



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS,
LETRAS E ARTES - CCHLA
NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS
HUMANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E
POLÍTICAS PÚBLICAS.**



THAMIRIS CERES LOPES FREIRE

**O ACESSO À SAÚDE E AOS DIREITOS REPRODUTIVOS DE MENINAS E
MULHERES NA REGIÃO SUL DO PIAUÍ COM PERSPECTIVA NOS OBJETIVOS
DO MILÊNIO**

**JOÃO PESSOA - PB
2021**

THAMIRIS CERES LOPES FREIRE

**O ACESSO À SAUDE E AOS DIREITOS REPRODUTIVOS DE MENINAS E
MULHERES NA REGIÃO SUL DO PIAUÍ COM PERSPECTIVA NOS OBJETIVOS
DO MILÊNIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas – PPGDH - da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, em cumprimento a parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Iranice Gonçalves Muniz

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Gloria de Lourdes Freire Rabay

**JOÃO PESSOA – PB
2021**

**Catálogo na publicação Seção de
Catálogo e Classificação**

F866a Freire, Thamiris Ceres Lopes.

O acesso à saúde e aos direitos reprodutivos de meninas e mulheres na região
Sul do Piauí com perspectiva nos objetivos do milênio / Thamiris Ceres Lopes Freire. -

João Pessoa, 2021.

115 f. : il.

Orientação: Iranice Gonçalves Muniz. Coorientação: Gloria de
Lourdes Freire Rabay. Dissertação (Mestrado) -
UFPB/CCHLA.

UFPB/BC

CDU 342.7(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E
POLÍTICAS PÚBLICAS



ATA DA SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA MESTRANDA **THAMIRIS CERES LOPES FREIRE** DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS/CCHLA/UFPB

Aos vinte e nove dias do mês de julho do ano de dois mil e vinte e um, às nove horas, por meio de plataforma pública de videoconferência, seguindo os mesmos preceitos da defesa presencial estabelecidos pelo regulamento da UFPB, realizou-se a sessão de defesa de Dissertação da mestranda **Thamiris Ceres Lopes Freire**, matrícula 20191020005, intitulada: "**O ACESSO À SAÚDE E AOS DIREITOS REPRODUTIVOS DE MENINAS E MULHERES NA REGIÃO SUL DO PIAUÍ COM PERSPECTIVA NOS OBJETIVOS DO MILÊNIO.**". Estavam presentes as professoras doutoras: Iranice Gonçalves Muniz (Orientadora/PPGDH/UFPB), Glória de Lourdes Freire Rabay (Coorientadora/PPGDH/UFPB), Amanda Christinne Nascimento Marques (Examinadora interna/PPGDH/UFPB) e Waglânia de Mendonça Faustino (Examinadora Externa/PPGSF/UFPB). A Professora Iranice Gonçalves Muniz, na qualidade de Orientadora, declarou aberta a sessão, e apresentou os Membros da Banca Examinadora ao público presente, em seguida passou a palavra à mestranda Thamiris Ceres Lopes Freire, para que no prazo de trinta (30) minutos apresentasse a sua Dissertação. Após exposição oral apresentada pela mestranda, a professora Iranice Gonçalves Muniz concedeu a palavra aos membros da Banca Examinadora para que procedessem à arguição pertinente ao trabalho. Em seguida, a mestranda Thamiris Ceres Lopes Freire respondeu às perguntas elaboradas pelos Membros da Banca Examinadora e, na oportunidade, agradeceu as sugestões apresentadas. Prosseguindo, a sessão foi suspensa pela Orientadora, que se reuniu secretamente, de forma remota, apenas com os Membros da Banca Examinadora, e emitiu o seguinte parecer: A Banca Examinadora considerou a **DISSERTAÇÃO: - O ACESSO À SAÚDE E AOS DIREITOS REPRODUTIVOS DE MENINAS E MULHERES NA REGIÃO SUL DO PIAUÍ COM PERSPECTIVA NOS OBJETIVOS DO MILÊNIO – APROVADA**. A banca sugere a publicação do texto. Serão incorporadas as considerações feitas pela banca examinadora.

A seguir, a Orientadora apresentou o parecer da Banca Examinadora à mestranda Thamiris Ceres Lopes Freire, bem como ao público presente. Prosseguindo, agradeceu a participação dos Membros da Banca Examinadora, e deu por encerrada a sessão. E, para constar eu, Ahyanna de Souza Monte Verde, assistente em administração do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, lavrei a presente Ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora, em testemunho de fé. João Pessoa, 29 de julho de 2021.

Iranice G. Muniz

Glória Rabay

Amanda Christinne Nascimento Marques

Waglânia de Mendonça Faustino

Dedico este trabalho aos meus maravilhosos pais, meu querido irmão e meu amado esposo que são a minha rocha.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de primeiramente agradecer a meus pais, que sempre se fizeram presentes em cada passo da minha educação, reconheço o meu privilégio de ter pessoas dedicadas e amorosas no percurso da minha vida escolar e na construção da pessoa que sou hoje.

Agradeço ao meu marido Francisco Júnior por sempre me incentivar, mesmo quando eu não acreditava mais que poderia ir tão longe. Obrigada pela paciência de me ajudar a editar, estudar, revisar e até elaborar gráficos (o que é o meu ponto fraco), você que me apoiou a seguir esta viagem cansativa e estressante de mais de 2.000 Km por semana entre Floriano – PI e João Pessoa – PB, fez os cálculos de custos, esperava ansioso cada chegada e acompanhava preocupado as minhas idas e vindas de ônibus atravessando 3 estados. Sei que esta vitória é nossa, agora vamos em busca de defender a sua dissertação!

Quero agradecer e aplaudir o carinho, amor e atenção dos meus tios Sueli Freire e Flodoaldo do Monte pela hospitalidade de receber esta sobrinha toda semana em sua casa em João Pessoa - PB, atrapalhando a sua rotina, mas que mesmo assim desprendiam um cuidado paternal que foi essencial para que eu me mantivesse firme no propósito de percorrer toda essa distância em busca de conhecimento, sabendo que teria um lugar acolhedor para ficar.

Ressalto a gratidão que tenho pelo privilégio de ser aluna e orientanda destas duas profissionais mulheres incríveis, que com muita paciência e amor transmitiram o seu conhecimento e me ajudaram a ver os direitos humanos com outros olhos, gostaria que muitos outros alunos tivessem a sorte de tê-las como orientadoras queridas Prof. Doutora Iranice Muniz e Prof. Doutora Glória Rabay.

Agradeço ao Hospital Regional Tibério Nunes de Floriano – PI por abrir as portas para a realização desta pesquisa, aos excelentes professores do curso de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas da Universidade Federal do Estado da Paraíba por todo conhecimento passados que contribuíram não só com esta dissertação, mas também com o meu crescimento pessoal.

Por fim, desejo o melhor para todos os componentes da minha turma que de alguma forma, mesmo que singela, ajudaram nesta dissertação ou que simplesmente me apoiaram durante as aulas, sentirei muita falta de todos vocês.

Uma poesia sobre aborto

Eu fiz um aborto.

Eu matei e morri.

*Eu morri, por dentro e por fora,
de todas as maneiras.*

Eu virei só.

Eu era uma, éramos dois, éramos três.

Virei uma depois de descobrir ser “dois em um”.

Eu abortei e morri.

Eu era vida e agora eu sou nada.

Eu sou um aglomerado de células.

Eu tirei um aglomerado de células.

Não era vida. Eu era vida.

Eu não pude escolher.

Eu escolhi. E agora eu morri.

Bruna Matos

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi analisar a partir das ações públicas de saúde se a meta dois do objetivo número cinco entabulado na Declaração do Milênio, referente ao acesso universal da saúde reprodutiva e sexual foi implementada na assistência à saúde de mulheres e meninas em situação de abortamento utilizando-se de uma pesquisa de campo no Hospital Regional de Floriano – Piauí, avaliando, para tanto, prontuários médicos de pacientes atendidas no ano de 2020. A pesquisa centrou-se nos casos de aborto provocado em que há uma resistência por parte da sociedade ao reconhecimento do direito de a mulher decidir sobre o seu corpo, negando-lhes a garantia de acesso a saúde ao serem forçadas a procurar métodos alternativos e inseguros para o induzimento ao aborto desrespeitando a mencionada meta dos Objetivos do Milênio ao qual o Brasil é signatário. De posse das informações fornecidas por teóricas feministas e por tratados internacionais de direitos humanos que tratam da temática, se realizou um levantamento de dados a partir das ações públicas de saúde no Brasil para se perquirir se as metas dos objetivos entabulados na Declaração do Milênio foram implementadas na assistência à saúde de mulheres e meninas em situação de abortamento. Para isso, a pesquisa que é de cunho quali-quantitativa foi realizada utilizando dados secundários oriundos dos prontuários médicos das pacientes meninas e mulheres que receberam atendimento em situação de abortamento no Hospital Regional de Floriano – Piauí no ano de 2020. A pesquisa por envolver seres humanos foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil. O texto foi dividido em três capítulos, no qual o primeiro trata da identificação do patriarcado e a relação com os direitos reprodutivos e sexuais das meninas e mulheres; no segundo capítulo verificou-se o acesso à saúde como questão de direito público amparado dentre outros tratados internacionais, pela Declaração do Milênio, e no terceiro capítulo se analisou a efetivação do direito à saúde de meninas e mulheres na região sul do estado do Piauí com a discussão dos dados obtidos na pesquisa de campo. Os resultados encontrados nesta pesquisa oferecem dados realísticos sobre a temática e podem subsidiar políticas públicas mais eficientes para o atendimento das meninas e mulheres, melhorando a saúde materna, reduzindo, conseqüentemente, a mortalidade materna e sobretudo propicia o debate a favor da concretização do direito de escolha das meninas e mulheres.

Palavras chave: Direitos Humanos; Direitos Reprodutivos e Sexuais; Objetivos do Milênio, Acesso à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze from the public health actions if the goal two of objective number five agreed in the Millennium Declaration, referring to universal access to reproductive and sexual health, was implemented in the health care of women and girls undergoing abortion using a field research in the Regional Hospital of Floriano - Piauí, evaluating, for this, the medical records of patients seen in the year 2020. The research focused on cases of induced abortion in which there is resistance from society in recognizing the woman's right to decide about her body, denying them the guarantee of access to health when they are forced to seek alternative and unsafe methods to induce abortion disrespecting the mentioned objective of the Millennium Goals, of which Brazil is a signatory. In possession of the information provided by feminist theorists and by the international treaties of human rights that deal with the subject, a survey of data of the actions of public health in Brazil was carried through to inquire if the goals of the objectives agreed in the Millennium Declaration had been implemented in the attendance to the health of women and girls in situation of abortion. To this end, qualitative and quantitative research was conducted using secondary data from the medical records of girls and women receiving abortion care at this hospital in 2020. Since the research involves human beings, it was submitted and approved by the Research Ethics Committee (CEP) via Plataforma Brasil. The text was divided into three chapters, in which the first deals with the identification of patriarchy and the relationship with the reproductive and sexual rights of girls and women; in the second chapter we verified the access to health as a matter of public right supported among other international treaties, by the Millennium Declaration, and in the third chapter we analyzed the realization of the right to health of girls and women in the southern region of the state of Piauí with the discussion of data obtained in the field research. The results found offer realistic data on the subject and can subsidize more efficient public policies for the care of girls and women, improving maternal health, reducing, consequently, maternal mortality and, above all, promoting the debate in favor of the realization of the right of choice of girls and women.

Keywords: Human rights; Reproductive and Sexual Rights; Millennium Development Goals; Access to Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEDAW: *Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*

CID: *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*

CIPD: *Conferência de Cairo*

CNDM: *Conferência Mundial sobre a Mulher*

DATASUS: *Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde*

IBGE: *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*

IPPF: *Declaração dos Direitos Sexuais e Reprodutivos da Federação Internacional de Planejamento Familiar*

NV: *Nascidos Vivos*

MS: *Ministério da Saúde*

ODM: *Objetivos da declaração do milênio*

ODS: *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*

OMS: *Organização Mundial de Saúde*

ONGs: *Organizações Não Governamentais*

ONU: *Organização das Nações Unidas*

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

PHPN: *Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento*

RMM: *Razão de Mortalidade Materna*

SESAPI: *Secretária de Estado da Saúde*

SUS: *Sistema Único de Saúde*

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Distribuição da idade das pacientes atendidas no ano de 2020 pesquisadas no Hospital Regional Tibério Nunes	76
Gráfico 2 - Delimitação do tipos de aborto identificados na pesquisa em meninas menores de 18 anos de idade	78
Gráfico 3 - Quantitativo de abortos não planejados e sem pré-natal em pacientes menores de 18 anos	79
Gráfico 4 – Tipos de aborto identificados nos casos de pacientes menores de 18 anos.....	80
Gráfico 5 – Identificação dos métodos de atendimentos realizados nas pacientes pesquisadas	82
Gráfico 6 – Identificação das resultantes de atendimento em aborto constatadas nas pacientes pesquisadas.....	83

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. O PATRIARCADO E OS DIREITOS REPRODUTIVOS	14
1.1. Corpo como território de subordinação feminina	14
1.2. Direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e meninas como direitos humanos	33
2. DIREITO DE ACESSO À SAÚDE DAS MULHERES E MENINAS COM ASSENTO NA DECLARAÇÃO DO MILÊNIO.....	46
2.1. Aborto como questão de saúde pública na perspectiva dos objetivos do milênio	46
3. EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA REGIÃO SUL DO PIAUÍ.....	67
3.1 Da Metodologia na Análise dos Casos de Aborto em Mulheres e Meninas no Hospital Regional Tibério Nunes na Cidade de Floriano-PI	67
4. CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE A	105
ANEXO 1.....	108
ANEXO 2.....	109
ANEXO 3.....	113

INTRODUÇÃO

Em que pese todos os avanços obtidos através dos movimentos feministas, tratados e convenções internacionais de Direitos Humanos e legislações nacionais, a sociedade ainda possui enraizada em suas características a subordinação feminina, onde é previamente delimitado quais seriam os papéis adequados a serem desenvolvidos por homens e mulheres na comunidade. Especialmente no caso das mulheres, as características do patriarcado impõem a elas um projeto do que devem ser e fazer com a sua vida, com os seus corpos.

Essa diferenciação de tratamento entre homens e mulheres serve como forma de manutenção de uma estrutura patriarcal que oprime sobremaneira os direitos das mulheres. Esta lógica machista se estende ao direito que por muitas vezes na história da humanidade foi utilizado como forma de aprisionamento e subordinação das ações das mulheres em relação aos homens que as rodeiam, pois elas não eram vistas como sujeitos detentores de direitos.

As diferenças, a princípio, anatômicas, serviram de base para o estabelecimento de uma sobreposição das decisões dos homens em face das mulheres, sobretudo na figura da genitora onde há uma verdadeira expropriação do corpo da mulher com a retirada do controle da sexualidade e a obrigatoriedade da maternidade.

O patriarcado instituiu a visão de que as mulheres deveriam ser maternais e domésticas, enquanto os homens são enérgicos provedores; as mulheres devem ser protegidas pelos homens da família a que pertencem para evitar que sejam corrompidas pela luxúria.

Por isso, a dificuldade de avanço nos temas sobre direitos reprodutivos e sexuais de meninas¹ e mulheres, principalmente na questão em torno do tema aborto e a primazia do direito de escolha das mesmas, sempre foi cercada como um tema intocável, inseridos em discursos acalorados envolvendo indagações sobre o início da vida humana, teorias eugenistas e de controle de natalidade e pôr fim a questão da propriedade sobre os corpos femininos.

Em grande parte dos debates filosóficos e morais sobre o momento e a possibilidade de interrupção da gravidez, a mulher quase invariavelmente não existe, e quando existente no discurso, serve tão somente para carregar a culpa moral pela realização de “tal ato cruel”. Os

¹ De antemão, informo que neste trabalho, não será utilizada a diferenciação entre a terminologia de meninas e adolescentes tão comumente usada nos textos científicos, com influência, inclusive, do que está previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, que estabelece como criança o menor de doze anos, e acima de doze anos como adolescente. Pelo contrário, seguindo o diploma no qual ancoramos esta pesquisa, a Declaração dos Objetivos do Milênio que emprega como terminologia a proteção de direitos de meninas e mulheres, sem diferenciar criança e adolescente.

desejos dos homens que exercem o poder patriarcal sobre estas meninas e mulheres prevalecem, exigindo delas que utilizem do seu corpo para a manutenção da família e da estrutura de sociedade industrial construída por este modelo de comunidade, até mesmo o desejo do feto tem prevalência neste momento, anulando a vontade e os direitos destas mulheres. Ou seja, tem a ver com tudo, menos com ela.

Dentre tantos direitos das meninas e mulheres que já foram ou são negados, queremos dar destaque neste trabalho, aos direitos reprodutivos e sexuais e toda a sua evolução para reconhecimento, conceituação e participação em debates internacionais de Direitos Humanos. Os Direitos Reprodutivos constituem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É um direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre a quantidade e o momento em que terão filhos, além de garantir acesso aos meios necessários para o exercício desta livre autonomia reprodutiva, sem sofrer qualquer tipo de discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza (VENTURA, 2009).

O exercício destes direitos assegura que a autodeterminação esclarecida das funções reprodutivas do corpo das pessoas seja respeitada por todos os demais, inclusive pelo Estado, ou seja, na acepção social, é um direito de exercício de liberdade individual e cidadania plena.

Os direitos reprodutivos e sexuais são a chave para a liberdade das meninas e mulheres em outros tantos aspectos, pois além de tratar do seu acesso à saúde, revela-se em uma forma de devolver às mulheres o seu direito de ingerência sobre quaisquer assuntos relacionado a sua vida privada, e isso acaba por suplantar o poder patriarcal sobre as mesmas.

Assim, a definição de saúde reprodutiva contempla uma vida sexual segura e que proporcione bem-estar; a saúde sexual das meninas e mulheres reforça a saúde reprodutiva nos diferentes gêneros e não se limita às questões reprodutivas. Ela integra outros aspectos da vida destas pessoas.

Por isso, a importância de dar voz a promoção da saúde sexual de todos os membros de uma sociedade, sobretudo de meninas e mulheres, e isto deve fazer parte das obrigações de todas as nações. Fazendo-se necessário que existam nos estados centros de assistência à saúde reprodutiva que incluam serviços de aborto seguro e que as meninas e mulheres tenham acesso a ambulatorios adequados para tratamento das complicações do aborto.

A Declaração dos Objetivos do Milênio, tratam-se de objetivos e indicadores estabelecidos por 189 países em 2000 durante a Conferência do Milênio organizada pela ONU, com o fim de estabelecer metas a serem alcançadas pelos Estados que concordarem como forma

de alcançar um pleno desenvolvimento em todos os cantos do planeta até 2015. Na declaração ficaram consignadas oito metas de grande importância para a melhoria da qualidade de vida da humanidade, mas em nossos estudos nos fundamentaremos apenas no objetivo número cinco que trata da melhora da saúde materna.

O mencionado objetivo possui duas metas: reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível de 1990; e, universalizar o acesso a saúde sexual e reprodutiva. Pois bem, a segunda meta que trata da universalização da saúde é um irreprovável desejo das meninas e mulheres oprimidas pela lógica machista que ainda vige na sociedade moderna.

Ademais, os Objetivos do Milênio trouxeram um fator que contribui na sua efetivação, que é estabelecer um prazo para a realização dos objetivos e metas, além de indicadores que podem realmente mensurar se os governos conseguiram aumentar a qualidade de vida a que tem direito os seus cidadãos.

De posse das informações contidas neste diploma, o objetivo do presente trabalho é analisar a partir das ações públicas de saúde se as metas dos objetivos entabulados na Declaração do Milênio foram implementadas na assistência à saúde de mulheres e meninas em situação de abortamento.

O leitor pode começar a se questionar o porquê de investigar tal problemática sob a perspectiva dos Objetivos do Milênio que deveriam ser implementados até 2015, entretanto para que não restem dúvidas quanto a pertinência da presente pesquisa, de antemão é importante destacar que o prazo para a implementação das metas como definido pela ONU se encerrou no ano de 2015, contudo este diploma continua servindo de norte para a efetivação dos direitos consagrados como mínimos para que haja um desenvolvimento planetário adequado e com respeito a todos os seres humanos.

Em 2015, a ONU (Organização das Nações Unidas) estabeleceu novas metas, que reafirmam as metas anteriores, agora dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em execução entre os anos 2016 e 2030, chamado de Agenda 2030. O novo documento possui 17 metas, e uma delas é reduzir a Razão de Morte Materna global para menos de 70 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

Diante disso, decidimos olhar a questão dos direitos reprodutivos e sexuais e o acesso a saúde de meninas e mulheres a partir da perspectiva primeiramente dos objetivos do milênio, o que fora estabelecido neste período e pode ser observado atualmente para lançar bases para

maiores avanços a serem implementados no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Ademais, a relevância e pertinência de estudos como estes se mostram inegáveis quando se presta um olhar mais apurado para os problemas enfrentados por meninas e mulheres que sofrem aborto ao procurar o Sistema Único de Saúde brasileiro, ainda mais sobre a temática da saúde da mulher, em especial das meninas, que fora estabelecido como objetivos básicos na Declaração do Milênio a serem alcançados por qualquer Estado para que este possa ter um crescimento congruente.

Este trabalho acadêmico pretende apresentar o resultado de uma investigação de caráter científica através do aprofundamento dos estudos bibliográficos em livros e artigos especializados sobre os direitos reprodutivos e acesso à saúde, bem como as influências de uma sociedade marcada pelo machismo na concessão dos mencionados direitos, através de autores como Ronald Dworking (2003), Flávia Piovesan (1998) e Débora Diniz (2016), entre outros.

O estudo será encartado, ainda, pela análise de diplomas internacionais que aportam os direitos reprodutivos como a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979); Plano de Ação da Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento (1994) e por fim se estendendo aos objetivos presentes na Declaração do Milênio bem como as metas postas pela Agenda 2030: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. A nível nacional será examinada a legislação do Sistema Único de Saúde, a Constituição Federal (1988), assim como os relatórios oficiais de aborto no país e pesquisas nacionais através do sistema DATASUS e do IBGE.

No primeiro capítulo, pretendemos demonstrar por meio de levantamento de extensa bibliografia a permanência da subordinação feminina no sistema patriarcal da sociedade e suas consequentes imposições sobre o corpo-território destas meninas e mulheres em um viés interdisciplinar da conceituação de corpo a partir de território, trazendo campos de estudo como a nova geografia cultural, ciências sociais, filosofia e sociologia, e ainda retratar a luta dos movimentos feministas para levar o tema dos direitos reprodutivos e sexuais até os tratados internacionais.

Já no segundo capítulo, o leitor será convidado a transitar pela evolução de tratamento do tema dos direitos a saúde reprodutivos e sexuais das meninas e mulheres como direitos humanos já garantidos por intermédio de conferências internacionais até chegar a Declaração dos Objetivos do Milênio e a meta número dois do objetivo número cinco que estabelece a

necessidade de se alcançar, a nível mundial, a universalidade de acesso a saúde reprodutiva e sexual das meninas e mulheres. No referido item, será abordado mais especificamente os reflexos da mencionada meta na legislação interna do Brasil, e como o país se estruturou para tentar atender aos indicadores estabelecidos na mesma.

Com o intuito de estudar os efeitos dos Objetivos do Milênio e o que pode ser implementado ou mantido para efetivar os direitos das mulheres e meninas, far-se-á, posteriormente, uma identificação de natureza quantitativa e qualitativa, por meio de uma pesquisa de campo com levantamento dos casos de aborto em mulheres e meninas registrados no Hospital Público Regional Tibério Nunes localizado na cidade de Floriano, estado do Piauí no ano de 2020.

