCq2i3>. Acesso em: 25 jan. 2025.

DAVIS, Angela. **Mulheres, cultura e política**. São Paulo: Boitempo, 2017.

DECOENE, Anneleen. Desafiando as teologias brancas feministas: a necessidade de desconstruir o privilégio branco. **Revista Mandrágora**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 16, 2010. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MA/article/view/1910/2013>. Acesso em: 12 mar. 2023.

DENIS, Jean-Louis; CHAMPAGNE, François. Análise da implantação. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.

DÍAZ, Daniela. La partería pone freno a la mortalidad materna en Colombia. **El país**. Colombia, 2025. Disponível em: <https://elpais.com/america-colombia/2025-01-18/la-parteria-pone-freno-a-la-mortalidad-materna-en-colombia.html>. Acesso em: 25 jan. 2025.

DINIZ, Débora; BRITO, Luciana; RONDO, Gabriela. Mortalidade materna e falta de cuidado centrado na mulher no Brasil durante a COVID-19: achados preliminares de um estudo qualitativo. In: **The Lancet Regional Healths América**, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00056-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00056-4/fulltext). Acesso em: 20 jan. 2025.

DINIZ, Debora; DIAS, Vanessa Canabarro; MASTRELLA, Miryam; MADEIRA, Alberto Pereira. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil”. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/M8yjpPkBpfLNKvrHJrtmBHq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2025.

DINIZ, Débora; MADEIRO, Alberto Pereira. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L6XSyzXN7n4FgSmLPpvcJfB/>. Acesso em: 06 jan. 2025.

DINIZ, Débora; VÉLEZ, Ana Cristina Gonzalez. Aborto na Suprema Corte: o caso da anencefalia no Brasil. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/qwn8sMkp3PmG9ks8XsTWbvxl/>. Acesso em: 18 nov. 2024.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.

FARAH, Marta Ferreira dos Santos. Gênero e Políticas Públicas. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 12, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/T3X8zdDGn5DZbcjxTLjcyKM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2025.

FERRARA, Jessica Antunes; CARRIZO, Silvina Liliana. Caminhos para um feminismo decolonial. **Cadernos Pagu**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/7hWzygnjnknyYcC3wvSRx8n/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2025.

FERRÁS, Isabella Freitas. **A efetividade dos direitos sexuais das mulheres brasileiras: dignidade menstrual, esterilização e aborto**. 2023. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal Fluminense, 2023.

FIGUEIREDO, Regina; BORGES, Ana Luiza Vilela; BASTOS, Silvia. **A contracepção de emergência como conquista de direitos sexuais e reprodutivos**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Regina-Figueiredo/publication/>

308750173_Introducao_-

A_contracepcao_de_emergencia_como_conquista_de_direitos_sexuais_e_reprodu_
vos/links/57ee62ea08ae886b8973f1d0/Introducao-A-contracepcao-de-emergencia-
como-conquista-de-direitos-sexuais-e-reprodutivos.pdf. Acesso em: 03 mar. 2024.

FONSECA, Nathalia. A ofensiva contra a médica que criou o serviço de aborto legal por telemedicina. **A Pública**, 3 de maio de 2023. Disponível em: <https://apublica.org/2023/05/a-ofensiva-contra-a-medica-que-criou-o-servico-de-aborto-legal-por-telemedicina/>. Acesso em: 14 jan. 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 2024. ISSN 1983-7364. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/f62c4196-561d-452d-a2a8-9d33d1163af0>. Acesso em: 08 jan. 2025.

FREIRES, Kevin Cristian Paulino; GOMES, Loyane Ellen Silva; SALES, Francisco Odécio; BRANDÃO, Jorge Carvalho; SILVA, Milka Borges da; MAIA, Lucas Emanuel de Oliveira; CAVALCANTE, Antônio Almeida; CAVALCANTE, Márcia Freitas Almeida; LOPES, Marciana Freitas. Políticas de saúde: a descolonialidade e o letramento de gênero como recursos de educação permanente. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 16, n. 10, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2243>. Acesso em: 22 dez. 2024.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, 2000. Disponível em: [//ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89](http://ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89). Acesso em: 25 jan. 2025.