1. O PATRIARCADO E OS DIREITOS REPRODUTIVOS

1.1. Corpo como território de subordinação feminina

A noção de que as mulheres alcançam realização com a maternidade e que este é o destino da sua existência ainda é fortemente introduzido na nossa cultura. Fazendo com que, ainda que as mulheres tenham motivações racionalmente justificáveis para não conceber outro ser naquele momento, ainda assim sintam-se em um grande conflito devido o estigma a prática do aborto no espaço social em que vivem. (COOK e DICKENS, 2014)

Antes de adentrar os estudos sobre os direitos das mulheres e as formas de subordinação a que estão submetidas, se faz necessário ao menos tentar encontrar a base para tal subordinação, apesar de ser uma árdua tarefa, apresentando através da ótica da nova geografia cultural, ciências sociais, filosofia e sociologia com ênfase no reconhecimento de que qualquer corpo se trata de um primeiro território a que o indivíduo tem acesso e que o condicionar é uma forma de obter poder.

Os geógrafos detêm certa medida de tempo para identificar e conceituar de maneira a esmiuçar o significado de território. Em princípio a geografia trabalhava exclusivamente com objetos densos e concretos como a paisagem que rodeia o indivíduo, porém com a geografia cultural o objeto de estudo se voltou para o próprio indivíduo, ocorrendo a inserção da perspectiva da cultura e da memória bem como a implicação destas nas relações entre os seres e o ambiente em que estão inseridos.

Este recorte sociológico traz outras perspectivas para a conceituação de espaço, territórios e fronteiras. Na conceituação clássica trazida por Ratzel (1974 apud SOUZA, 2001) o território representava tão somente a relação entre as pessoas vivas e o solo imutável e morto, não havia direcionamento para compreender o ser e como este influía na construção do território e como o território contribuía para a sua construção de identidade. Ratzel foi o primeiro geógrafo a discutir a categoria de análise território, porém a partir do poder do Estado, de forma unidimensional.

Já a geografia cultural em um primeiro momento diferencia o espaço do território, já que não são termos sinônimos, o primeiro seria uma fase anterior ao segundo, em que não há ainda transformação, ou seja, não houve gasto de energia. (RAFFESTIN, 1993)

No espaço não existe qualquer aplicação de conhecimento ou transformação por parte de indivíduos, deste modo não é possível perceber relações de poder. A partir do momento em que as pessoas projetam nos espaços alguma representação com a aplicação de códigos de comportamentos levando a processos sociais, o espaço torna-se território. (HAESBARET, 1994).

No dizer de Souza (2000) a conceituação de território surgiu analisando como um espaço natural que fora modificado, construído ou ocupado por um grupo social e que com ele tem identidade e cujos limites podem ser alterados. O espaço é delimitado por e a partir das relações de poder.

É importante perceber que nesta conceituação, território é visto não apenas da perspectiva de mapeamento e delimitação do solo, mas, sobretudo, por se tratar da ótica etnográfica da geografia, se aproxima da relação de identidade de cada indivíduo com aquele espaço.

Bonnemaison (1999) traz o território como um núcleo onde há relação afetiva e cultural dos indivíduos, onde é preciso compreender a relação emocional que liga os homens e mulheres a sua terra, ou seja, é uma visão cultural e emocional da terra, sobretudo por que através desse espaço determinado grupo de pessoas vai exprimir a sua ideia de mundo e discernir as regras que constituem os costumes que identificam esta sociedade.

O território se exprime através do gasto de energia e conhecimento dos indivíduos no espaço, por isso a importância em observar que o poder que mantém as interações sociais ligadas a determinado território e que controlam o modo de vida que ali se estabelece.

Por isso, desde a antiguidade, os chefes de estado enfatizavam o valor da conquista e manutenção de enormes territórios como forma de exibir poder frente a povos inimigos. Os Estados, no dizer de Raffestin (1993), estão sempre organizando os territórios revelando relações de produção e consequentemente de poder que perpassa do Estado ao indivíduo, há uma verdadeira produção de fatores favoráveis e limitantes que estruturam estes territórios.

Alude Ratzel (1974 apud SOUZA, 1995) afirma que os territórios revelam as relações de poder criando uma estrutura perpassando do Estado ao indivíduo, por isso a importância dada pelas civilizações em conquistar e manter os territórios. Para ele, ao se falar de território se está implicitamente criando um limite, uma fronteira onde ficam estabelecidas todas as relações vividas pela população neste espaço e o complexo de poder que por meio dele pode

ser exercido. Por isso a necessidade de proteger as fronteiras como forma de proteger a existência do território e do poder.

Para este autor o território já exprime implicitamente a ideia de limite, mesmo que ele não seja de fato traçado, pois a sua demarcação vai manter a relação de um grupo com aquele território. Ou seja, mesmo que aquele grupo não estabeleça aquela fronteira, ela estará ali colocada pelos próprios movimentos de reconhecimento deste grupo e afastamento do outro lado. Ao relacionar fronteira e poder, assim se manifesta Raffestin (1993, pag. 22):

O exercício do poder implica a manipulação constante da oposição continuidade versus descontinuidade. O jogo estrutural do poder conduz a assegurar ora a continuidade, deslocando os limites, ora a provocar a descontinuidade, criando novos limites. Não é excessivo pretender que o poder, para se manter ou se reorganizar, tem necessidade de se apoiar sobre esse jogo geométrico dos limites. É um jogo paradoxal, permanente.

Assim sendo, as fronteiras são formadas ou estabelecidas como parte de um projeto de conveniência para aquele que exerce o poder no território, a relação entre fronteira e poder é de mútuo apoio já que a primeira é delineada pelo segundo, e o poder necessita manter continuamente a ideia dos limites para que o projeto biopolítico se mantenha.

Já Bonnemaïson (1999) percebe que o território sempre foi um núcleo onde há relação afetiva e cultural, e que a fronteira estabelecida e identificada como um muro que resulta exclusão do outro é uma criação das civilizações modernas.

Essa delimitação é a máxima expressão de poder no território, pois é consequência da relação dos indivíduos com o espaço e significa isolar aquele território e todas as relações que ele possui. A fronteira enquadra o poder naquele espaço e confina o território, reconhecendo a apropriação daquele território por meio da dominação em um desempenho funcional do mesmo. O território se torna uma prisão dos indivíduos naquele espaço produzido socialmente, onde o poder exercera o controle.

Pois bem, partindo desta ideia geográfica de território é possível emparelhar esta noção para o corpo humano como o primeiro espaço a que o indivíduo tem acesso e que com ele tenta discernir relações de identificação com os quais vai reafirmar a sua identidade.

O corpo do sujeito torna-se o território a que ele tenta produzir laços de afetividade, reconhecimento e cultura. Assim como o território, o corpo é socialmente criado a partir dos padrões culturais em que está inserido:

O corpo parece explicar-se a si mesmo, mas nada é mais enganoso. O corpo é socialmente construído, tanto nas suas ações sobre a cena coletiva quanto nas teorias

que explicam o seu funcionamento ou nas relações que mantem com o homem que encarna (...). Assim, o corpo não é somente uma coleção de órgãos arranjados segundo leis da anatomia e da fisiologia. É, em primeiro lugar, uma estrutura simbólica, superfície de projeção passível de unir as mais variadas formas culturais (BRETON, 2010, p. 26)

Como se observa deste trecho, o corpo humano é mais do que a carcaça corpórea que sustenta os emaranhados de órgãos vitais, se relaciona sobremaneira com as estruturas comportamentais, sendo, portanto, plenamente possível a comparação figurativa de corpo com território. Lefebvre (1986) destaca a excrescência do espaço como um corpo vivo que cria o espaço e vice-versa:

Antes de produzir efeitos no âmbito material (utensílios e objetos), antes de produzir-se (alimentando-se dessa materialidade) e de reproduzir-se (pela geração de um outro corpo), cada corpo vivo é um espaço e tem seu espaço: ele se produz no espaço e produz o espaço (p. 199).

Numa perspectiva sociológica e antropológica, define-se que a realidade é construída a partir do próprio corpo, ignorando a ideia de que este corpo seja construído da identidade da pessoa, mas por reflexos da cultura associada.

Miranda (2014) estabelece a categoria corpo-território como aquela que propicia ao indivíduo entender o que está ao seu redor a partir do seu próprio corpo, a partir da posse sobre o seu corpo, uma territorialidade em movimento que abarca toda a carga cultural construída ao longo das suas vivências. O corpo é assim como o território uma resultante dos elementos culturais que o circundam e uma oportunidade de expressão por parte dos grupos homogêneos, ou seja, uma forma de impor poder sobre o corpo é uniformizar a forma como este território se apresenta, suas marcas, cultura, forma de organização.

Numa escala micro temos o corpo como território, primeiro território de luta para evitar o enclausuramento da pessoa em seu próprio corpo, por isso a necessária efetivação da liberdade deste território. Para Echeverri (2004), há um território dentro do próprio corpo que é um percursor desde o ventre da genitora e destaca a necessidade do ser humano ter que usar de corpos alheios para se reproduzir e sobreviver.

Nesta correlação a ideia de fronteira no corpo território também é utilizada como local de defesa e tensões políticas assim como o território geográfico, a sua ultrapassagem significaria passagem de regras que aprisionam e encapsulam comportamentos determinados para aquele corpo.

Essa fronteira pode simbolizar uma barreira intransponível entre o “eu” e o “outro” ou ainda uma forma de aprisionamento do “eu” quando os conceitos culturais são dominantes sobre este corpo.

A autora chicana Glória Anzaldúa (1987) trouxe brilhantemente em suas obras a base desse pensamento fronteiriço ao determinar que existe uma fronteira geográfica onde há tensões culturais e políticas, mas sobretudo uma fronteira metafórica que incide nos limites impostos pela raça, classe, orientação sexual e gênero estabelecidas pela imposição do binarismo e que aprisionam os corpos territórios.

A autora que necessitou ultrapassar tanto a fronteira geográfica dos Estados Unidos quanto a fronteira do corpo de mulher chicana lésbica retratou a partir de sua vivência, como estabelecer essa comparação:

La verdadera frontera física a la que hago referencia en este libro es la situada entre Texas, en el suroeste de Estados Unidos, y México. Los territorios fronterizos psicológicos, sexuales y espirituales no son específicos del suroeste. De hecho, las tierras fronterizas están presentes de forma física siempre que dos o más culturas se rozan, cuando gentes de distintas razas ocupan el mismo territorio, cuando la clase baja, media, alta e infra se tocan, cuando el espacio entre dos personas se encoge con la intimidad compartida.² (ANZALDÚA, 1987, pág 35)

O corpo como território cercado pelas nossas fronteiras que se perfazem pelos limites da estrutura física que o compõe e atravessando a complexa psique que é influenciada pela cultura, etnia, pelos padrões de moral impostos e tudo isso forma a construção da imagem de si que cada pessoa vai criar a partir da influência de tais fatos sobre o seu corpo.

Corroborando a sua tese de fronteira psicológica, em outro trecho, Anzaldúa (1987, pág. 42) apresenta:

Las fronteras están diseñadas para definir los lugares que son seguros y los que no lo son, para distinguir el us (nosotros) del them (ellos). Una frontera es una línea divisoria, una fina raya a lo largo de un borde empinado. Un territorio fronterizo es un lugar vago e indefinido creado por el residuo emocional de una linde contra natura. Está en un estado constante detransición. Sus habitantes son los prohibidos y los baneados. Ahí viven los atravesados: los bizcos, los perversos, los queer,• los problemáticos, los chuchos callejeros, los mulatos, los de raza mezclada, los medio muertos; en resumen, quienes cruzan, quienes pasan por encima o atraviesan los confines de lo .³

² Os territórios psicológicos e sexuais das fronteiras e espiritual não são específicos para o sudoeste. De fato, as terras fronteiras estão fisicamente presentes sempre que duas ou mais culturas se esfregam, quando pessoas de diferentes raças ocupam o mesmo território, quando as classes baixas, média, alta e baixa tocam, quando o espaço entre duas pessoas encolhe com intimidade. (Tradução nossa)

³ As fronteiras são projetadas para definir os lugares que são seguros e aqueles que não são, para distinguir os EUA (nós) deles. Uma borda é uma linha divisória, uma faixa fina ao longo de uma borda íngreme. Um território de fronteira é um lugar vago e indefinido criado pelo resíduo emocional fim de um limite não natural. Está em

Mais uma vez, ela vem encampar esta ideia de que o corpo território está sobre o poderio/subordinação de normas e padrões heteronormatizantes, brancas e de inferioridade daqueles que não se encaixam nestes elementos, ou seja, é um exemplo de demonstração de poder sobre esse território corpo.

Anzaldúa (1987) retrata, ainda, que aqueles que ousam ultrapassar essas normas e padrões que são figurativamente as fronteiras deste território acabam por se libertar de um aprisionamento imposto. A autora encara a cultura criada pelos homens que estão no poder como uma versão da realidade que transmite conceitos predefinidos e que seriam inquestionáveis e intransponíveis. Em sua obra ela questiona essa noção de ultrapassar esses conceitos e se libertar.

Por isso, a fronteira tanto geográfica quanto a psicológica é retratada como um local de sofrimento, de autoconhecimento e de resistência para superar o poder ali infligido.

Estabelecida esta análise do corpo território, o trabalho seguirá observando como as forças exteriores tentam exercer controle sobre os corpos, em especial feminino, tendo em vista a cultura que silencia e aprisiona os direitos das mulheres em seus próprios corpos.

Não há como conceituar território sem apresentar as relações de poder que são possíveis a partir da sua conquista, assim também se faz na conquista do corpo, a sua dominação e subjugo traz àquele que o subjuga poder sobre o corpo.

Retomando a nossa analogia entre território e corpo, também no corpo as fronteiras representam forma de controle, apropriação e subordinação. Anzaldúa (1987) defendeu em seu trabalho que estas fronteiras psicológicas aprisionam o corpo de todos aqueles que não conseguem se encaixar nos padrões socialmente impostos.

O poder patriarcal se insere sobre o corpo território feminino como forma de estabelecer os padrões morais criados por ele, aprisionando as mulheres de infinitas formas dentro de seu corpo, fazendo com que percam a propriedade de si.

Retomando a ótica interdisciplinar, podemos ainda reforçar a ideia de sociedade patriarcal a partir desta correlação de corpo como território e estender para o patriarcado, identificando-o como um sistema para obter poder e reprimir os desejos, emoções e naturalidade

constante estado de transição. Seus habitantes são os proibidos e os banidos. Lá vive o cruzado: o vesgo, o perverso, o estranho, o esquisito, cães de rua, pardo, mestiço, Clada, os meios mortos; em resumo, quem cruza, quem passa ou cruza os limites do "normal". (Tradução nossa)

deste corpo em prol da manutenção do sistema, para Couto (1995) se trata de uma “docilização do corpo”, transformando-o assim como um território, tornando-o passível de manipulação e disciplina.

O território conquistado através da imposição de limites à sexualidade feminina restringido apenas para o casamento e a reprodução obrigatória.

O espaço de dominação do poder patriarcal instaura-se na esfera privada, na ascendência sobre a mulher, que deve manter um corpo protegido de anseios desencadeados pelo amor carnal, prescrevendo, assim, a ideia do lar higienizado e santificado. Esse comportamento responde à ideologia dominante, que só admitia o sexo para mulher atrelado ao casamento, com a finalidade precípua de procriação. (SANTOS, 2010, pag. 109)

Ribeiro (2017) reflete como a mulher não é pensada a partir de si, mas em comparação ao homem, como se ela fosse o oposto, como sendo o outro do homem, aquela que não é homem, o que podemos afirmar se tratar de um discurso ainda presente na sociedade e isso ajuda a esclarecer acerca de a mulher ser pensada como algo, um objeto e não como alguém por denotar uma função.

É salutar lembrar que os direitos humanos (na visão atual, já que no passado estes direitos se destinavam apenas aos homens, sendo até mesmo intitulados Direitos do Homem) se destinam a todos os seres humanos, tendo como característica a universalidade e a igualdade de tratamento o que consagra a liberdade e a autonomia das pessoas podendo ter independência para gerir a sua vida.

Nesse esteio se estabelece o direito de propriedade de si que se relaciona ao direito de tomar qualquer decisão sobre o próprio corpo, ou seja, não se trata apenas da condição sexual ou opção reprodutiva, mas sim entender que quem deve ter o poder de decidir e em que circunstâncias, reconhecendo que as mulheres são sujeitos de direitos e de interesses e como tal devem poder exercer o direito de propriedade do seu corpo.

Desse modo, o direito de propriedade de si se relaciona a noção de liberdade e autonomia plena individual que é um direito humano básico no qual o indivíduo é capaz de escolher a respeito da sua própria vida, do seu corpo, de acordo com suas convicções. Silva (2011) entende esse direito de liberdade e autonomia do corpo como um poder do ser humano de empreender em busca da sua felicidade. Significa analisar racionalmente e emocionalmente os seus desejos e aspirações para decidir sobre a sua constituição física o que lhe é considerado melhor.

Cabe ressaltar que até pouco tempo não era assegurado às mulheres nenhuma independência e autonomia para gerir suas vidas, pois estavam atreladas ao homem, seja ele

seu pai ou o seu marido. As mulheres foram mantidas à parte da história e da sociedade mesmo com as declarações iniciais de direitos do homem e do cidadão, pois o seu papel era de manutenção da casa e da cria.

Foi interiorizada a ideia “natural” de inferioridade feminina, colocando a mulher em posição de subalternidade sem capacidade de ter consciência sobre seus atos, de ser independente do homem assim como uma criança não é de seu tutor, ou ainda, sem possuir capacidade de atuar na esfera pública porque as suas virtudes tinham sido desenvolvidas apenas para os afazeres domésticos. (VILLELA; OLIVEIRA; SILVA, 2008)

É importante perceber que a cultura, no dizer de muitos autores como Scott (1990), Saffioti (1992) e Butler (2003), é o instrumento pelo qual seria delimitado o gênero dos corpos, ou ainda com o auxílio de outras instituições que infligem a heteronormatividade a estes corpos, podendo se perceber que a classificação biológica do gênero já está em muito ultrapassada, pois esta trazia a determinação sexual deveria ser constatada a partir da anatomia dentro de uma classificação binária de gênero (apenas homem ou mulher).

Simone de Beauvoir (1972) já debatia que todos os corpos teriam as mesmas características e que a cultura é que seria responsável pela delimitação entre os gêneros estabelecidos, assim todos os demais corpos estariam incluídos no gênero feminino até mesmo pela sua subordinação ao homem. A autora em suas obras tentou afastar qualquer entendimento biológico quanto a diferenciação de gênero, não seria, portanto, a biologia que decidiria o destino das mulheres, nem tão pouco o casamento e a maternidade, portanto sua famosa frase de que as mulheres não nascem mulheres, elas se tornam mulheres a partir de processos de evolução infligidos pelo meio em que vive.

Já Joan Scott (1988) definiu gênero como uma forma primária de dar sentido às relações de poder, pois o corpo seria moldado por essas expressões de poder como as instituições médicas, linguísticas, domésticas, escolares e religiosas que estabeleceriam apenas corpos-homens ou corpos-mulheres e que essas performatividades seriam renovadas ao longo do tempo permitindo que a subordinação feminina e de outros corpos (que não se encaixam aqui) se perpetue no tempo.

Frise-se que o poder da cultura patriarcal nos corpos assume grande importância para a percepção da subordinação, no entendimento de Berenice Bento (2006) não há corpos *in natura*, pois os corpos já nascem operados pela cultura e suas tecnologias sociais. Ou seja, a cultura é

o fator de construção da identidade destes corpos/territórios, mas também impele sobre eles regras de subordinação.

Zanello (2018) explicita que a cultura machista molda processos de subjetivação que estão intimamente ligados ao gênero, para os homens se destaca a imperiosidade do macho provedor e sexual ativo, já no caso das mulheres, há o dispositivo amoroso e o dispositivo materno. O primeiro identifica a forma de amar e se relacionar que deixa as mulheres vulneráveis, a disposição e para ser escolhida e validada por um homem, sendo essa legitimação fundamental para a identidade da mulher. O dispositivo materno trata da ideologia biológica de naturalizar a maternidade e o cuidado.

A dominação masculina é uma construção social naturalizada através de um trabalho contínuo de normalização de comportamentos e padrões éticos que orientam as estruturas e representações nos corpos. Bourdieu (2010) ao analisar essa subordinação percebe a servidão do corpo frente a ética instituída:

Os princípios antagônicos da identidade masculina e da identidade feminina se inscrevem assim, sob a forma de maneiras permanentes de servir do corpo, ou de manter a postura, que são como que a realização, ou melhor, a naturalização de uma ética. (BOURDIEU, 2010, p. 48)

O autor traz à tona o primado da masculinidade que é estabelecida por meio de estruturas objetivas e subjetivas que sustentam esta dominação ao longo dos tempos como a família, a igreja e a escola que impõem várias experiências no decorrer da vida dos indivíduos que fazem naturalizar a divisão sexual e manter a estrutura de pensamento arcaico patriarcal, da qual as mulheres devem ser afastadas dos assuntos públicos e aprisionadas no universo doméstico e a atividades associadas a reprodução.

Essa servidão do corpo feminino nas maneiras de se portar e de viver gera poder, afinal possuir um território é ser detentor de poder, nesse sentido expõe Roberto Machado ao tratar de Foucault (2006):

A ação sobre o corpo, o adestramento, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualiza – homem – como produção do poder. (MACHADO, 2006, p. 20)

A chamada “biopolítica” intitulada por Foucault (1985) se reveste em uma justificativa para o Estado exercer o seu poder sobre a população, sobretudo no controle da sexualidade das mulheres. A biopolítica para o filósofo seriam mecanismos analisados a partir das

transformações políticas e sociais ocorridas na história que possibilitariam ao Estado manter e ampliar a sua rede de dominação da população, seriam estratégias de gestão como higienização, alimentação, sexualidade, natalidade, longevidade. Foucault (1985) fundamentava que os corpos da população servem de corpos políticos que servem de armas, de vias de comunicação e ponto de apoio para as relações de poder, ou seja, tornam-se objetos nessa “tecnologia política do corpo”, assim, para o filósofo o controle sobre os indivíduos não ocorre apenas por meio de ideais, mas sobretudo através do corpo e com o corpo, já que este é um espaço de expressão do poder.

Nesse sentido, Perrot (2005) entende que o corpo está no centro das relações de poder, mas que o corpo da mulher é o centro de maneira imediata e específica, a autora faz essa análise a partir da observação dos espaços públicos e privados que são reservados às mulheres.

No trecho a seguir, podemos perceber como é instalado o pensamento de posse, de apropriação do corpo da mulher, numa verdadeira objetificação de seu corpo território:

Uma sociologia do ato sexual faria ver que, como sempre se dá em uma relação de dominação, as práticas e as representações dos dois sexos não são, de maneira alguma simétricas. Não só porque as moças e os rapazes têm, até mesmo nas sociedades euro-americanas de hoje, pontos de vista muito diferentes sobre a relação amorosa, na maior parte das vezes pensada pelos homens na lógica da conquista (sobretudo nas conversas entre amigos, que dão bastante espaço a um contar as vantagens a respeito das conquistas femininas), mas também porque o ato sexual em si é concebido pelos homens como uma forma de dominação, de apropriação, de “posse”. (BOURDIEU, 2010, pag. 36)

Através da imposição da uma moral conservadora que aprisiona e controla o corpo, sobretudo o feminino, exercendo máximo poder sobre ele e afastando da sua verdadeira detentora, as vontades, os desejos e até as escolhas mais básicas.

O Estado determinou a sua atenção para dominar estes corpos-territórios com diversas políticas, entre elas, a de restrição ou incentivos de nascimento de crianças de acordo com as necessidades do sistema capitalista industrial, restringindo os direitos decisórios reprodutivos destas meninas e mulheres (BONI, 2021). A autora complementa:

Entre teorias natalistas e eugenistas, as mulheres foram cada vez mais tornando-se sujeitos cujo controle fazia-se necessário. Os avanços científicos, por sua vez, foram contornando trajetórias que se aliaram a preceitos de religiões e governos. Estes, junto com a sociedade patriarcal, ao passo que operacionalizaram dispositivos de controle voltados para as mulheres, impulsionaram sua insurgência – que justamente no século XVIII demonstra os primeiros passos do que viria a ser o feminismo. (BONI, 2021, p. 27).

A necessidade de ultrapassar essa fronteira se mostra imanente, a autora Anzaldúa (1987) também reitera que apesar de ser um processo doloroso é necessário para que se possa

ultrapassar estereótipos estabelecidos na sociedade que retiram das mulheres o direito de propriedade de si. Por isso, o imperativo de reconhecimento dessa subordinação que aprisiona os corpos femininos, para que a partir disso ocorram debates sobre o tema e se possa implementar de fato os direitos de plena igualdade e exercício de autonomia e liberdade.

O avanço na desejável igualdade material é urgente já que a subordinação do corpo feminino funciona como arma que afeta não apenas aquela estrutura corpórea, mas, sobretudo se torna um instrumento de opressão da psique existente naquele corpo, trava-se uma guerra dentro de um corpo onde estão de um lado as regras morais estabelecidas e de outro o desejo e o direito de ter propriedade de si.

Para Batista (2007), o direito de autonomia e liberdade de decisão sobre o próprio corpo é um caso de resistência de sujeitos sociais para incorporar novos debates numa sociedade ainda marcada pela segregação patriarcal.

Para as mulheres, a condição de sujeito detentor de direitos, e aqui, de direitos reprodutivos e direitos sexuais, significa romper com a heteronormatividade a que sempre estiveram subordinadas, em relação aos seus próprios corpos, já que os padrões sociais impostos controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução. Essa tirania e poderio sobre o corpo e a sexualidade são componentes elementares da dominação patriarcal e da sua reprodução.

O corpo da mulher nunca foi totalmente dela, pois cabe a nação, sociedade, pai, família, marido as decisões que envolvem o seu corpo e seguimento de uma gravidez. O nascimento de uma mulher tem significado a criação de um corpo/território que deve servir aos homens e sociedade.

Diante disso é que surgiram os movimentos feministas compostos por mulheres em diferentes contextos para combater o sistema patriarcal que insiste em manter a autonomia das meninas e mulheres aprisionadas através da imposição da vontade dos homens, retirando delas a sua condição de sujeitos detentores de direitos.

Inclusive, cabe mencionar lemas adotados pelas militantes e teóricas dos movimentos feministas que denotam essa ideia de corpo-território, pois passaram a ser utilizados lemas de campanha como “meu corpo, minhas regras”; “meu corpo, meu território” como um processo de reconhecimento da autonomia, proteção e identidade do corpo e retomada de decisões. Costa (2005) afirma que esta bandeira trouxe visibilidade ao feminismo frente a sociedade e chamou

atenção das mulheres para o caráter político da sua opressão, mesmo que esta seja vivida em ambiente privado.

Como se tratam de diferentes perspectivas e objetivos que foram centro de debates dos movimentos feministas em diferentes momentos, entendemos necessário abrir neste momento um parêntese para uma estreita identificação das gerações deste movimento, que foram identificadas como ondas por existir uma congregação de reivindicações, movimentos organizados e conquistas das mulheres; por isso uma onda feminista corresponde a um momento histórico com efervescência militante e teórica sobre determinadas pautas que dominam o debate naquele momento.

Antes do início do movimento feminista havia duas correntes feministas, a primeira que se tratava do feminismo liberal que buscava reduzir as desigualdades entre homens e mulheres por meio de políticas de ação positiva (CISNE, 2015), contudo com a evolução do processo de industrialização, as mulheres se tornaram mão de obra para este mercado em plena expansão, porém não recebiam remuneração compatível com a dos homens e isso trouxe a participação das mulheres em greve e sua aproximação das lutas sociais até chegar a corrente marxista feminista em prol das mulheres trabalhadoras. A primeira onda do feminismo veio a ocorrer quando houve a união destas mulheres em busca e conquista do sufrágio feminino. Mas a primeira onda também tratava paralelamente de outros direitos como estudo e trabalho bem remunerado.

Com a identificação do “nós” coletivo que se contrapõe as lógicas de opressão e subalternidade por meio de uma pluralidade de experiências e lugares de fala diferentes que levam a uma reflexão coletiva sobre a definição da mulher no sistema patriarcal e este foi um importante instrumento para a organização das mulheres para debates sobre diversos temas, incluindo a sexualidade e reprodução (MAYROGA e MAGALHÃES, 2008). Por isso passaremos agora a uma análise histórica e social do movimento feministas, suas teorias e estratégias de combate a esta lógica patriarcal para entender a complexidade sobre o debate dos direitos reprodutivos e sexuais e como a denegação ao direito de propriedade de si e de decisão são artimanhas para manutenção da subordinação das meninas e mulheres na cultura.

Segundo Camurça (2007), a autonomia das mulheres e a independência da corporeidade frente ao feto são concepções importantes trazidas pelas teorias feministas para os direitos reprodutivos e sexuais, esses direitos humanos complementam a concretização de uma sociedade não segregadora e não opressora E as correntes feministas trazem esta contribuição

para o debate através da ampliação do tema, já que tais direitos não se restringem somente a decisão de seguir uma gravidez ou não, abarcando outras situações para a materialização de uma vida saudável e digna.

As organizações feministas criticam os sistemas de opressão masculinos e desigualdades de gênero e lutam pela transformação da cultura e sociedade em uma revolução permanente em busca da igualdade material. Contudo, é importante perceber que o lugar de fala de cada uma das mulheres é diferente e por isso os temas a serem debatidos por estes movimentos dependerão das vozes que se levantaram e qual contexto socioeconômico em que estão inseridas.

A discussão em torno da ideia de gênero e o que essa definição significaria na edificação dos papéis da sociedade e subordinação patriarcal culminou, a princípio a identificação de que o gênero não se reduz ao fator biológico, e sim a cultura que cria conteúdos para esta diferenciação sexual sempre de forma a inferiorizar as mulheres e meninas e legitimando práticas de subordinação.

Este debate acerca da conceituação de gênero foi de suma importância para desmistificar as “verdades” incrustadas na sociedade machista e que legitimavam as violências contra as mulheres e meninas, criando de forma perene as desigualdades.

Diante dessa sociedade patriarcal que impõe um papel social subalterno às meninas e mulheres é que se criou o estigma da irresponsabilidade referente às mulheres que engravidam em um momento indesejado de sua vida e que por isso devem ser punidas, repreendidas neste contexto. Há de se considerar que essa premissa da sociedade patriarcal é amparada em considerações falsas: como supor que todas as mulheres tem plena autonomia para decidir quando e com quem querem manter relações sexuais; a ideia de que os abortos são realizados por mulheres solteiras e que mulheres casadas não necessitariam fazer uso da prática, avaliação de que todas as mulheres teriam acesso a informação e meios contraceptivos seguros e eficazes, de que as mulheres “devem exercer” sua capacidade natural de ser mãe, que as mulheres devem abrir mão de tudo, até de sua condição de sujeito, em favor do marido e da prole. São todas assertivas falsas que só aumentam o estigma social das meninas e mulheres que necessitam interromper uma gravidez. (DINIZ e MEDEIROS, 2017)

As questões relacionadas a sua intimidade passaram a ter atenção principal nos discursos destas que seriam chamadas de feministas de segunda onda, onde o lema era de que o “pessoal

é político”, o que colocou o aborto como centro de palco no movimento e uniu mulheres de diferentes classes e raças em torno do mesmo problema (BONI, 2021).

Para Millet (1970), a dominação sexual é uma ideologia de nossa cultura que está perpetuada e difundida pelo patriarcado e se renova através daquelas premissas como verdadeiras e consequentemente naturalizando o tratamento desigual que é conferido às mulheres e meninas. Aquelas premissas determinam um verdadeiro código de conduta no papel sexual, onde a mulher está relacionada apenas com suas funções biológicas e o homem com tudo aquilo que se relaciona com a cultura e por isso seria devido o tratamento desigual. Isto posto, a grande valia do movimento feminista ter detido um certo tempo na discussão do gênero e sua relação com a cultura. No dizer de Millet (1970) a mulher é constantemente coisificada pelos dispositivos de poder como religião, ciência, direito colocando-as no lugar de objeto sexual e não de pessoa.

Na metade do século XX, Simone de Beauvoir (1972) trata as relações de gênero observando como estas desigualdades foram construídas através da conceituação do homem como o cidadão universal, já as mulheres não poderiam ser ligadas a razão e sim como seres da natureza, irracionais, cujo único espaço social que lhe caberia seria o privado. Cavana (2000) ao identificar que as comparações entre os corpos masculinos e femininos para a definição do segundo gênero partiriam da premissa patriarcal e androcêntrica de que o homem é um humano por excelência e que as mulheres são algo oposto, negativo ou inferior. Melhor dizendo, Beauvoir (1972) discutiu os papéis de gênero de modo a desnaturalizar os personagens impostos a homens e mulheres, assim até então, a maternidade que era vista como uma “prerrogativa” das mulheres, passou a ser observada como uma opção, sobretudo com o surgimento da pílula anticoncepcional. (BONI, 2021)

A criação e desenvolvimento de pílulas anticoncepcionais abriu um caminho para a liberação sexual feminina já que não havia um confronto direto com as questões morais e éticas que envolvem a indução ao aborto, e, portanto, uma prática que teve maior facilidade de ser aceita pela sociedade, apesar de ainda haverem religiões e ideologias que repreendiam e ainda repreendem o seu uso, contudo ainda se mostrou uma prática mais aceitável que o induzimento ao aborto. Ao falar sobre essa libertação sexual, Bell Hooks (2020) enfatiza que antes da libertação as mulheres não poderiam ter uma vida sexual saudável já que a educação sexista determinava que apenas os homens poderiam ter domínio e prazer sexual. As pílulas anticoncepcionais permitiram que as mulheres se concentrassem em outros aspectos da sua vida como a educação, trabalho e vida social, sem abrir mão da sua sexualidade.

O final da primeira onda, é anunciado pela obra de Beauvoir (1949), o segundo sexo, que traz novos questionamentos para o movimento sobre a posição social da mulher, questionando o direito ao corpo, reconhecimento da violência como ato político e, portanto, passível de interferência do Estado. Outras autoras do período como Friedan (1963) e Mitchell (1940) trazem de pauta para a segunda onda, a relação de poder entre homem e mulher, gênero, opressão feminina e reflexos do sistema patriarcal, liberdade sexual, aborto, direito de ser mãe a partir da vontade da mulher, liberdade de ter ou não filhos e no momento que os quiser.

Apenas na segunda onda do feminismo é que percebemos uma encampação por parte do movimento feminista na direção da consagração de direitos reprodutivos em benefício de todas as mulheres.

Apesar de haver outras questões importantes a serem discutidas como educação sexual, pré-natal, medicina preventiva, esterilização e cesarianas forçadas, violência obstétrica, entre outras eram questões que atingiam mais seriamente as mulheres em condições sociais e econômicas menos favoráveis. Já as mulheres brancas se identificavam com as demais de forma a criar um coletivo de luta, especialmente na questão da gravidez indesejada, apesar de terem maiores possibilidades de realizar uma indução ao aborto de modo seguro.

A questão do aborto significava para o movimento feminista um desafio direto aos mandamentos cristãos que é a base da cultura ocidental, por isso a maior dificuldade em centrar as discussões apenas deste enfoque principal e obter avanços.

O movimento feminista trouxe visibilidade à opressão sofrida pelas mulheres através de uma reflexão sobre a experiência da mulher no sistema patriarcal (CAMURÇA, 2007) e esta reflexão coletiva serviu de instrumento para a organização feminina debater sobre todos os temas, inclusive o seu corpo e sexualidade. No dizer de Camurça (2007), esta conscientização feminina quanto a opressão e exploração que sofrem é importante para identificar quais são os fatores que sustentam o sistema de dominação.

Dentre todos os atributos imputados a qualidade de feminilidade que são sacralizados pela sociedade patriarcal, o mais alardeado é a maternidade que pressupõe que a natureza feminina foi indicada como natureza materna, ou seja, a plenitude do feminino, só sendo a mulher completa quando se torna mãe. Assim, aquela que nega a maternidade, estaria negando a sua própria natureza e a feminilidade (VILLELA; OLIVEIRA; SILVA, 2008).

A partir de todas estas estruturas de poder delineadas pelo patriarcalismo a objeção aos direitos reprodutivos e sexuais, especialmente o aborto se coaduna com a sacralização da vida do feto⁴ e que qualquer investida contra isso seria considerado um pecado mortal. Essa configuração cultural implicou a milhares de mulheres através dos séculos a sua subalternidade, a sua humilhação pública, o seu desamparo na saúde e até as suas mortes já que o controle social e sexual são armas utilizadas pelo patriarcado para perpetuar a sua existência.

Retomando a nossa temática as componentes da segunda geração do movimento feminista norte-americano pertenciam a uma elite branca e escolarizada, justamente por terem maiores condições de compreensão sobre o seu papel social e a opressão a que eram submetidas. Assim, os primeiros debates já centravam a libertação do corpo feminino.

Estes movimentos lutaram e lutam constantemente contra esta associação de mulher a fatalidade de ser mãe ou a seu destino biológico (BEAUVOIR, 1970, p. 83), controle de seu corpo, confinamento no espaço privado, e impedimento de ter acesso à política para que sejam implementadas mudanças reais que garantam o processo de igualdade material entre homens e mulheres.

Os direitos reprodutivos e sexuais significavam dar poder e independência de seus corpos das amarras estabelecidas pelo patriarcado. Estes direitos retiram o corpo/território da mulher do domínio público e o devolve para a mulher, representa um desafio à visão tradicional do lugar da mulher. A efetivação destes direitos significa a emancipação das mulheres em uma das últimas questões em que ainda há alta incidência da opressão masculina, por isso se torna um assunto tão controverso.

Na terceira onda, iniciou-se críticas e questionamentos do próprio movimento, já que nas primeiras ondas o movimento trazia a ideia de uma mulher universal esquecendo de particularidades que envolviam mulheres de raças e classes diferentes, e que não se sentiam contempladas pelo feminismo branco de classe média e alta. A terceira onda trouxe reconhecimento da pluralidade feminina e da necessidade de discussão dos problemas através

⁴ A sacralização do feto aqui inferida quer demonstrar ao leitor o discurso elaborado pela ética, religião, moral e até biologia da sociedade patriarcal para determinar que o ser ainda que não seja dotado de consciência tenha maior relevância de direitos do que a mulher ou menina de poder decidir o seu destino, cabendo ao Estado evitar a todo custo que o feto venha a sofrer qualquer atentado contra a sua vida, contudo essa sacralização da vida, aparentemente, termina após o nascimento já que muitas vezes vemos crianças abandonadas e esquecidas até mesmo pelo Estado “protetor”.

da ótica de mulheres de classes sociais mais baixas e diferenças raciais. O movimento das feministas negras e o movimento lésbico deste período são os grandes destaques do período.

A literatura já afirma existir a quarta onda, onde são tratados temas como transfeminismo, reconhecimento do direito das mulheres trans, também tratam do uso da mídia e redes sociais como instrumentos para auxiliar na luta contra opressão da mulher, como a cultura do estupro, objetificação da mulher na mídia, postura de denúncia e o fim do silenciamento das mulheres.

No Brasil, a primeira onda, se destacou a criação do Partido Republicano Feminista com Leolinda Daltro (1859 – 1935) que mobilizava as mulheres na luta pelo sufrágio, o que foi alcançado na década de 1930. Com o golpe que instaurou o Estado Novo e a conquista do voto, houve uma certa desarticulação do movimento, o que não significa que as mulheres deixaram de participar de movimentos políticos, como clubes de mães, associações de bairros, lutas pelo direito à terra e segurança entre outros. Neste primeiro momento, o movimento é considerado mais conservador quanto as suas questões reprodutivas e sexuais na visão de Costa (2005), já que não se questionava a divisão sexual dos papéis e se utilizavam os estereótipos caseiros para justificar as demandas que eram levantadas.

A dinâmica do movimento feminista esteve inicialmente intimamente relacionada ao contexto político do país através do exercício de reflexão coletiva sobre a experiência da mulher em grupos de reflexão e grupos de consciência (CAMURÇA, 2007) (PINTO, 2003). Estes eram espaços onde as mulheres estabeleciam conscientização, construção de autonomia política, compartilhamento de valores e rede de solidariedade que proporcionava a criação da identidade do movimento, do “nós”. (PRADO, 2001).

Segundo Sarti (1998), no Brasil, a segunda onda do movimento iniciou-se com a efervescência cultural de 1968: os novos comportamentos afetivos e sexuais, acesso ao recurso das terapias psicológicas e da psicanálise, derrota da luta armada face ao regime militar, e sentido da elaboração política e pessoal desta derrota para as mulheres, as novas experiências cotidianas que entraram em conflito com o padrão tradicional e as hierarquias de gênero, e “[...] as marcas de gênero na experiência da tortura, dada a forma específica de violência a que foram submetidas as mulheres militantes pela repressão, não apenas sexualmente, mas, sobretudo, pela utilização da relação mãe e filhos como vulnerabilidade feminina.” (SARTI, 1998, pág. 4)

O movimento e se fortaleceu nos anos finais do regime militar (1964 – 1985) onde as mulheres estavam atuantes nos movimentos guerrilheiros, movimentos estudantis e nas

organizações políticas, neste período além da luta contra pela mudança nas relações sociais de produção, ainda existia uma luta interna contra o sexismo dentro da esquerda. Diante disso, desenvolveu-se no movimento, o interesse em buscar uma ampla reforma social que também realizasse os direitos das mulheres.

Em 1975, em comemoração ao Dia Internacional da Mulher, com o apoio da ONU, mulheres na cidade de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte realizaram atividades públicas, mesmo em um período de ditadura militar, para discutir a condição feminina na sociedade. E a partir daí, surgem grupos de estudo e reflexão em todo o país, assumindo outras bandeiras como o direito reprodutivo, o combate à violência contra a mulher, e a sexualidade. Assim, o movimento durante a ditadura militar articulava lutas contra as formas de opressão das mulheres enquanto lutava pela redemocratização.

Durante a redemocratização do país, anos 1980, houve uma efervescência dos movimentos sociais, partidos políticos e sindicatos possibilitando a organização do feminismo em instituições democráticas que tinham espaços destinados as mulheres, e o movimento teve que se confrontar com qual seria o papel do Estado na autonomia das mulheres. A princípio esta institucionalização do movimento, não foi muito bem aceita, pois a ideia era que o Estado não deveria, em nenhuma hipótese, regular a intimidade e a sexualidade das mulheres.

O movimento muda seu posicionamento ao constatar que o Estado já regula todas as áreas da vida social das pessoas e que seria mais estratégico, inserir leis e políticas públicas na agenda de luta do movimento, ou seja, lutar por mecanismos institucionais. (COSTA, 2005)

Isso se materializa através da criação de conselhos como o Conselho Nacional da Condição da Mulher (1980), posteriormente chamado Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1985). Este último conselho, apesar de ter perdido orçamento próprio, ter mulheres sem tradição feminista e ser dissolvido pelo governo Fernando Collor de Melo, tratou de temas centrais do movimento feminista, com questões unânimes como a criação de creches até temas mais arraigados como a sexualidade e direitos reprodutivos.

Com a experiência dos conselhos, o movimento realizou o chamado “lobby do batom” durante a Assembleia Constituinte de 1988, pois defendeu e articulou temas de seu interesse sem a intervenção direta dos partidos políticos. Foram realizados eventos em todo o país e com as propostas regionais, posteriormente foi realizado o encontro nacional com a participação de duas mil mulheres. Estas demandas foram apresentadas à sociedade civil e aos constituintes através da *Carta das Mulheres à Assembléia Constituinte*, este movimento teve como lema “Constituinte pra valer tem que ter palavra de mulher” (COSTA, 1998)

A presença constante das feministas no cenário da Constituinte e a consequente conversão da bancada feminina apontam para formas de participação distintas da exercida pelo voto, formas estas que não podem ser ignoradas e que talvez constituam a forma mais acessível de participação política das feministas. Este tipo de ação política, própria dos movimentos sociais, não passa pela representação. Constituiu-se em pressão organizada, tem tido retornos significativos em momentos de mobilização e pode ser entendida como uma resposta à falência do sistema partidário como espaço de participação” (PINTO, 1994, p. 265)

O movimento da época não conseguiu modificar o caráter punitivo do aborto no Brasil, entretanto conseguiu que a Constituição não tivesse a expressão “garantir a vida desde a concepção”, o que determinaria ao país uma teoria concepcionista⁵, impedindo a assinatura de tratados internacionais de direitos humanos. (CABRAL, 2006).

Como a Constituição Brasileira previa a ratificação de documentos internacionais do qual o Brasil fosse signatário, o movimento adotou a estratégia de pressionar o Estado a assinar documentos que garantissem e reconhecessem os direitos das mulheres e esta articulação foi fundamental para troca de experiência com movimentos de outros países, sobretudo da América Latina. Assim, a assinatura por parte do Brasil de diplomas como da Conferencia Mundial de População e Desenvolvimento do Cairo (1994), Conferencia Mundial pelos Direitos Humanos e IV Conferência Mundial sobre a Mulher foram reflexos destas ações.

Durante os anos 1990, o movimento feminista brasileiro concentrou esforços na efetivação dos direitos conquistados na Constituição de 1988, tendo como adversário o conservadorismo do legislativo e de parte da população. Dentre estas brigas, se destaca a luta para que o Estado estabelecesse e aparelhasse o atendimento dos casos de aborto legal (BATISTA, 2007).

Em 2002, foi realizada a Conferencia de Mulheres Brasileiras que elaborou o documento intitulado Plataforma Feminista que traz diversas bandeiras de luta, e onde o tema aborto transcende os casos permissivos da legislação e clama pela descriminalização como questão de saúde pública e cidadania. Este passo criou em 2004, as Jornadas pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro, mas também desencadeou reações dramáticas de setores fundamentalistas das igrejas e legislativo.

Ainda em 2004, através da participação organizada de feministas na 1º Conferência Nacional de Políticas para Mulheres convocada pela Secretaria Especial de Políticas para Mulheres do Governo Federal, recomendou a criação de comissões tripartite (composta de executivo, legislativo e representantes da sociedade) para rever a legislação punitiva do aborto.

⁵ Teoria que compreende que a vida humana se inicia no útero desde a concepção do óvulo.

A 2ª Conferência, em 2007, também reafirmou a necessidade de descriminalização do aborto, mas por interferência de fundamentalistas religiosos o projeto de lei que foi apresentado ao Congresso, não consegue avançar.

O movimento continua tentando avançar na descriminalização do aborto e criação de políticas públicas que garantam acesso a saúde reprodutiva e sexual em meio as constantes intervenções de fundamentalistas no legislativo e executivo.

A contribuição do movimento feminista para a autonomia das mulheres se deu através da teoria, militância, empiria e pedagogicamente para a qualificação do debate acerca dos direitos reprodutivos e sexuais. Cabe ressaltar que uma das estratégias mais importante do movimento foi a inserção dos temas nos debates internacionais de direitos humanos para que eles passassem a integrar a pauta e ser conteúdo dos tratados, obrigando os países partes a contribuírem para a qualidade de vida das meninas e mulheres.