GALLI, Beatriz. Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, 2020.

GIANINI, Sâmela; LIMA, Patrícia de Oliveira; SILVA, Geísa Sereno Velloso da.. A presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto: compreensão das gestantes. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, 2020. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2099>. Acesso em: 16 jan. 2025.

GOMES, Ana Livia Dutra. **A saúde mental das mulheres em situação de aborto nos serviços públicos de saúde no Brasil**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia), Centro Universitário UNDB, São Luís, 2021. Disponível em: <http://repositorio.undb.edu.br/bitstream/areas/628/1/ANA%20LIVIA%20DUTRA%20GOMES.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.

GOMES, Camilla de Magalhães. Gênero como categoria de análise decolonial. **Civitas: revista de Ciências Sociais**, v. 18, n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/civitas/article/view/28209>. Acesso em: 21 jan. 2025.

GOMES, Carolina Hennig; D'ALMEIDA, Jamila Santos Reis; RIBAS, José Luiz. Opiniões consultivas de 2021: Corte Interamericana de Direitos Humanos, geopolítica da região e o papel da Defensoria Pública. **Revista da Defensoria Pública RS**, v. 2, Porto Alegre-RS, p. 165-184, 2022. Disponível em: <https://revista.defensoria.rs.def.br/defensoria/issue/download/33/33>. Acesso em: 02. mar. 2024.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; GONÇALVES, Letícia; MAYORGA, Claudia. O conservadorismo distópico à brasileira: direitos sexuais e direitos reprodutivos e a pandemia da COVID-19 no Brasil. **Feminismos**, v. 9, n. 1, p. 149-167, jan./abr. 2021. ISSN: 2317-2932. Disponível em: www.feminismos.neim.ufba.br. Acesso em: 02. mar. 2024.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Rio de Janeiro: Zahar; 2020.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça. COVID-19 challenges Brazil to comply with agenda 2030 to reduce maternal mortality. **The Lancet Regional Health – Americas**, Volume 21, 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00065-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00065-0/fulltext). Acesso em: 15 jan. 2025.

HANISCH, Carol. The Personal is Political. **Notes From the Second Year**. 1970. Disponível em: <https://webhome.cs.uvic.ca/~mserra/AttachedFiles/PersonalPolitical.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

HOGEMANN, Edna Raquel Rodrigues Santos; ALMEIDA, Eliane Vieira Lacerda; BRITO, Lorena Medeiros Toscano de. Teleaborto: direito ao acesso à justiça reprodutiva no Brasil. **Suprema – Revista de Estudos Constitucionais**, Distrito Federal, Brasil, 2022. Disponível em: <https://suprema.stf.jus.br/index.php/suprema/article/view/125>. Acesso em: 1 jan. 2025.

HOOKS, Bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Revista brasileira de ciência política**, Brasília-DF, n. 16, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/mrjHhJLHZtfyHn7Wx4HKm3k/?lang=pt>. Acesso em: 03 mar. 2024.

HUNT, Mary. O direito humano à justiça reprodutiva: uma perspectiva feminista teo-ética. **Revista Mandrágora: Gênero, Religião e Políticas Públicas**, São Paulo, v. 13, n. 13, 2007. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MA/article/view/5552/4538>. Acesso em: 30 nov. 2023.

JIMENEZ, Carla. Menina de 10 anos violentada faz aborto legal, sob alarde de conservadores à porta do hospital. **El País**, 16 de agosto de 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-16/menina-de-10-anos-violentada-fara-aborto-legal-sob-alarde-de-conservadores-a-porta-do-hospital.html>. Acesso em: 14 jan. 2025.

JUSTINO, Giovanna Brunna da Silva; STOFEL, Natália Sevilha; GERVASIO, Mariana de Gea; TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; SALIM, Natália Rejane. Educação sexual e reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BphSM8RSt3Mvgk6XMbZ4XTQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 dez. 2024.