Diante de tudo o que foi exposto até aqui, podemos compreender a dificuldade do movimento feminista no avanço dos debates na temática, por conseguinte no reconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos e por fim a sua devida efetivação ao redor do mundo, por isso o próximo item deste trabalho se dedicará a acompanhar mais detalhadamente como estes direitos básicos sofreram transformações no decorrer dos debates internacionais de direitos humanos para que pudesse ser ao menos inseridos na agenda até conseguir um lugar de destaque nas conferências internacionais e tornar-se uma das metas dos Objetivos do Milênio.

1.2. Direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e meninas como direitos humanos

Comprendemos no item anterior a necessidade de reconhecer que os corpos femininos são estabelecidos como territórios de disputa de poder pelo patriarcado, onde são impostos padrões, éticas, morais e regras que aprisionam estas mulheres. Ao reconhecer a importância da corporeidade da mulher, frente a sociedade, frente até mesmo ao feto, passaremos a compreender a contribuição da efetivação dos direitos reprodutivos e sexuais para que sejam reconhecidas que as meninas e mulheres são sujeitos detentores de direitos humanos.

Iniciamos este subitem com uma passagem para ambientar o leitor da questão dos direitos reprodutivos frente o patriarcado analisado nas linhas anteriores, através desta valorosa lição podemos de plano já evidenciar que os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e meninas são violados de formas diferentes de acordo com o contexto social bem como há outras discussões referentes aborto além da descriminalização. Mas sobretudo, o parágrafo abaixo de

Vianna (2006, n.p.) denota o quanto ainda precisamos evoluir não só no debate do tema, mas principalmente na efetivação destes direitos que são relegados majoritariamente em face das mulheres mais vulneráveis. E é isso que motiva este trabalho.

Para os homens, que sempre puderam escolher entre abandonar suas parceiras grávidas ou reconhecer o filho, e para as mulheres ricas, que sempre tiveram o direito de escolha, a criminalização do aborto pode significar uma opção “pró-vida”. Já para as mulheres pobres, a descriminalização do aborto não é uma garantia “pró-escolha”, pois aborto em regra não lhes é uma opção, mas uma necessidade. Para estas milhares de mulheres latino-americanas miseráveis, é a descriminalização do aborto a verdadeira defesa “pró-vida”.

Seguindo, precisamos compreender que os Direitos Humanos têm como característica fundamental a sua universalidade já que se tratam de direitos fundamentais vinculados ao direito de liberdade e dignidade da vida humana. Em 1789, com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, o único destinatário possível era o ser humano conferindo uma perspectiva universalizante e incondicional.

A Declaração trouxe em seu bojo os chamados direitos de liberdade, ou seja, aqueles direitos considerados naturais, inalienáveis, ou até mesmo sagrados e, portanto, sem prescrição, quais sejam no dizer de Bonavides (2015) liberdade, propriedade, segurança e resistência a opressão.

É importante considerar que ainda que alardeados como naturais, os direitos humanos não foram reconhecidos pelos governos de forma uniforme, ocorrendo um longo processo de transformação econômica, política e cultural para que estes direitos fossem reconhecidos, sobremaneira em face dos mais fracos. Bobbio (2004, p. 25) retratou bem isso:

Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de forma gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.

Diante de tão rica lição, depreende-se que intitular os direitos humanos como naturais seria uma verdadeira antítese já que o reconhecimento destes direitos é um processo histórico, e, portanto, mais aplicável seria entendê-los como direitos conquistados.

Entretanto, outra corrente doutrinária compreende os direitos humanos como naturais justamente por causa de sua evolução histórica e que os fatos históricos representariam tão somente o reconhecimento deste direito. Assim tais direitos continuam sendo inatos, naturais, apenas sendo aceitos em épocas e contextos diferentes do desenvolvimento da humanidade. Com esta evolução, os direitos humanos passam a ser positivados em cartas constitucionais,

leis e tratados internacionais tornando-se direitos fundamentais e base de um Estado Democrático de Direito.

Aqui está de forma simples a diferenciação entre os Direitos Humanos e os Direitos Fundamentais, onde o primeiro é reconhecido pelo Direito Internacional e com caráter universal e o segundo refere-se ao momento em que o primeiro é estatuído no direito constitucional de um Estado.

Assim é que compreendemos como fundamental para esta pesquisa observar como se deu a evolução histórica dos direitos humanos, a discussão e evolução em torno dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e meninas.

Como já relatado acima, em 1776, a Declaração dos Direitos da Virginia, em 1789; após a Revolução Francesa, a Declaração dos Direitos do Homem e Cidadão (1789). A primeira proclama os direitos naturais inerentes aos seres humanos e tenta estabelecer igualdade entre os cidadãos. Já a última declaração, define direitos naturais e imprescritíveis como a liberdade, a propriedade, a segurança e a resistência à opressão, assim como a igualdade, especialmente perante a lei e a justiça São diplomas de suma importância para a base conceitual dos Direitos Humanos Internacionais e que se direcionam a direitos do homem, e apenas o último avança e se relaciona com direitos os seres humanos.

De antemão já é possível perceber a resistência em identificar as mulheres como sujeitos de direitos que devem ser observados e protegidos pela égide de tratados internacionais pois elas eram qualificadas como incapazes de exercer seus direitos civis, dependendo sempre de um homem na família (pai, marido, irmão) que lhes fizesse às vezes. O silêncio já lhe era imposto desde logo pelo papel definido para a mulher na sociedade.

Diante disso, resta evidente que essa separação e manutenção da mulher restrita a esfera doméstica acaba por retirá-las (ou silenciá-las) da história já que há uma dificuldade em relacionar o âmbito do lar com questões envolvendo economia, política ou poder que são os fatos que hodiernamente são retratados pela história oficial.

Nesse diapasão, mulheres que lutaram pela liberdade e igualdade juntamente com homens na Revolução Francesa se rebelaram contra o silêncio quantos aos seus direitos civis na Declaração e em gestos de grande heroísmo utilizavam as poucas armas que tinham disponível para lutar contra esta segregação, como manifestações nas ruas, gritando em Assembleias ou alguns poucos escritos.

Ainda que o lema deste Estado Moderno tenha sido a igualdade, liberdade e fraternidade, as mulheres foram excluídas, tornando-se uma democracia excludente e as mulheres colocadas no lugar de não-cidadania. Delas foi retirado o direito ao pacto social, restando tão somente o pacto patriarcal. (VALCÁRCEL, 1994).

Uma das mulheres que se destacou nesta época foi a Olympe de Gouges, que em 1791 escreveu a Declaração dos Direitos da Mulher que reivindicava espaço político, cidadania social, direito ao trabalho, divórcio, direito de as mulheres disporem de seus bens sem intervenção masculina. Esse documento, apesar de não ser oficial, é um marco na construção da ideia de igualdade de gênero e nas lutas feministas. Olympe foi decapitada por lutar pelo simples e obvio reconhecimento de que as mulheres são seres humanos e, portanto, detentoras de direitos. Como ela, várias outras intelectuais feministas foram silenciadas ao longo da evolução da sociedade, indicando como os papéis de gênero estão arraigados no seio da humanidade.

Demonstrando como os grupos dominantes, no caso em questão a sociedade patriarcal, impõem a sua memória e tornam a memória do oprimido em uma memória subterrânea, que não submerge e que tende a ser facilmente apagada já que devido as forças de opressão que vem sofrendo não consegue ser transmitida entre as gerações:

Embora na maioria das vezes esteja ligada a fenômenos de dominação, a clivagem entre memória oficial e dominante e memórias subterrâneas, assim como a significação do silêncio sobre o passado, não remete forçosamente à oposição entre Estado dominador e sociedade civil. Encontramos com mais frequência esse problema nas relações entre grupos minoritários e sociedade englobante. (POLLAK, 1989, p. 3)

Neste trecho, o autor observa como a memória pode ser usada como instrumento de dominação de certos grupos ao longo do tempo, por isso a necessidade de uma revisão crítica da história devido a propagação ideológica transmitida através das gerações sobre o papel da mulher na sociedade.

Em um trecho de sua brilhante obra, Perrot (2005, p. 9) aborda como as mulheres são silenciadas da história oficial, sendo destinadas apenas ao seu espaço privado:

Evidentemente, a irrupção de uma presença e de uma fala femininas em locais que lhes eram até então proibidos, ou pouco familiares, é uma inovação do século XIX que muda o horizonte sonoro. Subsistem, no entanto, muitas zonas mudas e, no que se refere ao passado, um oceano de silêncio, ligado à partilha desigual dos traços, da memória e, ainda mais, da História, este relato que, por muito tempo, “esqueceu” as mulheres, como se, por serem destinadas à obscuridade da reprodução, inenarrável, elas estivessem fora do tempo, ou ao menos fora do acontecimento.

As mulheres, seus corpos, suas vozes estavam restritas ao espaço da casa e eram apagadas após a sua morte (ou até mesmo em vida), tornando-se obscuras as suas contribuições históricas, como resultado lógico da subordinação a que estavam sujeitas, assim como aconteceu com Olympe de Gouges e outras intelectuais que defendiam os direitos das mulheres.

A ideia de silenciamento feminino perpetuada pela história oficial causa uma grave objeção na evolução da igualdade material das mulheres frente aos homens, já que antes mesmo de efetivarem seus direitos, as mulheres necessitam recontar sua história para poderem “provar” que são sujeitos de direitos e que “merecem”⁶ amparo legal.

A problemática, como trazida por Pollak (1989) é a dificuldade de fazer estas memórias emergirem, levando os indivíduos a reinterpretarem os momentos históricos e realizarem uma ruptura com os condicionamentos que até então se consideravam adequados, principalmente o papel das mulheres.

Por isso a necessidade de identificar neste trabalho, o nome de mulheres como Olympe de Gouges e sua contribuição para os direitos humanos das mulheres e meninas ao editar a sua declaração, são memórias de resistência das mulheres, que, entretanto, são constantemente vilipendiadas da história oficial.

Seguindo no levantamento histórico da evolução dos direitos humanos das meninas e mulheres, podemos perceber a dificuldade de expansão até mesmo da discussão ideológica quanto aos direitos das mulheres, e, por conseguinte a dificuldade no reconhecimento dos mesmos em declarações e tratados internacionais.

Alguns autores (CHESLER, 1992; SANGER, 1920) acreditam que o termo “direitos reprodutivos” teve sua origem junto a ideia de integridade corporal e autodeterminação sexual e, inicialmente, se relacionavam apenas ao direito de decidir se quando e como querem ter filhos e se destacaram primeiramente com os movimentos feministas de controle de natalidade das socialistas inglesas por volta de 1830 (CHESLER, 1992). Chesler e Sanger relacionavam o controle de natalidade à emancipação política e social das mulheres, mas também a necessidade de controlar seus corpos (SANGER, 1920)

⁶ As palavras provar e merecer no seguinte trecho do texto estão indicadas entre aspas pois trata-se de uma figura de linguagem para demonstrar a atual condição da mulher, apesar de ser uma condição lógica da sua identificação como ser humano e por isso lhe ser devido a consagração e efetivação de direitos humanos, a mulher está vários passos atrás, justamente pela naturalização da subordinação feminina, e ainda necessitar se identificar e reafirmar como sujeito de direitos e que portanto deve ter igualdade material frente aos homens.

Com o reconhecimento dos direitos de primeira geração⁷, movimentos de controle de natalidade surgiram no início do século XX, nos Estados Unidos, onde o direito de procriação passou a ser entendido como um desdobramento deste direito à liberdade a ser exercido perante o Estado, ou seja, o Estado tem um dever negativo de não intervir na escolha procriativa e na quantidade de filhos que o casal poderia conceber (SANGER, 1920).

A enfermeira e pesquisadora Margaret Sanger, na década de 1920, em Nova York, popularizou o termo controle de natalidade, além de criar a primeira clínica de controle de natalidade dos Estados Unidos em um bairro pobre, que em seus discursos já tratava da moralidade do controle de natalidade, a confiança dos métodos contraceptivos e a existência de movimentos assemelhados em outros países.

É claro que este não era de fato o que se assemelha hoje aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, pois era concedida essa tutela em favor do homem, para que este decidisse, em nome da família, de acordo com os seus desejos quando e quantos filhos a família deveria ter, assim, as mulheres continuavam silenciadas.

Todavia, o direito à procriação serviu de instrumento ao adquirir outros contornos ideológicos no percorrer da história e juntamente com todo o processo de emancipação e empoderamento da mulher, bem como os movimentos sociais, em especial os feministas, criou-se uma nova perspectiva de dever do Estado, agora positiva, pois segundo esta corrente o mesmo deve fornecer meios para a efetivação do direito compreendido como autonomia reprodutiva. Nesse sentido, detalha Costa (2012, pag. 6):

O direito à procriação (“right to procreate”), inicialmente possuía um foco restrito entendendo-se que havia conteúdo negativo, onde se atribuía ao indivíduo uma defesa contra o Estado para que este não o privasse ou limitasse a liberdade de escolha quanto à procriação. Posteriormente, acrescentou-se um conteúdo positivo ao direito de procriar, consistente no direito de desenvolver concretamente a função de genitor.

Nesse contexto é que os direitos relacionados à reprodução e sexualidade passaram a ter espaço nas agendas internacionais de direitos humanos, espaço, inclusive de destaque em algumas conferências que passaremos a analisar adiante devido a significância das mesmas para a compreensão atual dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e meninas.

⁷ Direitos de primeira geração ou dimensão são direitos individuais que exigem do Estado uma prestação negativa, ou seja, o Estado deve se abster, como o direito à vida, liberdade, propriedade, liberdade expressão, inviolabilidade do domicílio entre outros.

Inicialmente, a reivindicação girava em torno da questão de planejamento familiar de forma que fosse vinculado a saúde reprodutiva e reconhecida como um direito individual da mulher para a proteção da pessoa humana.

Neste cenário é que as mulheres passaram a ser vistas como sujeitos de direitos específicos e que, portanto, demandam uma resposta diferenciada para a violação de seus direitos, sobretudo a partir de 1979 com a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, ratificada pelo Brasil em 1984.

A Convenção se baseia nas obrigações de abolir a discriminação e de criar um ambiente de igualdade em favor das mulheres. O texto deseja garantir o pleno exercício dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais. Há ainda, a inicial delimitação dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais no artigo 12 do texto:

Artigo 12 - 1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar. (BRASIL, 2002, Art. 12)

Desde o seu preâmbulo o documento dispõe sobre o objetivo de modificar o papel tradicional do homem e da mulher em sociedade e principalmente na entidade familiar para que se possa alcançar uma igualdade plena entre os dois.

Para atingir esta igualdade esta convenção prevê a proteção a mulher contra qualquer ato de discriminação e determina que os Estados-partes implementem medidas que eliminem estas discriminações. Cabe ainda aos Estados-partes, garantir o desenvolvimento e o progresso da mulher para que tenham gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de condições com os homens. (RAMOS, 2015).

Apesar de ser um avanço no tema, é importante consignar que há um sério problema nesta tentativa de tratar como iguais aqueles que estão em condições diametralmente diferentes. Restea evidente que a questão da igualdade nos moldes aqui estabelecidos vem atender uma demanda dos movimentos feministas de retirar a mulher do papel apenas reprodutivo na divisão sexual do trabalho. O desejo aí embutido é de equalizar a disposição entre homens e mulheres.

A CEDAW (Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres) sustentou em seu artigo 16 que caberia ao homem e mulher decidir livremente e responsabilmente sobre o planejamento familiar, porém implicitamente impõe a obrigatoriedade do consentimento dos maridos em caso de aborto ou uso de contracepção. Pois, cabe lembrar que apenas as mulheres ficam grávidas, por isso esse entendimento da máxima

igualdade tornou-se ultrapassado já que deve existir uma preponderância dos direitos sexuais das mulheres sobre os direitos dos homens, para assim efetivar uma igualdade material, mais aplicável ao âmbito dos direitos reprodutivos. A convenção ao estabelecer essa linguagem de casais afasta das mulheres a almejada liberdade de decisão sobre o seu corpo sem interferência de terceiros.

Apenas com o Plano de Ação da Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, esse novo conteúdo dos direitos de procriação foram realmente delineados no âmbito internacional, por isso esta conferência é um grande marco para assentar a questão do aborto como problema de saúde pública e não mais na seara criminal, pois passou a dar significação aos direitos reprodutivos como o direito de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva (Conferência do Cairo, 1994, § 7.3). Macêdo e Silva (2011, p. 4), descreve este momento histórico no reconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais:

O conceito de direitos reprodutivos irá adquirir sua verdadeira legitimidade institucional, entendido como o direito dos indivíduos e casais de tomar decisões livres de coerção com relação ao número e espaçamento de filhos e filhas e de como tê-los/las ou não tê-los/las.

A mencionada conferência já apresentava como meta o acesso universal da mulher a uma ampla gama de serviços de saúde reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, especialmente para meninas, demonstrando o interesse da Organização das Nações Unidas (ONU) para com as mulheres ainda em desenvolvimento e a sua extrema vulnerabilidade. Assim é retratada a saúde reprodutiva em uma das justificativas da Conferência de Cairo:

7.2 A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui também a saúde sexual cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis. (CIPD, 1994)

Denota-se daí que os direitos de reprodução já eram compreendidos como um direito que em essência se relaciona a liberdade, a saúde e o bem-estar da mulher. Em seguida o relatório em seu parágrafo 7.3 apresenta os direitos reprodutivos pela primeira vez como direitos humanos:

7.3 (...) Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente 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. (CIPD, 1994).

O documento expõe como este direito deve ser reconhecido de forma ampla e que deve ser propiciado aos indivíduos tanto informações para que possam tomar suas decisões como os meios adequados para executar estas decisões de forma segura para que assim se possa garantir que todos os seres humanos desfrutem de uma saúde sexual e reprodutiva adequada. Basterd e Hermann (2001, p. 102), assim avaliam a participação do movimento feminista na confecção do documento resultante desta importante conferência:

O movimento internacional de mulheres demonstrou, já em 1992, uma formidável capacidade de mobilização e articulação. Definindo uma agenda própria sobre a relação entre população e desenvolvimento, o movimento internacional de mulheres rejeitou os princípios controlistas e introduziu no debate das Nações Unidas as questões relativas aos direitos reprodutivos no marco de um processo de desenvolvimento e de respeito aos direitos humanos.

Essa elogiável passagem acima, destaca o feito dos movimentos feministas ao conseguirem vincular o índice de desenvolvimento humano dos países ao cuidado, respeito e proteção das cidadãs. Assim, os países passaram a ter uma obrigação de pelo menos pensar em ações que beneficiem as mulheres sob pena de terem seu desenvolvimento considerado baixo.

Quanto a questão do aborto, a Conferência de 1994, assinalou em seu parágrafo 8.25 que nos casos em que o aborto não for contrário a lei, devem existir no Estado condições adequadas para a sua prática, iniciando, assim, a discussão sobre a prestação positiva do Estado para implementação do direito de acesso a saúde das mulheres e meninas no âmbito dos direitos reprodutivos e sexuais.

A Conferência de Cairo modificou a perspectiva existente de análise de políticas populacionais nas quais as mulheres eram encaradas apenas como meio reprodutivo e passou a se enxergar a mulher como detentoras de direitos como liberdade, igualdade e acesso a saúde integral.

No momento da Conferência de Cairo, a questão relacionada ao aborto como causa de mortalidade materna já vinha ganhando espaço no cenário de debates internacionais, até que nesta conferência é declarado que o aborto inseguro é um dos pontos a ser combatido através de políticas de saúde que evitem o alto índice de mortalidade materna.

Seguindo na linha do tempo do reconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e meninas, posteriormente as mencionadas conferências, em 1995, na cidade de Pequim foi realizada a Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres onde pela primeira vez um documento oficial internacional fez menção expressa aos direitos reprodutivos. O acordo assinado nesta conferência tem por objetivo alcançar a igualdade de gênero e eliminar a discriminação contra as mulheres no mundo todo através do estabelecimento de objetivos para o avanço da igualdade e do empoderamento das mulheres.

A Declaração resultante da Conferência de Pequim traz como objetivo a criação de uma definição do que seriam os direitos reprodutivos e sexuais, o ato de extrema relevância, já que a incerteza quanto a conceituação destes direitos, culminava em mais empecilhos na realização de qualquer debate sobre o tema. A partir destas duas conferências passou-se a adotar a expressão direitos reprodutivos e sexuais, porém ainda não havia uma delimitação do que se tratava tais direitos.

A Conferência de Pequim é considerada a ratificação do consenso teórico quanto a necessidade de erradicação de todas as formas de discriminação e violência contra a mulher assim como a imprescindibilidade de se endossar o direito de livre decisão responsável na temática dos direitos reprodutivos, já que o plano resultante desta conferência confirmou a redação utilizada pela Conferência de Cairo para a definição destes direitos:

§ 95. (...) os direitos de reprodução abarcam certos direitos humanos que já estão reconhecidos nas legislações nacionais, em documentos internacionais relativos aos direitos humanos e em outros documentos e consensos. Tais direitos têm por base o reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsavelmente o número de seus filhos, o momento de seu nascimento e o intervalo entre eles, a dispor de informação sobre os meios para isso e a alcançar o mais alto nível de saúde sexual e reprodutiva. Também inclui seu direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coações nem violências, em conformidade com o que estabelecem os documentos relativos aos direitos humanos. (CNDM, 1995).

Isso significa que a partir deste momento não haveria mais relutância, ao menos no âmbito de tutela de direitos humanos internacionais, sobre a existência destes direitos, quais os objetos que o contemplam e quais os sujeitos de direitos que merecem proteção jurídica. *Prima facie* pode não parecer um avanço na igualdade material de gênero, mas ao olhar mais atento é

possível inferir que a discussão quanto a necessidade de efetivação destes direitos é fato consolidado, podendo a comunidade internacional passar a debater o planejamento da concretização destes direitos e esse avanço deve ser reconhecido devido aos séculos de silenciamento total quanto aos direitos das mulheres, que não eram sequer consideradas seres humanos ou sujeitos detentores de direitos.

Assim que, em 1996, foram produzidos três textos, que apesar de não terem eficácia normativa, serviram para afastar a deficiência de conceito e listar quais os direitos que comporiam os direitos reprodutivos e sexuais. São eles: Declaração dos Direitos Reprodutivos e Sexuais, da Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), e o Fórum Aberto em prol dos Direitos Reprodutivos e Sexuais, no Chile (CANCIO, 2007, p. 246).

Diante deste marco conceitual, os mencionados direitos passaram a incluir direitos como a independência sexual, sexualidade prazerosa, conhecimento e informação através da educação sobre a sexualidade e reprodução, maternidade voluntária, métodos contraceptivos, liberdade de matrimônio e família, serviço adequado de saúde nos cuidados pré-natais, durante o parto e pós-parto, igualdade de responsabilidade na criação da prole, prevenção e tratamento de infertilidade e direito de decidir sobre intervenções no aparelho reprodutor. (CANCIO, 2007). Em outras palavras, os direitos reprodutivos e sexuais não se afiguram apenas ao direito de uso de métodos contraceptivos e livre decisão sobre a maternidade, tratando-se em verdade de uma gama de direitos que vão consubstanciar uma vida sexual e reprodutiva digna às mulheres e meninas.

Do ângulo feminista, os direitos reprodutivos referem-se à igualdade e à liberdade na vida reprodutiva. Já os direitos sexuais estão ligados à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. Assim, a sexualidade e reprodução devem ser tratadas como dimensões da cidadania e consequentemente da vida democrática. Tratá-los como dois campos separados é essencial para assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida das mulheres e meninas, o que permite relacioná-los com outras dimensões da vida social.

Os direitos reprodutivos e sexuais conclamam a autodeterminação para livre exercício da sexualidade e da reprodução humana de forma a não haver interferência do Estado nesta decisão, restando a este apenas assegurar o direito à educação e saúde sexual. Nesse sentido Flávia Piovesan e Wilson Ricardo Buquetti Pirota (1998, p. 34) informam que estes direitos são:

Direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, devendo compreender o acesso a um serviço de saúde que assegure informação, educação e meios, tanto para o controle de natalidade, como para a procriação sem riscos de saúde.

De tal modo, já é possível perceber que os direitos reprodutivos e sexuais estão intimamente ligados ao direito a saúde da mulher e meninas, pois o serviço de saúde deve estar disponível para acolher as tomadas de decisões reprodutivas das mulheres da forma mais ampla possível.

Na lição de Côrrea e Petchesky (1996, p. 158) estes direitos se relacionam ao poder de tomar decisões a partir de informações seguras sobre a fertilidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual, de forma que tais informações vão propiciar uma tomada de decisão segura e adequada para a realidade de cada mulher, por isso a necessidade de prestação da obrigação positiva por parte do Estado para fomentar que estas informações cheguem a todas as mulheres independente de sua raça, condição social, econômica ou grau de instrução e que após tomada esta decisão, que o Estado novamente possa propiciar os meios para concretização do desejo esclarecido das meninas e mulheres.

Já na lição de Helena Barbosa (apud COSTA, 2012, p. 11) o direito ao planejamento reprodutivo deve estar no rol dos direitos que permitem a realização das potencialidades humanas e pelo seu grau de importância deve estar submetida a autonomia privada, ou seja, a autora também reconhece o espírito de direito fundamental que deve ser concedido a estes direitos reprodutivos e sexuais, já que se tratam de uma faceta importante da vida das pessoas. Complementando Costa (2012, p. 8) esclarece sobre a reprodução como direito positivo:

A garantia do direito à escolha reprodutiva defere ao indivíduo a liberdade reprodutiva, portanto, refere-se a “se” e “quando” se reproduzir. Pode-se, ainda, incluir nesse processo de escolha reprodutiva o “como” reproduzir-se, trazendo à baila as técnicas de reprodução assistida, assegurada como opção pessoal absolutamente fundamental. Tem-se então o direito a procriação ou o direito reprodutivo positivo compreendido pela autonomia reprodutiva.

Mais uma vez caímos na máxima da autonomia, da liberdade e na livre expressão dos indivíduos decidirem como vão encarrilhar a sua vida em todos os aspectos, sobremaneira nas suas escolhas sexuais e reprodutivas de forma a ser proporcionada uma vida digna. A separação da sexualidade da inevitabilidade da reprodução permite que as mulheres possam ter relações afetivas e sexuais livres, sendo necessária para a criação de uma verdadeira autonomia. Como atesta a ensaísta Katha Pollitt (2018), a questão não é a vida do feto ou da mulher, mas sim em identificar as mulheres como terra para plantio, a questão é o controle que é exercido sobre as mesmas.

A seguir, passaremos a análise dos direitos reprodutivos e sexuais como uma questão de saúde pública na perspectiva dos Objetivos apreciados na Cúpula do Milênio e discutir quais as inovações deste diploma para a garantia de acesso pleno a saúde de meninas e mulheres em todo o mundo.

2. DIREITO DE ACESSO À SAÚDE DAS MULHERES E MENINAS COM ASSENTO NA DECLARAÇÃO DO MILÊNIO

2.1. Aborto como questão de saúde pública na perspectiva dos objetivos do milênio

Como já relatado no capítulo anterior, os direitos reprodutivos supõe uma proteção mais ampla, do que apenas a regulação da fecundidade, englobando, por exemplo, questões como mortalidade infantil e materna, infertilidade, esterilização, violência sexual, mutilação genital, doenças sexualmente transmissíveis, obtenção de prazer sexual, conhecimentos sobre o próprio corpo, além disso, devem ser propiciadas condições para as tomadas de decisões sexuais e reprodutivas, ou seja, determinação do governo de investimentos sociais principalmente ligados a educação, trabalho e pobreza.

Desse modo, os direitos reprodutivos e sexuais envolvem uma gama de outros direitos necessários a efetivação do bem-estar econômico e social das pessoas e, portanto, cabe ao Estado implementar políticas públicas que fomentem este conforto a sua população. Porém, não restam dúvidas que dentre todas as garantias incluídas nos direitos reprodutivos e sexuais, o direito de decisão sobre a maternidade e o aborto é o que mais causa controvérsia quanto a sua efetivação ou não.

A palavra aborto designa a interrupção do desenvolvimento do feto durante a gravidez, podendo ocorrer de forma espontânea ou provocada. Apesar de ser um acontecimento comum na vida das mulheres, o tema ainda é cercado de muitos tabus e constantes embates teóricos sobre a criminalização ou não do aborto provocado.

O ponto central da discussão não está apenas na autodeterminação da mulher sobre o seu corpo, mas principalmente na proteção da incolumidade física e psicológica da mesma, tendo em vista todos os processos que ocorrem em razão de uma gravidez indesejada e que afetam a saúde física e a vida social das meninas e mulheres já que a proibição do aborto induzido na seara penal de qualquer país acaba por criminalizar tão somente as escolhas das mulheres menos abastardas economicamente, já que estas precisariam recorrer mais a meios não oficiais, clandestinos e inseguros para realizar o aborto; enquanto que meninas e mulheres que conseguem recorrer a clínicas clandestinas de luxo ou deslocam-se para países onde não há criminalização, realizam o procedimento de forma segura. Por isso a imperiosidade de se tratar

tal assunto como uma questão de saúde pública, principalmente por colocar em risco a vida de meninas e mulheres de baixa renda.

Assim como descrito no capítulo anterior, o próprio conceito de direitos reprodutivos como identificados pelos tratados internacionais traz uma série de direitos relacionados a fertilidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; ou seja, se relaciona com a saúde e o bem-estar da mulher, mais especificamente a sua saúde sexual.

Inserir estes direitos no campo da saúde deslocar a matéria da sustentação da repressão patriarcal para o lugar de garantia de direitos e isso é um processo de transformação. A demanda por políticas sociais na área da saúde está baseada em uma ideia de direitos reprodutivos e sexuais como parte dos direitos sociais, como defesa de um Estado garantidor de bem-estar e de transformação social. Através disso, pode se instituir um compromisso com a justiça social, com a ética e a superação dos preconceitos e discriminações de gênero.

Nesse sentido é que as conferências realizadas pela ONU trilharam o caminho de reforçar que os direitos de decisão sobre reprodução e direitos de acesso à saúde devem ser considerados como direitos fundamentais e necessários ao pleno desenvolvimento e progresso da mulher. E para a efetivação destes direitos é necessário atingir a igualdade de acesso à saúde, incluindo a criação de políticas públicas em que seja proporcionado o amparo as mulheres e meninas nas deliberações a respeito do planejamento reprodutivo de forma a ser estatuída a liberdade e primazia das decisões femininas, bem como construir atendimentos humanizados e que garantam a consumação das suas decisões.

Por isso, a importância de localizar a questão dos direitos reprodutivos e sexuais, sobretudo do aborto na seara pública da saúde, transformar os discursos para que os debates se centrem nas políticas públicas de saúde que devem ser implementadas em benefício das mulheres e meninas que necessitam deste amparo e não em dogmas religiosos. Complementando, assim destaca Emmerick (2007, p. 134):

O debate sobre o aborto deixa os espaços privados, passando a fazer parte do debate público no movimento de mulheres, que começa a realizar encontros, seminários, estudos e debates sobre a questão, e progressivamente, o tema passa a ser reivindicado como um direito a ser demandado aos poderes públicos. É nesse momento que o aborto começa a ser vinculado às questões de saúde, sexualidade e reprodução.

Nessa esteira, o caminho natural a seguir após o reconhecimento e conceituação dos direitos reprodutivos e sexuais é classifica-lo como um direito de saúde que deve perpassar por políticas públicas eficazes para atender as necessidades das mulheres e meninas. Assim, no

contexto internacional, após muita luta do movimento feminista, a temática do aborto passou a ser tratada como questão de saúde pública e saúde sexual.

A saúde decorre do alinhamento de vários fatores de ordem biológica, emocional, psíquica e social e que trazem necessidades de saúde de acordo com os espaços macro e microsocial em que os indivíduos estão inseridos. Em outras palavras, não existe saúde se não houver um bem-estar psíquico, e este não é possível se houver um temor causado por uma gravidez indesejada ou por um abortamento por exemplo.

Outro fator que também contribuiu para essa mudança temática foi a compreensão de que o direito à integridade física do corpo é decorrência lógica da dignidade da pessoa humana, devendo existir o direito à segurança e ao controle sobre o próprio corpo, sempre sem esquecer da noção de liberdade sexual e reprodutiva que desencadeou este reconhecimento.

Afirmar o direito das mulheres de “controlar e de ser donas” de seus corpos não significa que os corpos das mulheres são meros objetos, separados delas mesmas ou isolados das comunidades e redes sociais. Ao contrário, denota a noção de corpo como parte integral do eu, cuja saúde e bem estar (incluindo aí o prazer sexual) formam a base necessária para a participação ativa na vida social. Integridade corporal, desta forma, não é somente um direito individual, mas social. (...) a integridade corporal também implica direitos afirmativos para usufruir inteiramente de seu potencial corporal – para a saúde, procriação e sexualidade. (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 160).

É nesse trilhar feito pelas convenções anteriormente analisadas que chegamos a um ponto histórico em que a questão dos direitos reprodutivos e sexuais das meninas e mulheres já se encontram conceituados, reconhecidos como uma necessidade no âmbito internacional dos direitos humanos e há a necessidade de se criar um planejamento, estratégias para que estes direitos que até então estavam assentados apenas no papel dos diplomas da ONU pudessem de fato chegar às mulheres nos quatros cantos do mundo. É nessa visão de efetivação dos direitos que é realizada a Cúpula do Milênio.

A Declaração do Milênio foi aprovada durante a Cúpula do Milênio, pelas Nações Unidas em setembro de 2000, sendo o Brasil, bem como mais 190 países membros da ONU, signatários do pacto, onde se assinalou um compromisso compartilhado de crescimento sustentável do planeta por meio de intervenções específicas de combate à fome e à pobreza, com a implementação de políticas de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e meio ambiente entre outras garantias.

A discussão dos Objetivos do Milênio partiu da estranheza causada pela violação de direitos humanos de milhões de pessoas em todo o mundo, principalmente nos países

considerados subdesenvolvidos⁸ frente a acumulação de riquezas para restritas pessoas. Deste entendimento, percebeu-se que após as grandes guerras, o outro fator de destruição em massa da população mundial seria a pobreza e todos os seus reflexos.

Diante das violações aos direitos humanos fundamentais, os líderes mundiais, em setembro de 2000, recapitularam os resultados das diversas conferências de cúpulas das Nações Unidas e suas pesquisas daí decorrentes da década de 1990, e fixaram para si mesmos um período de 15 anos para atingir um conjunto de metas e objetivos mínimos, embora concretos. Esse programa ficou conhecido como Metas de Desenvolvimento do Milênio, ou Objetivos de Desenvolvimento do Milênio fazendo referência aos desafios que seriam enfrentados pelos Estados para converter em realidade as aspirações dos direitos humanos ali estabelecidos.

Na Cúpula do Milênio ficou instituída uma parceria global entre os Estados participantes para juntos construir o desenvolvimento sustentável planetário. Para tanto, foram estabelecidas metas, a serem acompanhadas por um conjunto de indicadores idealizados pelo Secretariado das Nações Unidas, do Fundo Monetário Internacional, do Banco Mundial e da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico. Assim, este pacto não é apenas dos países e a ONU, mas também um instrumento chave para a determinação do desenvolvimento econômico do mundo, diante disso, cabe observar os valores e princípios que regem o documento, e que nesta oportunidade os Estados expressaram como as desigualdades na efetivação dos direitos humanos estimularam a pactuação deste acordo:

Pensamos que o principal desafio que se nos depara hoje é conseguir que a globalização venha a ser uma força positiva para todos os povos do mundo, uma vez que, se é certo que a globalização oferece grandes oportunidades, atualmente seus benefícios, assim como seus custos, são distribuídos de forma muito desigual.
(DECLARAÇÃO DO MILÊNIO, 2000)

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio são um conjunto de oito metas a serem atingidas pelos países até o ano de 2015 através de ações concretas do Estado e da sociedade como um todo, para que assim haja uma evolução significativa na vida humana na Terra, sempre respeitando o meio ambiente.

Esta agenda se sobrepõe ao que já estava disposto na Conferência Internacional de População em Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994 devido a convergência nas matérias tratadas e nas metas que são estabelecidas para alcançar o desenvolvimento dos países, sendo, inclusive, tratadas conjuntamente no sistema das Nações Unidas, pois o Plano de Ação

⁸ Os países são divididos pela ONU em duas categorias, de acordo com seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que trata das riquezas, nível de educação e expectativa de vida de um país. Assim, países com elevado IDH são considerados países desenvolvidos, enquanto que países com IDH baixo são considerados subdesenvolvidos.

da CIPD é mais amplo que os objetivos do milênio, chegando a facilitar que as metas sejam atingidas.

Por ocasião da Cúpula do Milênio, a Organização das Nações Unidas avaliou quais eram os principais problemas mundiais enfrentados pelos países para que seus habitantes tivessem de fato uma vida digna com todos os seus direitos humanos reconhecidos e efetivados e diante disso foram sugeridas oito metas que ao serem bem executadas poderiam tornar o mundo um lugar melhor para todos, estas iniciativas ficaram conhecidas como Objetivos do Milênio.

Os oito objetivos previstos na Declaração do Milênio são: acabar com a fome e a miséria; educação básica de qualidade para todos; igualdade entre os sexos e valorização da mulher; redução da mortalidade infantil; melhoria na saúde das gestantes; combate a AIDS, malária e outras doenças; qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; e, todo mundo trabalhar pelo desenvolvimento. Além das oito metas, há 21 objetivos e 60 indicadores que servem para comparação dos avanços e para que os povos possam cobrar de seus governantes, ações que impliquem atingir as metas bem como 23 organizações internacionais para acompanhamento das metas.

Como relatado acima, estas metas deveriam ser atingidas por meio da implementação de políticas públicas de 2000 a 2015. A estruturação dos objetivos foi muito importante, pois se “definiu pela primeira vez um conjunto integrado de metas quantitativas com prazos especificados numa tentativa de dar sentido operacional para algumas das dimensões básicas do desenvolvimento humano” (UN TASK Team, 2012). Em outros termos, esta é uma característica marcante e fundamental do pacto, já que se traduz em mais do que meras declarações de intenções, sendo mais preciso o seu desempenho uma vez que foi revisto o monitoramento local e global dos avanços.

Ademais, as metas preveem que esta construção de um mundo melhor deve ocorrer através de uma democracia participativa, onde não só o governo se compromete, mas todos devem colaborar por meio de entidades empresariais e, organizações civis Uma das grandes contribuições da ODM é que os Estados prestaram um compromisso perante as Nações Unidas para trabalharem uma agenda mundial pelo desenvolvimento com metas e prazos claros a serem cumpridos, além de estabelecer indicadores do progresso ou não destas metas para cada região ou país.

As metas do milênio são estabelecidas no processo de observar o desenvolvimento humano com base em mudanças no crescimento econômico, mas com vistas na dimensão social

e responsabilidade no uso dos recursos naturais, assim a educação e a saúde e os direitos das mulheres são os principais indicadores de que aquela região ou país respeita a integridade dos direitos humanos.

Esta concepção de indicador de desenvolvimento estabelecido no compromisso dos Objetivos força a administração a buscar os resultados. Os indicadores e metas são estabelecidos como princípios norteadores das políticas públicas e do monitoramento pela sociedade civil (responsabilização), por isso a estratégia trazida pelo diploma é mais eficaz em engajar os Estados a cumprirem o que fora determinado no pacto.

Por isso, a partir da assinatura do pacto, os países passaram a colocar os Objetivos como prioridade nos seus planos de ação. Os indicadores previstos nos Objetivos tornaram-se parâmetros nas tomadas de decisões dos governantes propiciando o avanço no desenvolvimento mundial nos termos do que fora acordado. Os mecanismos de monitoramento dos avanços se revestem na forma de relatórios nacionais e relatórios do Secretário-Geral à Assembleia da ONU.

Com estes relatórios oficiais, foi possível a ONU e outras instituições, acompanharem os dados com um viés mais realístico sobre qual era a real condição socioeconômica da população dos Estados membros e monitorar a execução dos projetos de desenvolvimento.

Inclusive, é por isso que o ano-base da Declaração do Milênio é 1990 e não 2000. Como muitos países não possuíam sequer estatísticas anteriores para poder mensurar os problemas e servir de parâmetro para evoluções, muitos países subdesenvolvidos só passaram a produzir as estatísticas após o estabelecimento da Declaração. Como as metas eram previstas para 2015, esses países tiveram menos tempo que os demais para cumprir as metas, porém, em muitos casos, receberam auxílio inclusive dos países mais ricos.

De acordo com o estudo de Kenny e Sumner (2011) as evidências apontam que os ODM contribuíram para o aumento da ajuda dos países ricos aos países pobres e que essa ajuda pode sim ter tido algum impacto sobre os resultados na área social. O impacto dos Objetivos foi limitado tanto nas políticas de desenvolvimento dos países quanto na redução global da pobreza. Em suma, o resultado foi um passo no avanço do desenvolvimento, mas os Objetivos ficaram longe de serem alcançados.

Além disso, o fato de o prazo para alcançar as metas ser longo (objetivando possibilitar que os países menos desenvolvidos também tivessem chances de atingir as metas) acaba por não gerar direitos individuais e nem criar uma base legal nos países para seus cidadãos possam

de fato cobrar a responsabilidade do Estado. E que apesar de existir um sistema de monitoramento das metas, não há no diploma nenhuma previsão de punição quanto ao caso de mau desempenho na execução das metas, deixando os Estados livres para cumprir ou não o que fora acordado.

Entretanto, considera-se que os principais atributos que favoreceram que estas metas saíssem do plano de discussão dos direitos humanos e internacionais e chegassem as pessoas foram justamente o fato de serem objetivos simples, com prazos a serem alcançados, focado apenas nas áreas em que não há dissenso internacional, apoiado em produção de resultados e estatísticas (FERNANDES et al, 2015). Assim, ainda que não tenham sido atingidas algumas de suas metas especificamente em alguns ou vários países, ainda assim, torna-se valioso todo o avanço conseguido através da instalação dos Objetivos do Milênio. O caminho é longo, mas considera-se que uma porta foi aberta com esta iniciativa.

Ademais, cabe observar que a ODM mesmo sem força vinculativa, é utilizada pelas organizações da sociedade civil e organizações não governamentais como discurso para a cobrança de políticas públicas dos Estados voltadas para a execução das metas.

Neste trabalho, abordaremos mais especificamente a meta cinco que visava reduzir a mortalidade materna e melhorar a saúde das mulheres e meninas. O objetivo era reduzir a mortalidade materna em dois terços, entre 1990 e 2015 e esta meta só seria atingida caso houvesse a promoção integral de acesso a saúde das mulheres, especialmente em idade reprodutiva (ODM, 2000).

Meta 5B – Alcançar, até 2015, acesso universal a saúde sexual e reprodutiva. (ODM, 2000)

Esta meta cinco foi adicionada à ODM durante uma reunião dos chefes de estado, em 2005, e trata diretamente da garantia de acesso universal à saúde reprodutiva para mulheres e meninas até o ano de 2015. Este acesso deve ser medido pela prevalência contraceptiva, pela queda na taxa de fecundidade na adolescência, pela ocorrência de pelo menos quatro visitas de pré-natal e pela redução na necessidade insatisfeita de contracepção⁹.

⁹ A expressão necessidade insatisfeita de anticoncepção aqui utilizada refere-se, segundo Westoff e Ochoa (1991) ao conjunto de mulheres casadas ou unidas, não usuárias de métodos anticoncepcionais, férteis e desejosas de espaçar ou limitar os nascimentos, bem como as grávidas, que não tenham planejado a sua atual ou última gravidez e não estavam usando nenhum método anticoncepcional quando engravidaram, ou seja, a garantia de acesso à saúde reprodutiva perpassa pela redução do número de mulheres que não são atendidas nos métodos contraceptivos que tem a sua disposição.

O Brasil foi um dos participantes da conferência dos Objetivos do Milênio e em setembro de 2000, apoiou e assinou a declaração, ressaltando que no país, assim como em quase todos os demais países signatários, a mortalidade materna é submensurada, o que dificulta a produção de dados estatísticos concretos.

A formação da ideia de que a mortalidade materna deve ser tratada como problema de saúde pública é um processo lento e cheio de entraves que vem sendo construído ao longo dos tempos, mas em 1987 a ONU já tinha lançado a iniciativa Global por uma Maternidade Segura, que tinha como objetivo aumentar a consciência mundial sobre o problema e fomentar um conjunto de ações de âmbito global e nacional para fortalecer os serviços de atenção obstétrica. A ODM, então, já é um resultado da evolução do debate acerca deste tema e por isso almeja fortalecer os serviços de obstétrica com capacitação profissional visto que em pesquisas realizadas pela mesma, detectou-se o reflexo direto da indisponibilidade de trabalhadores de saúde qualificados nos problemas que interferem na saúde materna (ROMA, 2019).

Em relação aos objetivos que tratam de temas relacionados à saúde (Objetivos de n.º 4, 5 e 6), a Organização Mundial de Saúde promoveu uma reunião, em 2004, na Costa Rica, onde foram aventados alguns pontos estratégicos para atingir as metas destes objetivos. No caso da meta de melhoria da saúde materna, a reunião da Costa Rica enfatizou que as causas de mortes maternas consistem em um elemento básico das mortes de mulheres em idade fértil, já que, pela gravidade, mesmo quando não ocorre a morte, há agravos à saúde da mulher que podem deixar várias sequelas. Por isso, nesta reunião foi frisada a importância do acesso universal e irrestrito à assistência aos serviços de saúde, incluindo o planejamento reprodutivo.

Em 2006, foram editados 17 indicadores para avaliar a saúde reprodutiva global e ajudar a alcançar a meta, quais sejam: 1) Taxa de fecundidade total; 2) Prevalência de contraceptivos; 3) Taxas de mortalidade materna; 4) Coberturas de cuidados pré-natais; 5) Partos assistidos por profissionais qualificados; 6) Disponibilidade de cuidados obstétricos essenciais básicos; 7) Disponibilidade de abrangência nos cuidados obstétricos essenciais; 8) Taxa de mortalidade perinatal; 9) Prevalência de baixo peso ao nascer; 10) Prevalência de sorologia positiva de sífilis em mulheres grávidas; 11) Prevalência de anemia em mulheres; 12) Percentagem de admissão de assistência obstétrica e ginecológica devido ao aborto; 13) Prevalência de mutilação genital em mulheres; 14) Prevalência de infertilidade em mulheres; 15) Incidência de uretrite em homens; 16) Prevalência de infecção de HIV em mulheres; e 17) Conhecimento de HIV relacionado com práticas preventivas.

No Objetivo de “Melhorar a Saúde Materna”, a meta é “reduzir em 3/4 a taxa de mortalidade materna entre 1990 e 2015” e, para isso, são desenvolvidos dois indicadores, o de n.º 16, que retrata a Taxa de Mortalidade Materna, e o n.º 17, que trata da Proporção (%) de partos com assistência dada por pessoal qualificado.