KIKUCHI, Priscila. Justiça reprodutiva, decolonialidade e religião: alguns aportes teóricos para um começo de conversa. **Revista de Filosofia Poiesis**, Montes Claros, v. 23, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/poiesis/article/view/4900/4997>. Acesso em: 27 nov. 2023.

LEITE, Isabela. Prefeitura descumpre determinação da Justiça e não faz aborto acima de 22 semanas de gestação em hospitais de SP. **Portal G1**, São Paulo, 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2024/06/16/prefeitura-descumpre-determinacao-da-justica-e-nao-faz-aborto-acima-de-22-semanas-em-hospitais-de-sp.ghtml>. Acesso em: 17 jan. 2025.

LIMA, Flávia Danielle Santiago. “Meu corpo, minhas regras”: a judicialização dos direitos reprodutivos da mulher no Supremo Tribunal Federal à luz da legal mobilization. In: SILVA, Christine Oliveira Peter da; BARBOZA, Estefânia Maria de Queiroz; FACHIN, Melina Girardi. **Constitucionalismo feminista**. Salvador: Editora JusPodivm, 2018.

LIMA, Sarah Dayanna Lacerda Martins. **Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres**: expressões das políticas públicas no município de Fortaleza. 2013. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade do Centro de Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=99456. Acesso em: 26 fev. 2024.

LIMA, Sarah Dayanna Lacerda Martins. Os direitos reprodutivos das mulheres e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos: uma análise dos casos admitidos entre 2000 e 2013. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, Fortaleza, n. 14, 2014. Disponível em: <https://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/issue/view/21>. Acesso em: 25 fev. 2024.

LUGONES, María. Colonialidad y Género. **Tabula Rasa**, Bogotá, n. 9, p. 73-102, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000200006. Acesso em: 03 fev. 2025.

LUGONES, María. **Pilgrimages/Peregrinajes**: Theorizing Coalition against Multiple Oppressions. Lanham, Md, 2003.

LUGONES, Maria. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/QtnBjL64Xvssn9F6FHJqznb>. Acesso em: 18 dez. 2024.

MACEDO, Edvânio Campos; CARDOZO, Leriane Silva. Políticas públicas, raça e a Lei n. 10.639/2003: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Educação Por Escrito**, 2023. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/poescrito/article/view/45029>. Acesso em: 23 nov. 2024.

MACEDO, Ulla *et al.* Infertilidade, justiça reprodutiva e pandemia de COVID-19: reflexões sobre acesso e barreiras. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 12, n. 4, p. 33–50, 2024. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1021..> Acesso em: 20 dez. 2024.

MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dDp66th3DTphvSRWHJYpRMJ/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2024.

MANCILLA, Daniela Escobar Hacia un aborto antirracista: una mirada desde el feminismo interseccional y decolonial. **Revista Thélos**, Universidad Tecnológica Metropolitana. 2021. Disponível em: <https://thelos.utem.cl/wp-content/uploads/sites/13/2022/01/revista-thelos-vol1-n13-2021-Escobar.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2025.

MARQUES, Cláudia Marília França Lima; DUTRA, Gabrielle Scola; STURZA, Janaína Machado. Direito à saúde, política pública e decolonialidade: uma análise decolonial da inclusão dos corpos transexuais nas políticas públicas de saúde. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, Florianópolis, Brasil, v. 10, n. 1, 2024. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/10372>. Acesso em: 2 jan. 2025.

MATOS, Daniela; BARROS, Eliane; ROCHA, Julia. **Acesso à informação e aborto legal: mapeando desafios nos serviços de saúde**. ARTIGO 19: São Paulo, 2019. Disponível em: <https://artigo19.org/wp-content/blogs.dir/24/files/2019/06/RelatorioAcessoInformacaoAbortoLegal.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2025.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais – uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Revista internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 5, n. 8, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a04.pdf>. Acesso em: 22 out. 2023.

MATTIONI, Fernanda Carlise; SILVEIRA, Roberta de Pinho; SOUZA, Camilo Darsie de; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Práticas de promoção da saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal. **Revista Ciência & saúde coletiva**, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SJ3FzPJMBdxQJG9hh3ZsrkQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jan. 2025.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Revista Interface**, Botucatu, v. 13, 771-780, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GCvzrJvLB3rq8cnvRQpPC9H/>. Acesso em: 02 dez. 2023

MCCLINTOCK, Anne. **Couro imperial: raça, gênero e sexualidade no embate colonial**. Campinas: Unicamp, 2010.

MENDES, Corina Helena Figueira; MOUTA, Giovanna Camacho Weiss. Justiça Reprodutiva e Serviço Social: uma análise interseccional, 2023, Vitória. **Anais eletrônicos [...]**, Vitória: ENPS, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/41349>. Acesso em: 29 nov. 2023.

MENY, Ives; THOENIG, Jean-Claude. **Las políticas públicas**. Barcelona: Ariel, 1992.

MIGNOLO, Walter D. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/nKwQNPx5Zr3yrMjh7tCZVv/>. Acesso em: 16 dez. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Sousa; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramo de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento**: norma técnica. 2022. Disponível em: https://www.andes.org.br/diretorios/files/renata/2022/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abortamento_1edrev.pdf. Acesso em: 06 jan. 2025.

MIRANDA, Maria Lucilia Moraes de; NASCIMENTO, Adriana Galvão do; LEMOS JUNIOR, Eloy Pereira Lemos. Mulheres negras e justiça reprodutiva: direitos sexuais e reprodutivos de forma ampliada. **Revista Ibero-americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 11, [S. l.], 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11951>. Acesso em: 09 dez. 2023.

MORRIS, Jessica L; WINIKOFF, Beverly; DABASH, Rasha; WEEKS, Andrew; FAUNDES, Anibal; GEMZELL-DANIELSSON, Kristina; KAPP, Nathalie; CASTLEMAN, Laura; KIM, Caron; HO, Pak Chung; VISSER, Gerard H. A; "FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics". **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 138, n. 3, 2017. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12181>. Acesso em: 11 jan. 2025.

MOTTA, Caio Tavares; MOREIRA, Marcelo Rasga. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pPdjk3DDSH6B8c5X3TNsKy/>. Acesso em: 02 jan. 2025.

NUNES, Bárbara Beatriz da Silva; MENDES, Paulo Cezar. Políticas públicas de

saúde reprodutiva: contexto histórico d implicações na maternidade em Uberlândia-MG. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 16, n. 53, 2015. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/28875>. Acesso em: 2 jan. 2025.

NUNES, Beatriz. **Planejamento familiar e maternidades lésbicas**: viabilidade das técnicas de reprodução caseira frente ao provimento nº 149/2023. 2023. 82 p. Trabalho de conclusão de curso (Direito), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO. **OOBr SRAG**: Síndrome respiratória aguda grave em gestantes e puérperas. 2021. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br. Acesso em: 04 jan. 2025.

OLIVEIRA, Marizângela Lissandra de *et al.* Impacto da pandemia de COVID-19 na incidência de violência sexual domiciliar contra crianças e adolescentes no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QVdyRD65QnBZw8dnYMLzJBF/>. Acesso em: 19 jan. 2025.

OLIVEIRA, Rafaela Galoni de; COELHO, Ana Carolina Valeriete de Oliveira; SANTOS, Dannel Correia de Lima; QUERES, Tobias Eleoterio; MARTINS, Patrícia Passos. Desafios no acesso equitativo à saúde sexual e reprodutiva no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação - REASE**, São Paulo, v. 9, n. 11, p. 3605-3615, nov. 2023. ISSN 2675-3375. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i11.12663>. Acesso em: 18 nov. 2024.