A razão de mortalidade materna (RMM) estima a concentração de óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos (NV), este número é obtido através de uma aproximação do total de mulheres grávidas.

As altas da razão de mortalidade materna eram uma das preocupações de especialistas ligados à área da saúde materno-infantil. Porém, não representavam um grande problema para as autoridades sanitárias, ao contrário da mortalidade infantil, que sempre esteve no rol da atenção das políticas públicas.

A mortalidade materna passou a ser reconhecida como grave problema de saúde pública, a partir de 1987, na reunião de Nairobi, Quênia, promovida pela OMS, Unicef e Banco Mundial. Nesse evento, foi iniciado o acompanhamento de dados em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, com situações em que as RMM chegavam a ser de 300 a 500 mortes por 100.000 N.V., enquanto que, nos países desenvolvidos, raramente ultrapassavam 10 a 15 mortes maternas por 100.000 N.V (OMS, 1999).

O Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, em 2009, aprovou uma resolução que reconhece a morbi-mortalidade materna evitável como uma questão de direitos humanos. Mais de 79 Estados Membros das Nações Unidas concordaram que a questão da saúde materna é um desrespeito aos direitos humanos e que os Estados devem manter esforços para diminuir as altas taxas globais.

A partir deste momento, as autoridades governamentais foram alarmadas quanto a necessidade de criação de estratégias e políticas públicas que visassem à melhoria de saúde materna desde o planejamento reprodutivo, passando pelo pré-natal, aborto, parto e puerpério.

A questão da redução da mortalidade materna depende da adequada e oportuna assistência dos serviços de saúde durante o pré-natal, o parto, o pós-parto imediato e o abortamento. A outra vertente a ser observada é referente à estatística da RMM, a qual é subestimada. Os valores apresentados pelas estatísticas oficiais dos Estados não conseguem representar a realidade, já que os médicos nem sempre declaram nos atestados de óbito as causas maternas que ocorreram. Por outro lado, nos países subdesenvolvidos, ocorre a subinformação de óbitos, ou seja, o óbito não chega ao conhecimento das autoridades de saúde ou dos gestores

do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, causando uma dificuldade em se criar políticas adequadas a real necessidade da população e que, por muitas vezes, leva a uma maquiagem sobre os problemas enfrentados pelas mulheres.

A conquista desta meta proposta no âmbito do ODM dependia da implantação efetiva das ações de saúde voltadas para a da mortalidade materna nos países. E essas ações devem compreender o planejamento reprodutivo; a atenção ao aborto legal; a qualificação dos atendentes de saúde da família; o encaminhamento das gestantes de risco a serviços especializados; a atenção adequada durante o trabalho de parto e no pós-parto e o tratamento de urgências e emergências quando necessário.

Pode-se afirmar que esta meta representa um desafio para o desenvolvimento social e requiere a colaboração do governo na implementação de políticas e ações estratégicas que visem a promoção da qualidade de vida de todas as pessoas e a redução das injustiças sociais. Nesta perspectiva, a meta apresenta interface com a saúde da população mundial, sobretudo quando se considera a perspectiva ampliada recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS): a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas também a prevenção e estabelecer qualidade de vida.

Assim, a redução das mortes maternas relacionadas a gravidez, parto, puerpério e o abortamento, só é possível quando há acessibilidade de todas as mulheres e meninas aos serviços de saúde e estes forem reconhecidamente de boa qualidade.

Ainda que a relação entre morte materna e uso de serviços de saúde qualificados seja facilmente identificada, a mortalidade materna é muito mais do que um problema de saúde. Supõe o desrespeito aos direitos humanos fundamentais das mulheres e evidencia a posição de vulnerabilidade em que se encontram, principalmente nos países mais pobres. Porém, como a ONU já reconheceu em seus relatórios, a saúde materna é um conceito que envolve muito mais do que reduzir a mortalidade. Inclui também a sexualidade e reprodução de homens e mulheres, parto e, cuidado perinatal e acompanhamento da mulher durante o puerpério e após.

O cumprimento dos ODMs representaria um grande avanço no alcance da igualdade material a nível global e requer, para tanto, iniciativas dos governos nacionais e estratégias de colaboração entre as nações do mundo, pois não significa apenas conquistas ou dificuldades individuais das nações. Essa conquista evidencia as potencialidades e os obstáculos para a existência de um mundo mais justo por meio da colaboração entre os países.

Ações articuladas entre ONGs, instituições médicas e organizações da sociedade civil trabalham na América Latina e Caribe com o objetivo de identificar a mortalidade materna, suas causas, os fatores determinantes, e assim, poder apresentar medidas preventivas. Deste modo, está se construindo uma maior base de informações, mais adequadas que os indicadores existentes, pois além de ser uma questão de saúde, também se refere à cidadania feminina e o compromisso governamental com a saúde das mulheres e meninas, e todos devem trabalhar pela sua efetivação.

Ademais, o impedimento ao acesso à saúde e prevenção a mortalidade materna é uma grave violação aos direitos humanos das mulheres e meninas além de representar bem aquilo que fora tratado no primeiro capítulo deste trabalho onde os corpos femininos se revestem de verdadeiros territórios subjulgados pela dominação masculina. Esta negativa aponta a condição de subalternidade feminina e como os laços estruturais da sociedade ainda detêm amarras nos corpos/territórios das mulheres.

Seguindo na abrangência do tema, é necessário compreender que as estatísticas que são feitas pelos governos a partir das mortes maternas podem ser categorizadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes obstétricas diretas resultam de complicações durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), derivadas de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores. As mortes indiretas resultam de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gravidez e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação.

Deste modo, a mortalidade materna está relacionada a uma série de doenças e intercorrências que podem ocorrer desde o pré-natal até o puerpério, como por exemplo os transtornos hipertensivos que levam a eclampsia, todavia um dos fatores que é apontado como uma das principais causas de morte materna é o aborto inseguro, que como outras causas de mortalidade, pode ser prevenido quando há um eficiente atendimento médico, contudo o aborto provocado acaba gerando maiores complicações devido à dificuldades de atendimento médico por questões morais e penais que envolvem a sua prática em muitos países, inclusive o Brasil.

Neste sentido, a atenção primária às mulheres em situação de risco de praticar o aborto inseguro deveria ser uma prioridade, com a provisão de aborto seguro e a humanização por parte dos profissionais de saúde. O Brasil, ao aderir a Declaração incluiu a seguinte meta, reforçando a ideia de efetivação do acesso a saúde de mulheres e meninas.

Apesar de toda a visibilidade trazida pelos Objetivos do Milênio, esta se trata de uma agenda internacional, mas não possui uma estratégia de concretização destas metas, motivo pelo qual é fundamental analisar como esta Declaração foi recepcionada pela legislação pátria e quais os meios/políticas utilizadas pelo governo para alcançar os fins ali apregoados.

Indo de encontro ao que prescreve os tratados internacionais referentes ao direito de livre decisão responsável no planejamento familiar, a Constituição Federal do Brasil de 1988 estabelece:

Artigo 226, § 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.

A Constituição, ainda prescreve, no seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o qual deve garantir políticas que objetivem o acesso universal e igualitário a saúde. Ao definir saúde, a Organização Mundial de Saúde afirma ser um estado completo de bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, devem ser amparadas todas as situações que impliquem algum desconforto ao ser humano independente de doença ou enfermidade. Deste modo, a Carta Magna recepciona por inteiro aquilo que fora pactuado na Cúpula do Milênio.

A regulamentação desta previsão constitucional veio por meio da Lei 9.263 de janeiro de 1996 que informou que o direito de planejamento familiar é de todo cidadão e definiu que a regulação da fecundidade deve ser conduzida por ações que garantam a igualdade, assim a limitação ou o aumento da prole caberão ao casal, ao homem ou a mulher. Apesar de o texto da lei trazer a palavra igualdade, sabemos que isto não condiz com a realidade e com as necessidades das meninas e mulheres, já que continuavam a se impor as decisões dos homens sobre o seu corpo.

Para efetivar este direito, a referida lei determina que o Sistema Único de Saúde de todos os níveis de governo deve incluir programas de assistência a concepção e contracepção para o pleno exercício do planejamento familiar por todos os meios de contracepção conhecidos cientificamente e que não coloquem em risco a saúde das pessoas.

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a “Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher”, que apresentou metas e melhorias da atenção obstétrica com vistas a manutenção dos avanços no campo dos direitos reprodutivos. Para ampliar a efetivação destes direitos foram realizados pactos visando a implantação de políticas públicas mais eficazes como: a Política

Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica.

Apesar da criação de tais políticas e diretrizes, em alguns casos elas não foram implementadas pelos Estados e Municípios. Este descompasso no Sistema Único de Saúde, reforça a urgência no enfrentamento de alguns desafios para a efetivação do direito de atenção integral à saúde da mulher.

Em 2000 durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2003) com o objetivo de aprimorar o atendimento o Ministério da Saúde, se instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (2000) que tem como objetivo conceder os direitos de cidadania através da melhoria de acesso cobertura e qualidade de acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, primando pela humanização destes atendimentos.

Durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2004-2008; 2009-2011) no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (2004) que recomenda a integralidade da promoção da saúde como princípio norteador, melhoria da assistência obstétrica, no planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência.

Em 2011, durante o mandato de Dilma Rouseff (2011-2013; 2014-2016), o Ministério da Saúde lançou o Programa Rede Cegonha com objetivo de garantir o atendimento integrado e de qualidade a todas as meninas e mulheres através do SUS, ratificando o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada e especializada durante todo o ciclo gravídico-puerperal e cuidados no nascimento, crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. O programa recebeu merecidas críticas por parte do movimento feminista brasileiro, pois tratava e discutia a saúde apenas do feto, deixando a mulher de lado, sendo representada apenas como uma “bolsa ou cegonha” que carregava o feto, desumanizando a ideia reprodutiva de que a mulher é quem traz os filhos ao mundo.

O programa também previa, a qualificação dos profissionais de saúde, bem como a criação de Casa da Gestante e a Casa do Bebê, e os Centros de Parto Normal, que contribuem para a saúde da mulher na concepção, contracepção e durante o ciclo gravídico-puerperal colaborando para o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do Milênio.

Cabe relembrar que as mudanças de governo no país por via eleitoral alteram o quadro de comprometimento político com a execução dos Objetivos a depender da mudança partidária ou assunção de poder por uma frente partidária mais conservadora ou não, o que ilustra algumas

situações em que as políticas de cooperação para o desenvolvimento podem mudar, dificultando com que o Estado alcance as metas no espaço de tempo proposto.

Em outra ponta, a legislação penal do Brasil criminaliza a indução ao aborto em qualquer estágio de gravidez, considerando não punível apenas os casos de aborto referentes a gravidez decorrente de violência sexual e quando houver risco de vida à gestante.

No Brasil, o Direito criminaliza a hipótese da ação dolosa de interrupção da situação gestacional da mulher de forma a resultar no óbito do feto, deste modo, o diploma legal está resguardando o direito à vida do feto desde o momento da concepção e optando pelo não reconhecimento dos direitos de liberdade reprodutiva das mulheres.

Por uma ponderação entre o direito à vida do feto e a integridade física da mulher gestante, o código estabeleceu o aborto legal em hipótese de estado de necessidade em que a gravidez gera riscos à vida da mulher.

Para Nucci (2013, p. 128), este aborto é definido como necessário, pois nem mesmo o direito à vida é absoluto devendo ser mitigado em circunstâncias excepcionais para preservar a vida da gestante. O código salvaguarda, ainda, a hipótese do aborto humanitário que em nome da dignidade da pessoa humana, concede o aborto legal para mulheres vítimas de violência sexual.

Posteriormente, o Supremo Tribunal Federal, em uma interpretação constitucional do Código Penal, ao analisar os casos de abortos de feto anencefálico, reconheceu não ser possível a tipificação da ação, pois o produto da gravidez não teria potencial de vida e, portanto, não haveria bem jurídico a ser tutelado pela seara penal. Essa interpretação na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, foi de suma importância para reascender na sociedade brasileira a contenda acerca da descriminalização de todas as formas de aborto.

Certo é que apesar da legislação ser repressiva, a ocorrência de abortos provocados não relatados ou clandestinos não tem diminuído. Esse problema tornou-se um caso de saúde pública, já que as mulheres, sem poder oficialmente decidir sobre o seu corpo, buscam meios alternativos para a realização do procedimento abortivo. Na maioria dos casos, esses procedimentos são inseguros com usos de ervas e remédios, choque, uso de instrumentos perfurantes, entre outros, e marcada pela falta de atenção médica, o que leva a esterilização ou até mortes evitáveis.

A regulamentação para tratar destes casos de aborto legal, que devem ser ofertados pelo Sistema Único de Saúde, ocorreu em 1999 através de uma Norma Técnica do Conselho Nacional de Saúde que determinava que o SUS regulamentasse o aborto nos casos permissivos no Brasil.

Em um estudo sobre o aborto no Brasil, a magistrada Maria Lúcia Karam (2009) avalia que a proibição de aborto significa para as mulheres mais abastardas um aumento no valor dos procedimentos médicos, tendo em vista a clandestinidade das clínicas, contudo para as mulheres com vulnerabilidade socioeconômicas, esta criminalização significa negar o direito previsto no artigo 6º da Constituição que garante o acesso a saúde.

Já Martins e Mendonça (2006) em um dossiê elaborado sobre o aborto argumentam o quanto a cultura de reprovação e humilhação perpetrada até por profissionais de saúde pode repelir a efetivação dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e meninas já que as mesmas são tratadas como criminosas e por isso elas preferem não procurar assistência médica ou esperar um tempo precioso para ir até o sistema de saúde.

É fundamental lembrar que a mortalidade materna é considerada um dos índices utilizados para indicar a qualidade da gestão de saúde de um Estado, refletindo a qualidade de assistência não só a saúde da mulher, mas a toda a sua população.

Nos números de pesquisas oficiais não conseguimos ter um número exato de mortes maternas no Brasil devido a diversos fatores como a baixa qualidade de preenchimento dos atestados de óbito, a falta de atendimento médico nas ocorrências na clandestinidade, o que faz com que tenhamos sempre números estimados (SOARES, 2012).

O DATASUS é o sistema do governo federal brasileiro responsável por conter informações objetivas referentes ao estado de saúde da população brasileira, diante dele é possível fazer uma análise mais aproximada dos fatores que atingem a saúde dos cidadãos. No caso de mortes maternas, as notificações ainda são imprecisas dificultando o acesso a um número real de casos, mas através do sistema DATASUS já é possível ter uma estimativa.

No ano de 2019, segundo o DATASUS (2020), a cada 100 internações de mulheres devido a procedimentos de abortamento, 99 se referem a abortos espontâneos ou indeterminados (possíveis consequências de um aborto provocado inseguro), apenas um caso se refere a aborto previsto por lei (sem levar em conta a quantidade de casos que não são notificados devido ao medo da criminalização e julgamento público). As complicações

decorrentes do aborto, sobremaneira o realizado de forma insegura, é a principal causa da mortalidade materna, afetando a meta número cinco da ODM.

O acompanhamento de dados da evolução da mortalidade materna no Brasil é feito através do cálculo de indicadores de mortalidade e do painel de Monitoramento de Óbito de Mulher em Idade Fértil. O índice é obtido com a contagem das mortes maternas obstétricas diretas e indiretas dividido pelo número de nascidos vivos multiplicados por mil, e é expresso por 100.000 nascidos vivos. Na impossibilidade de obtenção desse dado, utiliza-se por aproximação o número de nascidos vivos.

No Brasil, segundo o boletim Epidemiológico de 2020, entre os anos de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), e destes, 67% são decorrentes de causas obstetrícias diretas, como relatado acima, complicações obstétricas durante a gravidez parto ou puerpério. Destas, as causas obstetrícias diretas que mais se destacaram foram a hipertensão (8.186 óbitos), hemorragia (5.160 óbitos), infecção puerperal (2.624 óbitos) e aborto (1.896 óbitos). Ressalte-se que apesar de aborto está apartado em uma das categorias, em muitos dos casos anteriores como hemorragia e infecção, são decorrentes de um aborto inseguro, mas há uma grande dificuldade por parte dos profissionais de saúde em identificar os pacientes como oriundos de um induzimento a aborto ilegal e inseguro, tornando os dados obtidos pelo Ministério da Saúde obscuros.

O que torna mais chocante a situação é que, segundo a ONU, 92% das mortes acima relatadas são consideradas evitáveis quando há um bom e eficiente atendimento médico. Atualmente, o índice de mortalidade materna no Brasil está de 64,5 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, e este número muito acima do que o estabelecido na meta que é de 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

Em contrapartida, o Brasil reduziu a mortalidade materna de 1990 a 2017, em 55%. E este índice tende a aumentar a depender da região, como no Norte onde o índice é de 88.9 para cada 100 mil. No período entre 1996 a 2016, ocorreram 35.546 óbitos maternos. A Região Sudeste ocupou a primeira posição no país, com 12.686 casos. O Nordeste ficou na segunda posição, com 11.777 óbitos

Já em 2014, próximo ao fim do prazo referendado pelos objetivos do milênio, constatou-se uma evolução no atendimento materno, já que cerca de 99% das mulheres realizam pelo menos uma consulta do pré-natal, em 76% a primeira consulta ocorreu antes das 16 semanas e

73% passaram por seis ou mais consultas, mostrando que o país teve uma melhoria em garantir o direito de acesso a saúde das gestantes.

Em 2018, no Brasil a Região Norte ficou em último lugar na oferta de serviços para o pré-natal (51%) no país, seguido pelo Centro-oeste (48%), Nordeste (44%) e Sudeste (43%).

Cabe ressaltar que os dados obtidos do sistema de vigilância não são totalmente confiáveis devido à baixa qualidade dos registros nos sistemas de informação em saúde. Ademais, o Nordeste é a Região com maior subnotificação de casos do país, o que pode comprometer a fidedignidade das análises de qualquer estudo referente a esta região. Assim, o Nordeste, no triênio 2009-2011 (período de execução dos ODM) teve índice de morte materna de 80,8 por 100 mil NV, superior à média nacional; e possivelmente, ainda maior, devido ao subregistro.

No estado do Piauí, base para este trabalho, no que se refere à mortalidade materna no ano de 2009, o Superprojeto Estadual do QualiSUS Rede apresentado no Piauí exibiu que a RMM gira em torno de 80,8/100 mil nascidos vivos, enquanto que na região Nordeste é de 72,1/100 mil nascidos vivos e no Brasil é de 63,5/100 mil nascidos vivos (SESAPI, 2012).

Segundo o DATASUS, de 2011 a 2018, o Piauí reduziu a mortalidade materna em 15%, caindo de 84,55 mortes para cada 100 mil nascidos para 72,03. No último compilado de dados do sistema, em 2018, 35 mulheres por cem mil habitantes morreram no estado do Piauí em decorrência de complicações na gravidez e o índice de mortalidade materna no estado é de 72 para 100 mil bebês nascidos vivos, possuindo, assim, um índice superior à média nacional.

O Piauí segue a tendência nacional ao ter como a primeira causa de morte materna a hipertensão e a quarta causa, aborto. Cabe observar que em virtude da dificuldade de identificação e da criminalização do aborto, a quarta causa de morte se dilui nas demais causas já que mesmo tendo relação com o aborto, os atestados de óbitos são preenchidos com outras causas, fazendo com o que número de mortes por aborto seja subnotificado, como citamos acima.

Segundo o Relatório de Mortalidade Materna do estado do Piauí, no período de 2010 a 2019, 44,8% dos óbitos maternos ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos, seguido de 30,4% na faixa etária de 30 a 39 anos. Já com relação ao número de consultas, sobre 41,1% das mulheres que foram a óbito não havia informação sobre o número de consultas de pré-natal realizadas, 21,8% fizeram quatro a seis consultas e 18,4% 7 e mais consultas. Quanto a

escolaridade, 25% das mulheres que foram a óbito tiveram de quatro a sete anos de estudo e 26% delas não há registro.

Os dados demonstram que ainda que tenha encerrado o prazo previsto para o cumprimento da meta acima identificada nos Objetivos do Milênio, ainda há um grave problema de saúde pública instaurado no país e que atinge de maneira desigual as regiões brasileiras, possuindo maior prevalência em mulheres de classes sociais menos abastardas.

Estes dados subnotificados referentes a complicações decorrentes de induzimento ao aborto através de práticas inseguras são inseridos como mortes maternas sem menção direta ao aborto provocado, causando um óbice a evolução das políticas públicas desta matéria, já que não há dados confiáveis que possam abalizar estes planejamentos do governo na saúde pública.

A manutenção deste elevado número de mortes maternas, mesmo em termos de números estimados, faz com o que o país tenha enfrentado sérios problemas para cumprir a meta do Milênio de acesso à saúde, o que coloca o país em uma situação complicada no âmbito internacional.

Ademais, também é importante dar atenção aos aspectos da saúde mental das mulheres e meninas que sofrem aborto, já que a maternidade é supervalorizada em nossa sociedade como sinônimo de feminilidade e identificação do papel da mulher. Há de se ter em conta que as condições socioeconômicas também afetam a saúde mental destas mulheres já que afetam distintamente as mulheres que sofrem aborto de acordo com seu status socioeconômico.

As posições contrárias ao aborto provocado sempre levantam questões de cunho moral e religioso para repudiar as práticas abortivas, causando um contexto sociomoral de condenação ao aborto e isto implica do ponto de vista da saúde mental instabilidade emocional, depressão e até suicídio. Nesse sentido, a literatura retrata que existem evidências de que uma gravidez não desejada levada a termo é um importante fator de risco nos quadros de depressão pós-parto e psicose puerperal, bem como são registrados casos de suicídio entre mulheres que se descobrem grávidas e que por não terem acesso ao aborto, preferem pôr fim à própria vida (VALONGUEIRO, 2007).

Em contrapartida, existe um consenso na literatura de que não há sérios ou evidentes impactos do aborto na saúde mental das mulheres a médio e longo prazo, até porque se hoje vivemos uma epidemia de abortos provocados restaria evidente que também teríamos uma

epidemia de mulheres apresentando distúrbios mentais em função do aborto provocado, mas não é o que ocorre (KOOP, 1989, *apud* COHEN, 20006).

As mulheres que não tem condições socioeconômicas para serem atendidas com segurança em clínicas clandestinas, ficam à mercê no serviço público de saúde, de que os servidores que lhe atendem o façam de forma ética respeitosa em face da decisão dela. Assim, para além dos danos físicos que podem resultar da indução ao aborto, também restam sequelas psicológicas que merecem atenção e tratamento por parte do sistema de saúde dos Estados através de um atendimento humanizado que não culpabilize, não julgue e não penalize a mulher.

Ademais, apesar de o atendimento a mulheres e meninas com abortamento incompleto (independente se espontâneo ou provocada) ser um atendimento corriqueiro nos serviços de saúde, ainda não há facilidade de acesso à formação para todos os profissionais de saúde, e capacitação na seara do respeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres.

O Ministério da Saúde editou um protocolo, em 2005, com recomendações para atendimento humanizado de mulheres em situação de abortamento para que as mesmas não sejam julgadas ou constrangidas no momento em que procuram assistência médica na saúde pública, porém nem sempre este protocolo é respeitado.

Essa norma técnica determina que deve existir um serviço de referência para que a paciente seja atendida, de preferência por uma equipe multidisciplinar composta por médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, caso não seja possível a equipe, que o profissional médico seja disponível a escuta para minorar situações dolorosas do ponto de vista emocional.