OLIVEIRA, Rayane Noronha. Justiça Reprodutiva como dimensão da práxis negra feminista: contribuição crítica ao debate entre feminismos e marxismo. **Germinal: marxismo e educação em debate**, Salvador, v.14, n.2. Disponível: <http://doi.org/10.9771/gmed.v14i2.49559>. Acesso em: 18 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação de Pequim**, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 05 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Programa de Ação de Viena**, 1993. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf. Acesso em: 26 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese?LangID=por>. Acesso em: 03 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**, 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os>

%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf. Acesso em: 11 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento**: Plataforma de Cairo, [s. d.]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando o nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. [S.l.]: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 28 jan. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. *In: Seminários Temáticos Permanentes*, 2001, Brasília. Anais. Brasília: Anvisa; Instituto de Saúde Coletiva/UFBA. p.1- 16. Disponível em: [:https://moodle.ead.fiocruz.br/modulos_saude_publica/sus/files/media/PaimJS_ModelosAssistenciais.pdf](https://moodle.ead.fiocruz.br/modulos_saude_publica/sus/files/media/PaimJS_ModelosAssistenciais.pdf) . Acesso em: 28 jan. 2025.

PESQUISA MOSTRA ALTO ÍNDICE DE SUBNOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES. **Universidade Federal de Minas Gerais**, 2023. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/pesquisa-mostra-alto-indice-de-subnotificacao-de-violencia-contras-as-mulheres-no-brasil>. Acesso em: 15 dez. 2024.

PETRY, Analídia Rodolpho; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 193-198, 2011. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7375/6434>. Acesso em: 01 jan. 2025.

PIMENTEL, Bernardo Andrade; BARROS, Erika Oliveira Queiroz de; SOUZA, Maria Eduarda da Conceição. Aborto e seus impactos na saúde mental das mulheres. **Aborto e seus impactos na saúde mental das mulheres**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia), Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA, Recife, 2023. Disponível em: <https://www.grupounibra.com/repositorio/PSICO/2023/aborto-e-seus-impactos-na-saude-mental-das-mulheres.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2025.

PIOVESAN, Flávia. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 57, jan./mar. 2012. Disponível em: https://www.emerj.tjrj.jus.br/revistaemerj_online/edicoes/revista57/revista57_70.pdf. Acesso em: 01 dez. 2023.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. São Paulo: Editora Saraiva, 2023.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *In: PALERMO, Zulma; QUINTERO, Pablo. Aníbal Quijano: textos de fundación*. Buenos Aires, Del Signo, 2014.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. *In: LANDER, Edgardo. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*, Buenos Aires: Editora Clacso, 2005. Disponível em:

http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf
U. Acesso em: 16 dez. 2024.

REBOUÇAS, Melina Séfora Souza; DUTRA, Elza Maria do Socorro. Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto.

Psicologia em Estudo, Maringá, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pe/a/4L8z7BVhwSCDv5KngX65TPs/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 27 jan. 2025.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO (REHUNA). **Rede pela Humanização do Parto e Nascimento**. [S.d]. Disponível em: <https://rehuna.org.br/>. Acesso em: 29 jan. 2025.

REIS, Maurício de Novais; ANDRADE, Marcilea Freitas Ferraz de. O pensamento decolonial: análise, desafio e perspectivas. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 202, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/41070/21945>.

Acesso em: 20 jan. 2025.

REZEK, Francisco. **Direito internacional público**: curso elementar. São Paulo: Editora Saraiva, 2024.

RIOS, Roger Raupp. **Para um direito democrático da sexualidade**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre: 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ha/a/YWPnQB8XXj5ZkmtCkxQgdXs/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 20 maio 2023.

ROCHA, Mayra Pacheco. **A reprodução assistida no Brasil na perspectiva dos direitos reprodutivos**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Universidade Federal Fluminense Faculdade de Direito, Niterói, 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/2390>. Acesso em: 15 out. 2023.

ROSS, Loretta. **Understanding Reproductive Justice**: Transforming the Pro-Choice Movement. SisterSong Women of Color Reproductive Justice Colletive, [S. l.]: 2006. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/259857714_Understanding_Reproductive_Justice_Transforming_the_Pro-Choice_Movement. Acesso em: 20 dez. 2024.

RUIBAL, Alba M. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/sMhqnm8cs9rBNPGjPSGQhNq/?lang=pt>. Acesso em: 16 nov. 2024.

SANTOS, Debora de Souza *et al.* Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. **Clinical Infectious Diseases**, v. 72, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Dezembro Vermelho 2024**.

Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento->

dstaids-sp/homepage/destaques/dezembro-vermelho-2024. Acesso em: 28 jan. 2025.

SARDENBERG, Cecília. O pessoal é político: conscientização feminista e empoderamento de mulheres. **Inclusão Social**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 15-29, 2018. Disponível em: <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4106>. Acesso em: 11 nov. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIETO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Editora Saraiva, 2022. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553620490/>. Acesso em: 04 dez. 2023.

SCHUTZ, Susanne. Convivências interseccionais: Feministas negras e populares debatendo justiça reprodutiva no Brasil. **Revista Histórias Públicas**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 219–250, 2023. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/historiaspublicas/article/view/8293>. Acesso em: 3 mar. 2024.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Companhia das letras, 2019.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & Realidade**, [S. l.], v. 20, n. 2, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 9 dez. 2023

SCOTT, Joan. História das mulheres. *In*: BURKE, Peter. **A escrita da história – novas perspectivas**. São Paulo: Editora Unesp, 1992.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SEGATO, Rita Laura. Introducción: políticas de la identidad, diferencia y formaciones nacionales de alteridad. *In*: SEGATO, RITA Laura. **La nación y sus otros**: raza, etnicidad y diversidad religiosa entiempos de políticas de la identidad. Buenos Aires: Prometeo, 2007.

SILVA, Dara Lousada. **Saúde mental de mulheres que vivenciaram o abortamento**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2022. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/5560>. Acesso em: 30 jan. 2025.

SILVA, Gabriela Peixoto Vieira; OLIVEIRA, Elismênia Aparecida. Políticas antigênero na América Latina: desdobramentos teóricos no debate feminista. *In*: **44º Encontro Anual da ANPOCS – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais**, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2025.

SILVA, Joasey Pollyanna Andrade da; CARMO, Valter Moura do; RAMOS, Giovana Benedita Jaber Rossini. As quatro ondas do feminismo: lutas e conquistas. **Revista de Direitos Humanos em Perspectiva**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 101-122, jan./jul. 2021. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/direitoshumanos/article/view/7948/pdf>. Acesso em: 03 fev. 2024.

SILVA, José Lenartte da; COSTA, Moan Jéfter Fernandes; TÁVORA, Rafaela Carolini de Oliveira; VALENÇA, Cecília Nogueira. Planejamento para famílias homoafetivas: releitura da saúde pública brasileira. **Revista Bioética**, vol 27, Brasília, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/pTmSPdPnvHhWV9C3RpKNNyK/?format=pdf&utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 16 jan. 2025.

SILVA, Renata Kelly dos Santos e; ROCHA, Gabriela Araújo; NETO, Francisco João de Carvalho; SILVA, Maria Mileny Alves de; BERNARDES, Raissy Alves; JÚNIOR, Denival Nascimento Vieira; FRANCO, Murilo de Sousa; GOMES, Maria Luziene de Sousa; SANTOS, Luis Eduardo Soares do; BASTOS, Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira; MOURA, Maria Sauanna Sany de; PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes. Direitos sexuais e reprodutivos para mulheres lésbicas: uma análise de políticas públicas no Brasil. *In*: SOMBRA, Isabelle Cordeiro de Nojosa. **Diário da teoria e prática na enfermagem 5**. Ponta Grossa: Editora Atena, 2020.

SILVA, Renatho Andriolla da. **O conceito de práxis em Marx**. 2017. 104f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Filosofia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

SOUSA, Daiana Maria Santos de. Reflexões da pandemia de COVID-19: a tomada de decisão médica na abordagem terapêutica pós-aborto em dois hospitais públicos do Distrito Federal. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, p. 149–160, 2024. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1026..> Acesso em: 18 dez. 2024.

SOUZA, Ana Clara das Chagas; MADEIRA, Débora Fernandes Pessoa. O exercício de direitos sexuais e reprodutivos por mulheres com deficiência mental ou intelectual no direito brasileiro. **Oikos: família e sociedade em debate**. Viçosa, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/12603/6806>. Acesso em: 10 jan. 2025.