Porém, o que ocorre é que até mesmo os hospitais que estariam credenciados para o atendimento nos casos de aborto legal, não o realizam ou quando o fazem é sem qualquer divulgação do atendimento disponível já que muitas vezes há falta de treinamento, de material ou estrutura física para tanto, além de esbarar na falta de interesse dos gestores de saúde, além do contexto de criminalidade e os arraigados valores religiosos que levam a objeção de consciência¹⁰ por parte do médico. (GALLI *et al*, 2006).

Galli, *et al.*(2006) indica que o uso da objeção de consciência ocorre através da recusa de realizar o atendimento ao aborto legal ou de forma implícita por meio da demora ou negligência na atendimento ao aborto inseguros. Os autores, ainda, relatam o caso de

¹⁰ O Código de Ética Médica informa que os profissionais podem recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

profissionais de saúde que restringem o direito da mulher de abortar, ao dificultar o acesso ao atendimento ou sugestionam a mulher a desistir da interrupção.

Esta objeção é gerada a partir de um sério conflito entre a moral individual do profissional de saúde (e que por muitas vezes é induzida pelo sistema patriarcal) e de outro lado o direito individual da mulher de receber atendimento adequado. A Portaria 1.508/2005, do Ministério da Saúde, regulamenta a assistência ao aborto legal no âmbito do SUS, por meio do atendimento de uma equipe multiprofissional, mas também deixa amparada ao profissional a objeção de consciência para recusa ao atendimento. Entretanto esta recusa tem limites, o profissional não pode alegar desconfiança quanto a veracidade da narrativa do estupro apresentada pela mulher, não cabe a equipe o julgamento da genuinidade do discurso da paciente. Também não pode ser utilizada a objeção se existir risco de morte, se não houver outro médico ou se a omissão médica causar danos à mulher, mas casos concretos mostram o descumprimento desses critérios normativos.

Cabe ressaltar que os médicos possuem o monopólio da prática do aborto, segundo o Código Penal vigente no Brasil, então a sua recusa, no entender de Savulescu (2006) em assistir uma mulher em um serviço de referência para o aborto legal pode significar obstrução definitiva do direito da mulher à saúde, caso não haja como substituir imediatamente esse profissional, e como o atendimento de aborto legal deve ocorrer por meio do SUS, o entendimento é de que os profissionais que trabalhem em um centro de atendimento a aborto legal não tenham objeção de consciência integral.

Em outras palavras, ainda que o caso se enquadre como uma das hipóteses autorizadas pela legislação penal e que seja direito da mulher receber o atendimento médico para a realização do procedimento, ainda assim, estas mulheres encontram serias dificuldades de todas as ordens para que o seu direito de acesso a saúde reprodutiva seja consumado.

Cabe ressaltar, mais uma vez, que estes protocolos até aqui apresentados referem-se a regulamentação de atendimento das mulheres e meninas nos casos de aborto legal, ou seja, quando a gravidez é resultante de violência sexual ou há risco à saúde da genitora. Se nestes casos, onde há amparo legal, as mulheres encontram grandes obstáculos para poder receber atendimento adequado, o que falar em relação aos demais casos? Só resta a indução ao aborto com um método inseguro.

Em estudo realizado pelo Cunnã Coletivo Feminista (RABAY e SOARES, 2008) verificou-se que existe um tratamento diferenciado, por parte dos profissionais de saúde, entre

as mulheres em processo de abortamento e as parturientes, com marginalização das mulheres que chegam abortando, levando-as a enfrentar uma sequência de desrespeitos aos seus direitos mais básicos. Dentre as violações institucionais está a espera pelo atendimento, a falta de privacidade das usuárias, os constrangimentos perante a equipe e terceiros. Por isso, as usuárias convivem, além do medo da denúncia e da violência institucional; temem o julgamento alheio, principalmente porque em sua maioria são pertencentes a alguma dominação religiosa que abomina tais práticas, assim todo este processo torna-se um verdadeiro martírio.

Políticas públicas voltadas para direitos reprodutivos e sexuais servem para efetivação da justiça social, e para tanto, elas têm de ser formuladas e executadas observando as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual.

Estes direitos devem constar como áreas específicas da política geral de saúde pública. Gravidez, parto, puerpério, aleitamento materno, concepção, contracepção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e violência sexual são questões elementares para a política de saúde. Sem mencionar os casos de violência obstétrica que acontecem no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas. Diante disso, o poder público deve assegurar os meios de promover bem-estar, de prevenir, contra morbi-mortalidade e de assegurar tratamentos e curas necessárias. Esse bem-estar diz respeito ao estado de saúde física e mental.

Uma política pública de saúde empenhada na promoção integral e universal dos direitos reprodutivos e sexuais representará uma conquista política para democracia e principalmente uma mudança de paradigma na moral conservadora oriunda do patriarcado e um avanço em direção a igualdade material entre homens e mulheres.

3. EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA REGIÃO SUL DO PIAUÍ

3.1 Da Metodologia na Análise dos Casos de Aborto em Mulheres e Meninas no Hospital Regional Tibério Nunes na Cidade de Floriano-PI

No Brasil, meninas e mulheres sem amparo legal e assistência pública à saúde, utilizam métodos inseguros para a realização da indução ao aborto fora das hipóteses permitidas por lei. E estes métodos, por não serem adequados e nem assistidos por profissionais capacitados podem causar sérias sequelas às mulheres, e em casos em que não há feridas corporais, restam sequelas psicológicas e sociais.

Por isso é importante, para a compreensão do que ocorre no corpo feminino, que o pesquisador antes de ir em campo coletar dados, se proponha a reconhecer e identificar as formas de expulsão do feto do útero feminino.

Além do aborto espontâneo que pode ocorrer em decorrência de variadas doenças ou problemas de desenvolvimento do feto ou do corpo da mãe, queremos nos centrar em verificar as formas de aborto provocado.

Outro meio de aborto, é o medicamentoso, pois através da ingestão de medicamentos como o Cytotec e RU 486, comprados de forma ilegal, ocorre a indução a contrações até o corpo materno expulsar o feto. O cytotec que contém a substância misoprostol é o método de indução ao aborto mais utilizado no Brasil, com maior relevância para Nordeste e Sudeste (DINIZ; CORRÊA, 2008).

Já o misoprostol é indicado pela Organização Mundial de Saúde desde 2011, assim como o Ministério da Saúde já a indicou como medicamento necessário a realização de atendimento de mulheres em situação de aborto, entretanto, por meio da portaria 344/2011, foi colocado o misoprostol na lista de substancias controladas por fiscalização da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e Polícia Federal, essa burocracia de acesso ao medicamento leva a sua escassez no SUS e atendimento deficiente das pacientes.

Há o método mecânico de aborto em que são utilizados instrumentos que provocam ações violentas, com a introdução de objetos pontiagudos como agulha de crochê, duchas de

alta pressão, choques físicos, geralmente realizados pela mulher sem acompanhamento profissional, o que gera riscos a sua saúde.

Já a curetagem é um procedimento cirúrgico, realizado em hospital quando se trata de aborto legal; ou ainda, em clínicas clandestinas, em que o médico introduz uma peça de metal, chamada cureta, através da vagina da mulher até chegar ao útero. Dessa forma, faz-se uma raspagem das paredes do colo do útero por dentro para retirar qualquer material que ainda esteja presente após o aborto, é um método rápido e em até 24 horas a paciente recebe alta médica, raramente apresentando complicações, inclusive no Hospital regional Tibério Nunes em Florianópolis, este é o procedimento mais utilizado para completar o aborto (DINIZ e MEDEIROS, 2012).

Há ainda o método cirúrgico que ocorre por meio de curetagem ou microcesariana, é o método mais comum nos hospitais que realizam atendimento a mulheres e meninas em situação de abortamento. A primeira trata-se de uma dilatação cervical para efetuar a raspagem do revestimento uterino, retirando o produto da gravidez. Este procedimento pode causar hemorragia, perfuração da parede uterina ou até esterilidade se houver muita redução de tecido uterino. Já o segundo método, microcesariana, ocorre quando há um estágio avançado da gravidez e se assemelha a cesariana (DINIZ e MEDEIROS, 2012).

O AMIU (aspiração manual intrauterina) é um procedimento mais atual e consiste na introdução de uma cânula no útero da mulher, ligada a um tipo de seringa controlada pelo médico, para aspirar a vácuo, é o mais eficaz na ocorrência do aborto e mais seguro, é atualmente o procedimento recomendado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil, porque está associado à uma menor permanência hospitalar e menor incidência de complicações. Além disso, associa-se também à uma menor necessidade de uso de recursos para o controle da dor. Porém, o custo para realização do AMIU é maior, pois necessita do uso do “Kit AMIU”, que é descartável, enquanto a curetagem é feita com material do hospital que pode ser reutilizado, desde que seja esterilizado (DINIZ e MEDEIROS, 2012).

A aspiração manual a vácuo consiste na aspiração do útero através de uma seringa de vácuo através de uma técnica simplificada para esvaziamento uterino por sucção, e, que, portanto, tem menores taxas de complicações do que a curetagem por ser um pouco menos evasiva (LUKMAN e POGHARIAN, 1996).

O que podemos perceber desta apertada descrição dos métodos de indução ao aborto é que os abortos induzidos quando feitos por profissionais de saúde preparados e humanizados o processo torna-se mais seguro e efetivo para a mulher. Deste pequeno apanhado, se observa o quanto é urgente que esta matéria seja tratada pelo viés da garantia de acesso à saúde.

Ressalte-se que uma em cada cinco mulheres na faixa dos 40 anos já realizaram aborto, sendo esta a 4º causa de mortes maternas, segundo a Pesquisa Nacional de Aborto de 2016, entretanto é preciso analisar os casos referentes a meninas (referindo-se a uma faixa etária entre 12 e 24 anos) (já que a Pesquisa Nacional de Aborto incluiu a população de mulheres de 18 a 39 anos, excluindo meninas) que também tem direito de acesso a saúde e que possuem maior vulnerabilidade do que as mulheres da faixa etária do estudo informado acima.

A Organização Mundial de Saúde estimou em 2018 que 290 mil mulheres morrem todos os anos em todo o mundo devido a complicações na gravidez e este risco aumenta em países da África Subsaariana.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a cada ano ocorrem no mundo cerca de 40 a 50 milhões de aborto, ou seja, são 125 mil abortos por dia e que 22 milhões destes abortos ocorrem sem as medidas de segurança a mulher e levam 47 mil a óbito, e estes números podem ser ainda maiores, portanto estamos lidando com um sério problema de saúde pública relacionada a saúde da mulher a qual não pode ser ignorada ou negligenciada.

A morte materna no Brasil em decorrência de aborto é a quarta causa, como informada acima, sendo uma causa evitável se fosse disponibilizado às pacientes um atendimento adequado e livre de questionamentos e julgamentos morais sobre o corpo da mulher.

Deste modo, o direito à saúde resultaria na viabilização de condições e métodos adequados para a realização do aborto de uma forma segura e menos traumática possível para a mulher e por isso se torna um direito fundamental a ser exigido do Estado.

De posse destas informações até aqui apresentadas por meio de estudo bibliográfico, o trabalho pode avançar para a análise da metodologia adotada para levantamento de dados que possam contribuir com a discussão da temática.

Primeiramente, cabe ressaltar que esta pesquisa se iniciou da observação empírica, por meio de matérias jornalísticas que relatavam que o estado do Piauí, estado de residência da pesquisadora, possui uma das três maiores taxas de mortalidade materna de todo país. Enquanto a média nacional em 2016 ficou de 64 óbitos maternos por cem mil habitantes, no Piauí, a média

foi de 108 óbitos, um número bastante elevado tendo em vista que a população, segundo dados do IBGE de 2016, que é de um pouco mais de 3 milhões de habitantes. Ressaltando que entre 2017 e 2018, a média nacional passou de 64,5 para 59,1, respectivamente.

Cabe renovar a mensuração dos dados do sistema DATASUS (2019) do estado do Piauí que dão conta de que entre os anos de 2011 a 2018 houve uma redução da mortalidade materna em 15%, caindo de 84,55 mortes para cada 100 mil nascidos para 72,03. No último compilado de dados do sistema, em 2018, 35 mulheres morreram no estado do Piauí em decorrência de complicações na gravidez e o índice de mortalidade materna no estado é de 72 para 100 mil bebês nascidos vivos, possuindo, ainda assim, um índice superior à média nacional (DATASUS, 2019).

As principais causas de óbitos maternos apurados no Piauí entre 2006 e 2018 são hemorragias (15,9%), eclampsia (15,1%), infecções puerperais (8,4%) transtornos hipertensivos (7,3%), e complicações de aborto (6,9%). Sendo que a eclampsia e transtornos hipertensivos se somam, e assim como o Brasil, o aborto é a quarta causa de morte materna no Piauí demonstrando a urgência na evolução legal do tema e na efetivação do acesso a saúde.

Tais índices são atribuídos pelo DATASUS a falta de estrutura hospitalar e recursos destinados à saúde, além do fator socioeconômico que permeia a falta de informações sobre direitos das cidadãs, pois desta taxa, assim como a média mundial, 92% dos casos são de mortes, que poderiam não ocorrer caso fosse realizado um pronto atendimento humanizado de saúde.

De posse dessas informações, chega-se à conclusão de que o estado do Piauí pode ser identificado como um local propício para a investigação da temática a que este estudo aborda, pois, a sua amostragem populacional reflete o que vem ocorrendo a nível nacional em relação aos problemas de aborto inseguro.

Uma das ações adotadas pela Secretaria de Saúde do estado do Piauí para garantir uma gravidez e um pós-parto com atendimento de saúde com qualidade foi a construção de unidades da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, que fazem parte do programa federal Rede Cegonha em cidades polos de saúde do estado.

A implantação da Rede Cegonha no estado do Piauí ocorreu em 2011, por meio de uma política do Ministério da Saúde, sendo fundamental para o avanço no acesso a saúde. Aliás, a Rede Cegonha é uma iniciativa do governo federal para implementar uma rede articulada de cuidados que assegure à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada

à gravidez, parto e ao puerpério, justamente os períodos que requerem maior atenção devido a vulnerabilidade da saúde da mulher, apesar de todas as críticas do movimento feminista brasileiro ao programa, já anteriormente relatadas neste trabalho.

A Rede Cegonha implantou um modelo de atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses, possibilitando a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade desde o pré-natal. Esta ação do Ministério da Saúde nasceu justamente a partir dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio como uma das estratégias do governo brasileiro para melhorar a saúde das gestantes e alcançar a meta de redução da mortalidade materna, objeto do nosso estudo.

Nestas casas são acolhidas mulheres grávidas com complicações gestacionais de médio e alto risco, mas que não necessitam ficar internadas em hospitais. Neste local, as mulheres recebem os cuidados de uma equipe multidisciplinar formada por enfermeira, técnico de enfermagem, segurança policial, motorista e médico de sobreaviso, que presta a atenção necessária durante 24 horas.

Além da atenção com a gestante, os recém-nascidos que necessitam de uma assistência aprimorada também recebem atendimento na Casa da Gestante. Atualmente, existem unidades da Casa da Gestante no estado do Piauí apenas nas cidades de Parnaíba, Teresina e Floriano.

Com estes dados, percebe-se que assim como o país, o estado do Piauí recebeu a meta número cinco dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e tentou avançar nos indicadores estabelecidos pela ONU através da implementação de políticas públicas controversas como a Casa da Gestante.

Porém, com o objetivo de restringir mais a pesquisa, o âmbito de atuação dela se desenvolverá apenas em uma das cidades do estado, qual seja Floriano que é uma das poucas cidades a receber melhorias na atenção de saúde das gestantes com a implantação destas casas de acolhimento, e cidade de residência desta pesquisadora.

A cidade de Floriano, localizada no estado do Piauí, está distante a 240 km da capital do estado, Teresina, possui uma população de aproximadamente 60 mil habitantes. O município pertence à zona fisiográfica do médio Rio Parnaíba, estando na sua margem direita, na região centro-oeste do Piauí, é zona limítrofe para início da região sul do estado (Senso Demográfico, IBGE, 2010)

Na cidade de Floriano fica localizado o Hospital Público Regional Tibério Nunes que é o gestor desta Casa da Gestante, assim como é o local de atendimento de saúde de urgência e emergência nos mais diversos problemas de saúde, bem como no atendimento de complicações decorrentes da gravidez. Ademais, esta cidade foi escolhida para a presente pesquisa por ser a residência da pesquisadora, facilitando o desenvolver da pesquisa e o seu acesso aos locais de coleta de dados.

O Hospital Público Regional Tibério Nunes proporciona assistência à saúde em nível ambulatorial e hospitalar, que compreende cuidados de prevenção, de tratamento e recuperação, de natureza clínica e/ou cirúrgica, serviços complementares de diagnósticos e tratamento, nas mais diversas especialidades médicas.

Este Hospital, ainda que localizado em uma cidade de pequeno porte, pode apresentar uma variada gama populacional que beneficiou este estudo pois o mesmo atende a macrorregião do sul do estado do Piauí assim como atende a população de parte do Maranhão e Tocantins, incluindo a população rural e urbana dessa cidade e de regiões vizinhas, ou seja, está à disposição de uma população de aproximadamente 200.000 mil habitantes (IBGE, 2010).

Este estudo é epidemiológico, retrospectivo e transversal, cuja população a ser investigada foi constituída por meninas e mulheres em situação de abortamento que foram atendidas no Hospital Regional Tibério Nunes da cidade de Floriano-PI no ano de 2020. A coleta de dados foi realizada utilizando dados secundários oriundos dos prontuários destas meninas e mulheres.

Foi definido, desde a formulação do projeto de pesquisa que o objetivo primordial deste trabalho seria analisar a partir das ações públicas de saúde se as metas dos objetivos entabulados na Declaração do Milênio foram implementadas na assistência universal à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e meninas que sofrem aborto no Hospital Regional de Floriano – PI.

Para tanto foi estruturado um formulário de pesquisa que foi preenchido com os dados obtidos em 60 (sessenta) prontuários de pacientes, com identificação dos sujeitos do estudo como grau de escolaridade, estado civil, cor da pele e posteriormente coletar e observar dados de como se desenvolveu o atendimento médico concedido a paciente, se foi possível identificar se tratava-se de um aborto espontâneo ou provocado, se a gravidez foi planejada ou não, se foi realizado acompanhamento de pré-natal ou não, se houve sequelas a saúde em virtude do aborto, quais os métodos utilizados no atendimento, se foram tomadas medidas legais em caso de constatação de aborto ilegal.

A pesquisa por obedecer às Normas de Pesquisas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, teve seu projeto de pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil, apreciado e aprovado em 27 de fevereiro de 2021, parecer número 4.564.018.

Destaca-se que o Termo de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado ao CEP e ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Hospital regional Tibério Nunes, no qual foi assumido o compromisso de preservar a privacidade e manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários das pacientes do hospital, bem como a privacidade de seus conteúdos. Neste termo, também foi assumido, por parte da pesquisadora, a responsabilidade de que todas as informações seriam utilizadas exclusivamente para execução do presente projeto, e a divulgação destas somente seriam realizadas de forma anônima. Diante disso, o diretor geral do hospital e a coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Hospital Regional Tibério Nunes concederam o termo de anuência para a pesquisa.

Os prontuários das pacientes que constituem o grupo populacional do estudo de 301 (trezentos e um) casos foram levantados na sede do Hospital Público escolhido, no seu setor de comissão de revisão de prontuário e selecionados apenas os casos em que seja identificado o atendimento obstetrício em casos de abortamento.

A pesquisa em campo realizou-se de 01 a 12 de março de 2021, logo após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no qual a pesquisadora se dirigiu até o setor administrativo de arquivo do hospital público para levantamento dos dados.

A direção do hospital informou a ocorrência de 301 (trezentos e um) atendimentos relacionados a aborto espontâneo ou induzido ocorridos no ano de 2020 e que estes prontuários já estavam arquivados no setor administrativo de comissão de revisão de prontuário. Cabe mencionar a dificuldade no levantamento de dados, devido à falta de um método no arquivamento dos prontuários dos pacientes no referido setor já que não há uma etiquetagem por especialidade médica, data de atendimento, método geográfico ou método alfabético. Deste modo, todas os prontuários de todos os pacientes de todas as especialidades médicas atendidos em 2020 ficam guardados em quatro salas, seguindo apenas uma ordem numérica dos prontuários.

A ausência de um método arquivista dificultou a coleta de dados desta pesquisa, já que se restringia a apenas atendimentos relacionados a aborto no ano de 2020, sendo necessário analisar e processar cada caixa constante nas quatro salas, já que os prontuários destas pacientes alvo da pesquisa estavam misturados com atendimentos de outras especialidades médicas. Diante disso, entendemos pela necessidade de inclusão de um profissional arquivologista no referido setor de modo a que o hospital possa otimizar o trabalho na saúde.

É importante destacar, ainda, as condições ambientais e sociológicas em que foram realizadas esta pesquisa, pois desde março de 2020, o Brasil, assim como outros países no mundo, passou a enfrentar uma séria crise sanitária causada pelo vírus SARS-COV, que tem uma alta transmissibilidade por meio de gotículas oriundas de espirros, fala, tosse e que causa uma síndrome respiratória aguda grave podendo levar a óbito. Diante dessa doença, foi iniciado a estratégia de isolamento social, e muitos setores da economia nacional foram fechados e determinado o isolamento social das pessoas.

Assim, diante da situação causada pelo Corona vírus, durante a pesquisa, apesar de se realizar apenas em um setor administrativo do hospital, havia um risco a integridade física desta pesquisadora e consequentemente a integridade física de sua família, por isso foram adotados procedimentos de higiene pessoal como o uso de máscaras cirúrgicas, luvas de procedimento, e limpeza de todos os itens utilizados com álcool 70°. Como já relatado acima, a pesquisa foi realizada de 01 a 12 de março de 2021, período em que o estado do Piauí estava na fase verde em relação a disseminação da COVID-19.

Como apontado, a direção do hospital informou a existência de 301 (trezentos e um) atendimentos referentes a aborto no ano de 2020, sendo a intenção da pesquisadora de realizar o levantamento de dados de 50% (cinquenta por cento) destes prontuários de pacientes, contudo, ao final da segunda semana da pesquisa, o estado do Piauí passou para a fase vermelha no contágio do Corona Vírus necessitando de medidas sanitárias ainda mais restritivas e impedindo o acesso da pesquisadora ao hospital, até mesmo ao seu setor administrativo.

Diante da ausência de um método arquivista e do curto espaço de tempo para levantamento de dados devido o aumento de casos de COVID-19 no estado do Piauí, conseguimos coletar dados de 60 (sessenta) prontuários de pacientes atendidas em 2020 relacionados a aborto.