SOUZA, Itamar de. A mulher e a Revolução Francesa: participação e frustração. **Revista UNI-RN**, Natal, v. 2, n. 2, jan./jul. 2008. Disponível em: <http://revistas.unirn.edu.br/index.php/revistaunirn/article/view/81>. Acesso em: 20 fev. 2024.

SUBIRATS, Joan. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración**. Madri: Ministério para las Administraciones Públicas, 1992.

TRAVASSOS, Gabriel Saad. A opinião consultiva n° 24/2017 da Corte Interamericana de Direitos Humanos: a identidade de gênero como núcleo componente da dignidade da pessoa humana. **Revista da Defensoria Pública da União**, Brasília-DF, n. 11, 2018. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r38837.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2024. 2021.

UNFPA BRASIL. Em um ano de pandemia, Fundo de População da ONU estima que interrupções em serviços levaram a 1,4 milhão de gravidezes não intencionais [Internet]. **UNFPA Brasil**, 2021. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/ptbr/news/em-um-ano-de-pandemia-fundo-de-populacaoda-onu-estima-que-interruptoes-em-servicos-levaram14>. Acesso em: 5 jan. 2025.

UNFPA BRASIL. **Saúde Materna e COVID-19: Reflexões, Desafios e Perspectivas**. Brasília: UNFPA Brasil, 2023. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/vfunfpa_oobr_livro_saude_materna_e_covid-19_digital_0.pdf. Acesso em: 5 jan. 2025.

VAGGIONE, Juan Marco. A restauração legal: o neoconservadorismo e o direito na América Latina. In: BIROLI, Flávia; MACHADO, Maria das Dores Campos; VAGGIONE, Juan Marco. **Gênero, neoconservadorismo e democracia: disputas e retrocessos na América Latina**. São Paulo: Editora Boitempo, 2020.

VALERI, Julia. Desinformação contribui para taxas elevadas de cesáreas no Brasil. **Jornal da USP**. São Paulo, 2024. Disponível em: <https://jornal.usp.br/campus-ribeirao-preto/desinformacao-contribui-para-taxas-elevadas-de-cesareas-no-brasil/>. Acesso em: 25 jan. 2025.

VALLE, Vanice Regina Lírio do. **Políticas públicas, direitos fundamentais e controle judicial**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

VALONGUEIRO, Sandra. Entrevista sobre a mortalidade materna, pandemia de covid-19 e pós-pandemia, na perspectiva do comitê estadual de mortalidade materna de Pernambuco – CEEMM-PE. **Cadernos de Estudos Sociais**, [S. l.], v. 37, n. 1, 2023. Disponível em: <https://periodicos.fundaj.gov.br/CAD/article/view/2228>. Acesso em: 24 dez. 2024.

WENCZENOVICZ, Thais Janaina; MAIA, Noelen Alexandra Weise da. COVID-19 e as mulheres brasileiras: direitos sexuais e direitos reprodutivos entre a crise política e a crise sanitária. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 4, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/ridh3/index.php/ridh/article/view/91>. Acesso em: 16 nov. 2024.

WORLD ECONOMIC FORUM. **Global Gender Gap Report**. Geneva, junho de 2024. Disponível em: <https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2024>. Acesso em: 15 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Connuing essenal Sexual Reproducve, Maternal, Neonatal, Child and Adolescent Health services during COVID-19 pandemic**. Operaonal guidance for South and South-East Asia and Pacific Regions: 2020 hps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331816/SRMNCAH-covid-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 dez. 2024.

YOSHINO, Alessandra; GONÇALVES, Alexandre; CONTREIRAS, Carué; SILVA, Claudete Pereira da; MARTINS, Cristina Langkammer; ASSIS, Dirce Cândida; FILIPE, Elvira Maria Ventura *et al.* Boas práticas em saúde integral para travestis, transexuais e outras variabilidades de gênero/gêneros diversos: experiência do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT) do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP, Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 20, 2023. DOI: 10.57148/bepa.2023.v.20.38775. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/38775>. Acesso em: 28 jan. 2025.