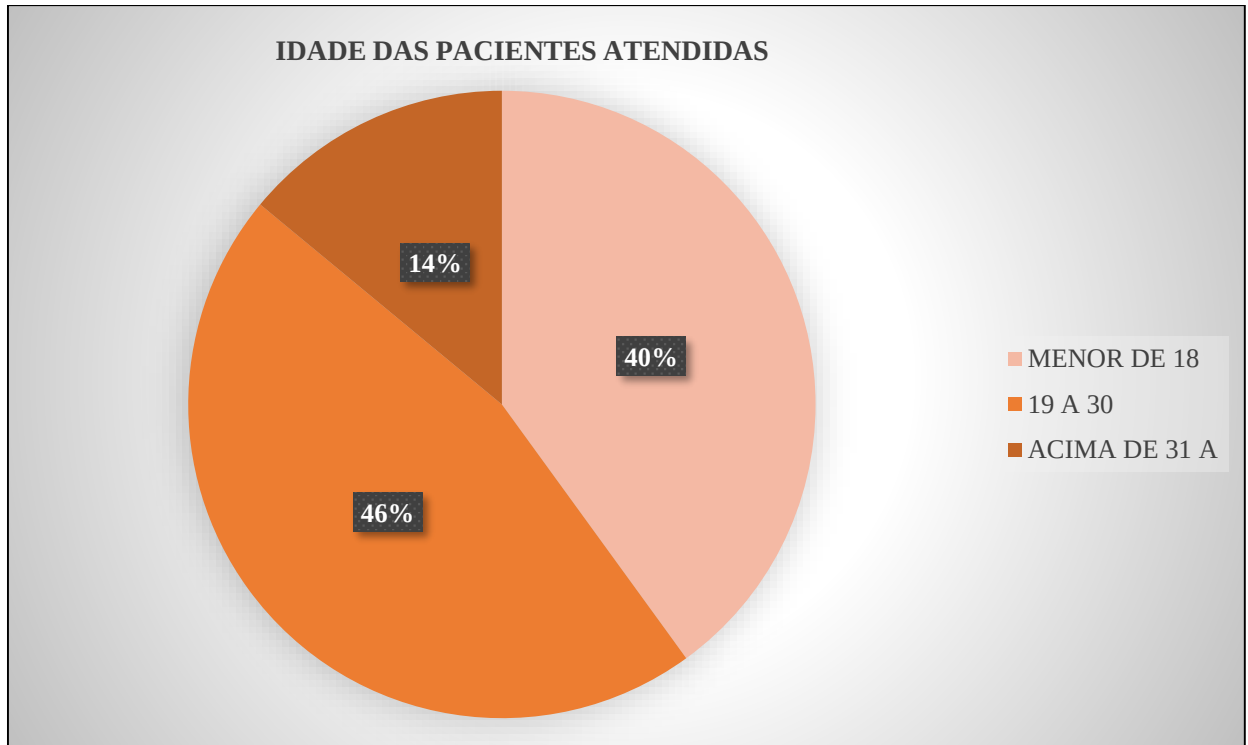
Pois bem, os prontuários utilizados pela equipe de enfermagem do hospital em estudo são previamente elaborados e contém questões essenciais como identificação de nome, idade,

estado civil, escolaridade, religião, cidade de origem (já que se trata de um hospital de referência para a região sul do estado), antecedentes de saúde de familiares e pessoais, informações sobre a gestação, pré-natal, como atesta um dos formulários de histórico de enfermagem fornecido pelo hospital em anexo. Contém ainda informações sobre a gravidez ser planejada ou não, ter realizado pré-natal e se o aborto ocorrido foi espontâneo, provocado ou se não é possível determinar.

Partiremos a análise dos dados pela identificação da população estudada que foi entabulada em planilha no aplicativo Excel para proporcionar a interação entre os dados. Assim, dentre os 60 prontuários de mulheres e meninas atendidas no hospital pesquisado o que corresponde a um universo de aproximadamente 20% (vinte por cento) do total de atendimentos referentes a aborto no ano de 2020, destes, 40% (quarenta por cento) correspondem a prontuários de meninas de até 18 anos, e 46% de mulheres entre 19 e 30 anos e 14% a atendimentos de mulheres com mais de 31 anos.

O gráfico 1 abaixo delimita de forma bastante clara, o quanto ainda há uma incidência de gravidezes na adolescência já que o número atinge quase metade dos atendimentos de aborto de 2020 pesquisados.

Gráfico 1 - Distribuição da idade das pacientes atendidas no ano de 2020 pesquisadas no Hospital Regional Tibério Nunes



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A gravidez precoce em meninas está associada a complicações na gestação, parto e puerpério. Além das reverberações psicossociais, posto que as novas responsabilidades assumidas como cuidar de uma família, reduz a possibilidade de conclusão dos estudos e por consequência, a oportunidade de um trabalho mais bem qualificado e remunerado é reduzido (DIAS, 2010).

Estudos realizados, inclusive no estado do Piauí, que analisam a gravidez na adolescência demonstram maior reincidência de gravidez até dois anos após o término de uma gestação na adolescência, e que na maioria dos casos, estas adolescentes apresentavam total dependência financeira, renda familiar de até um salário-mínimo, aborto prévio e baixa escolaridade (NERY et al, 2015).

Segundo relatório de 2017 da Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO, 2017), entre 2010 e 2015 a média brasileira foi de 68,4 bebês nascidos de mães adolescentes a cada mil meninas de 15 a 19 anos de idade. A média latino-americana, é de 66,5 bebês nascidos de mães adolescentes a cada mil meninas de 15 a 19 anos, é considerada a segunda maior do planeta, atrás apenas da média da África Subsaariana. A média mundial, por sua vez, é de apenas 46 nascimentos a cada mil.

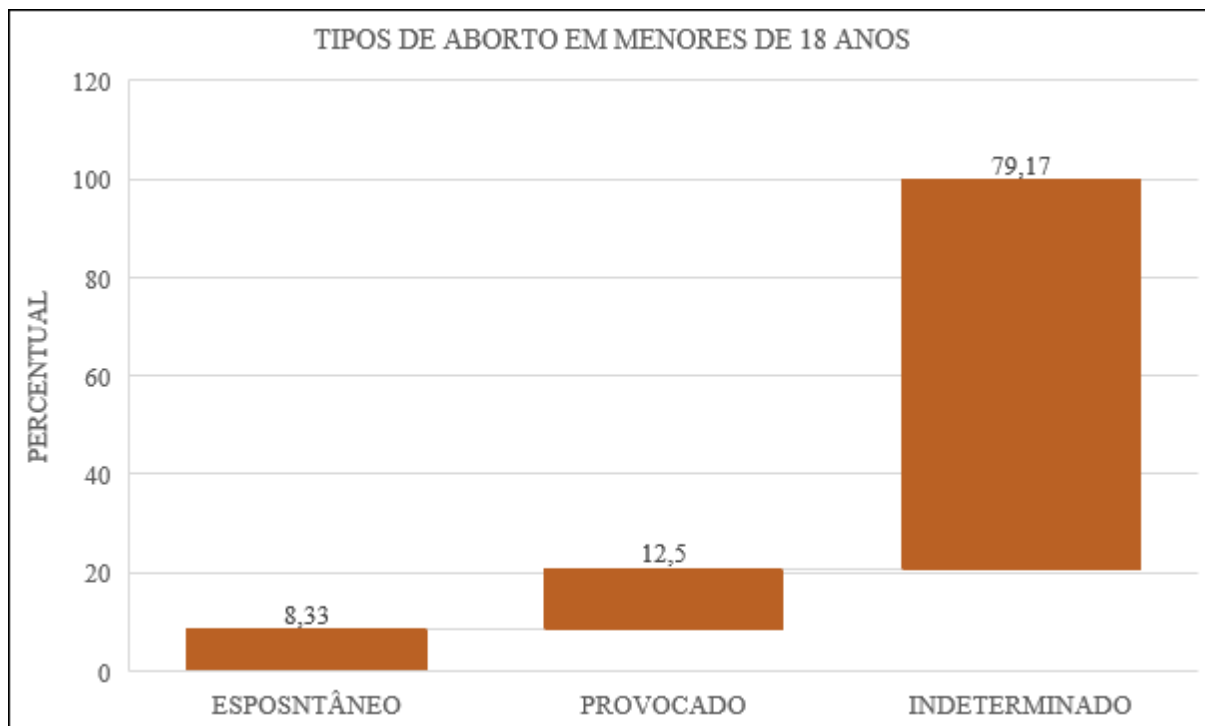
A taxa de gravidez precoce no Brasil, apesar de ainda ser significativa, vem reduzindo ao longo dos anos, porém ainda é superior à taxa mundial e até mesmo a taxa latino-americana, o que mostra que ainda há um longo caminho a ser percorrido na tratativa do assunto e das políticas públicas direcionadas a este público.

Os aspectos econômicos e culturais ajudam a compreender o comportamento reprodutivo das populações. Assim, ao realizar uma análise regional, o Norte e Nordeste apresentam taxas maiores que a nacional, enquanto Centro-Oeste, Sudeste e Sul permanecem abaixo dessa média. A região Norte apresenta a taxa mais elevada (21,03%) do Brasil, representando pouco menos que o dobro da região Sul, a região com o menor índice no país (12,10%) (DATASUS, 2019).

A gravidez precoce e não planejada é apenas um fato, em uma sucessão de situações adversas que acontecem na vida destas meninas, demonstrando a necessidade de políticas públicas destinadas a não só a atender as questões sexuais e reprodutivas da população jovem exposta aos riscos resultantes da prática sexual desprotegida, como também estender ações a sua família, escola e comunidade. A elaboração e implementação de tais políticas podem reduzir os indicadores de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis entre estas meninas (DINIS e MEDEIROS, 2012).

Prosseguindo na análise dos dados, encontrou-se que no caso das meninas menores de 18 anos (24 pacientes) conforme o gráfico 2 abaixo, observou-se que 79,16% dos casos relatados o aborto era identificado como indeterminado pela equipe de enfermagem, ou seja, não foi possível determinar se o aborto atendido se tratava de aborto espontâneo ou provocado, enquanto que a média geral da pesquisa (envolvendo todas as demais idades) os abortos de causa indeterminada correspondem a 53,33%, na faixa etária das meninas menores de idade o número de casos de aborto não identificados pela equipe é bem maior.

Gráfico 2 - Delimitação do tipos de aborto identificados na pesquisa em meninas menores de 18 anos de idade

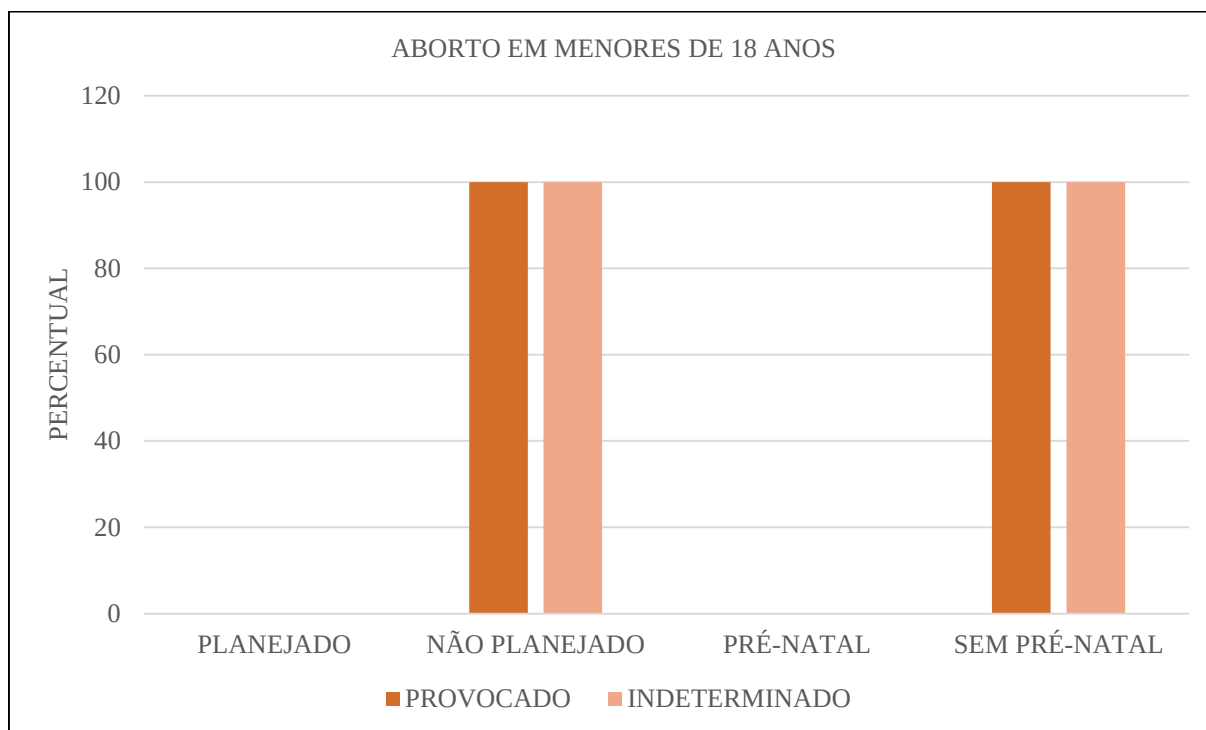


Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Neste momento devemos trazer à tona a responsabilidade ética da equipe de enfermagem ao registrar os dados nos prontuários, já que são a base para todo o atendimento do paciente, contudo a equipe do hospital estudado informa evitar identificar no prontuário casos de aborto provocado, optando por marcar a opção de aborto indeterminado, fazendo justificar os números elevados de abortos de causa indeterminada obtidos na coleta dos dados. Esta opção da equipe, se traveste na verdade em um desejo de ocultar o verdadeiro motivo do aborto ali atendido. Ademais, o profissional de saúde não se presta ao papel de investigador da polícia e também não cabe a este duvidar ou questionar as informações prestadas pela paciente, pois a diferenciação entre o aborto espontâneo, provocado ou até o indeterminado não irá alterar o atendimento que deve continuar sendo de qualidade e humanizado, respeitando todas as particularidades da paciente.

Ainda observando o gráfico 3, as meninas menores de 18 anos, ainda assim 12,5% correspondem a abortos identificados como provocados, e apenas 8,34% referem-se a abortos espontâneos. É interessante observar a intersecção destes dados com outras duas questões presentes nos prontuários que é a gravidez ser planejada ou não e ter sido realizado ou não o pré-natal. A resposta é negativa em todos os casos.

Gráfico 3 - Quantitativo de abortos não planejados e sem pré-natal em pacientes menores de 18 anos



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

O gráfico 3 levava-nos a questionar as informações contidas nos prontuários já que há a prática por parte da equipe de preferir não identificar o aborto provocado nos prontuários, marcando-o como indeterminado, e corroborando ao ser confrontado com os dados de confirmação de ser uma gravidez indesejada por estas meninas e ausência de cuidados médicos durante a gravidez sugerem que uma boa parte destes casos se tratam de abortos induzidos já que quando se tem o desejo de realizar um aborto provocado não há a realização de um acompanhamento de pré-natal.

Entretanto, esta pesquisadora, assim como o sistema nacional de saúde nunca teremos certeza quanto a quantidade exata de atendimentos de aborto não previstos em lei que se encontram nestes números, o que reflete bem o que fora relatado no capítulo 2 sobre a subnotificação de aborto provocado existente no Brasil, pois quando as meninas e mulheres se propõem a ir ao sistema de saúde, se deve ao fato de a tentativa de aborto autoinduzido¹¹ não ter seguido da forma planejada por ela.

¹¹ Aborto provocado pela própria grávida, por meio de métodos não recomendados pela medicina e que podem colocar em risco a saúde da mulher.

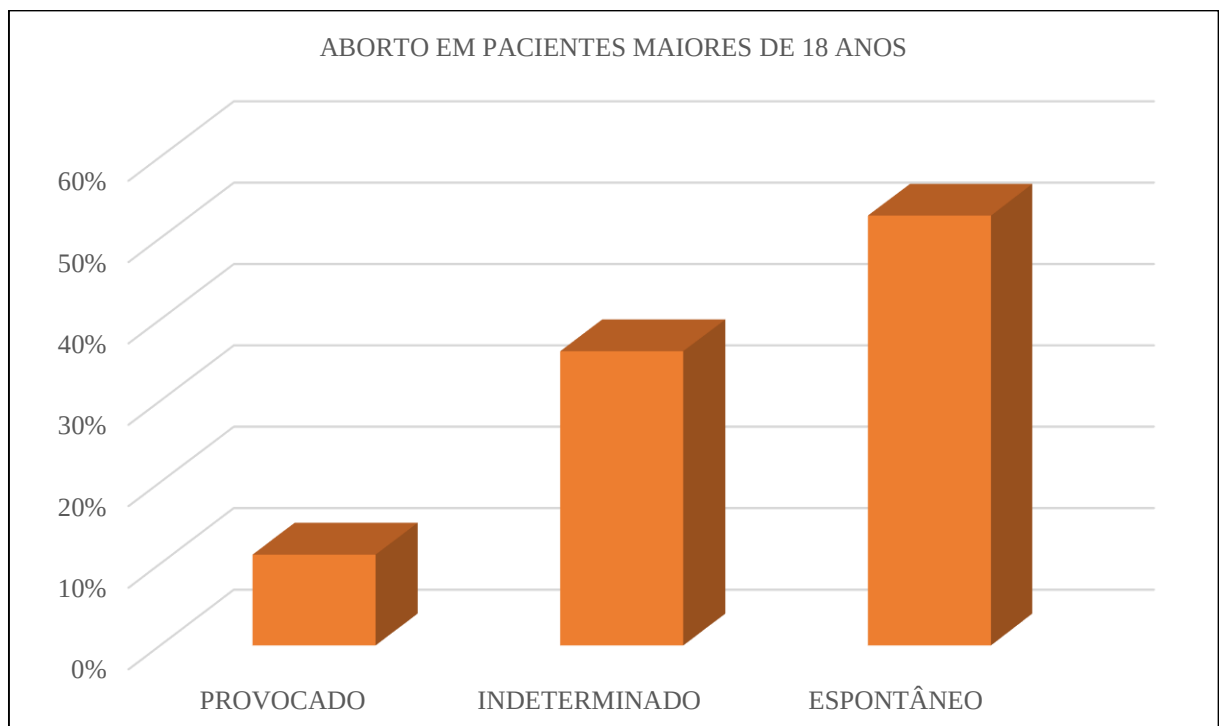
É claro existente cálculos que são utilizados para obter o número aproximado de abortos provocados ocorridos no Brasil, que permitem uma análise do perfil epidemiológico do país, mas diante da forma da criminalização e preconceito do aborto, dificilmente chegaremos a ter dados reais para confrontar as políticas públicas.

A subnotificação também é utilizada pelos defensores da manutenção da criminalização como um sinal de que não há um problema tão sério de saúde pública que possa justificar a reanálise do sistema punitivo de aborto, entendendo pela permanência da sociedade opressora e machista dos corpos territórios destas mulheres.

Essa ausência de dados concretos dificulta, ainda, a identificação do verdadeiro caos existente na saúde pública brasileira, pois não conseguimos determinar exatamente como e onde estão ocorrendo os abortos, e quais são os métodos utilizados para provocar estes abortos inseguros. No caso do hospital pesquisado, nos raros casos efetivamente identificados como aborto provocado, a equipe de enfermagem sempre informava como não possível determinar qual o método para o induzimento.

Seguindo a análise dos dados, ao passar para o grupo de mulheres maiores de 18 anos, se observou o aumento de casos de aborto espontâneo, neste grupo temos 47,22% dos atendimentos identificados como aborto espontâneo.

Gráfico 4 – Tipos de aborto identificados nos casos de pacientes menores de 18 anos.



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

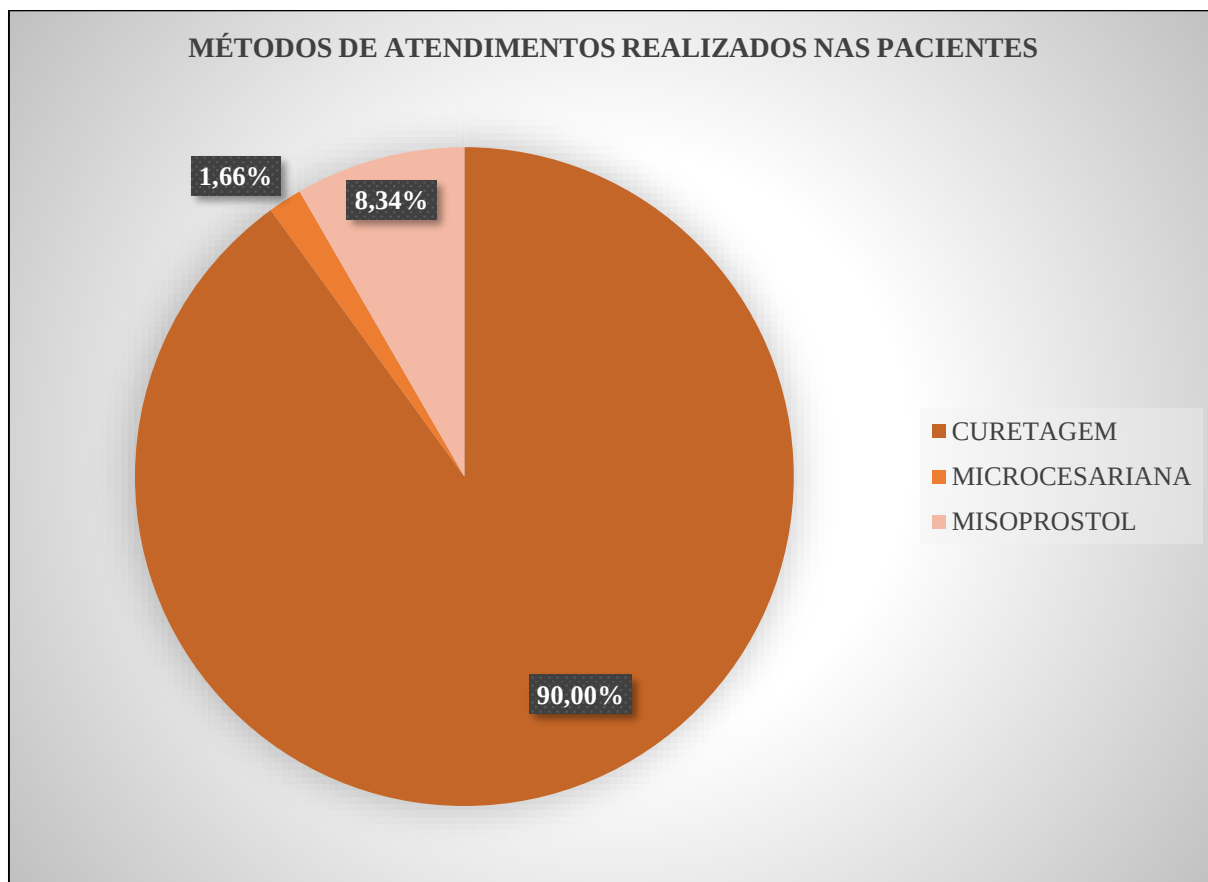
Ainda assim, neste grupo, os casos relatados como aborto indeterminado, correspondem a 36,11%, também nestes casos há 100% de respostas de gravidez como não planejada e sem acompanhamento médico de pré-natal durante o estado gravídico, revelando mais uma vez que o problema da subnotificação não se restringe ao grupo populacional menor de idade, atingindo todas as faixas etárias.

Mulheres de todas as idades, religiões, classes e origens praticam o aborto autoinduzido. Nessa mesma perspectiva, na presente pesquisa examinou-se que dentre as meninas e mulheres identificadas como aborto provocado, se declaravam como cristãs (católicas ou evangélicas) ou pertencentes a religião afro-brasileira. Inclusive, podemos relembrar o dado trazido no capítulo 2 da Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 que esclarece que uma em cada cinco mulheres na faixa dos 40 (quarenta) anos de idade já realizaram ao menos um aborto na vida, retirando inclusive o estigma perpetrado pela sociedade patriarcal de que o aborto induzido seria uma prática apenas de adolescentes ou de mulheres que não são consideradas pela sociedade como exemplo de moral (DINIZ e MEDEIROS, 2017).

Por isso, compreendemos que não há restrição de idade, religião, escolaridade, status social, ou grau econômico para se ver em algum momento da vida em que a opção reprodutiva desta menina ou mulher seja por não conceber outro ser naquele momento, porém mulher socioeconomicamente desfavorecidas tornam-se mais vulneráveis a um procedimento inseguro já que não conseguem ter acesso a uma clínica clandestina cara ou viajar a outro país onde a prática é permitida, restando as mesmas, desaguar no Sistema Único de Saúde quando o aborto foi realizado de forma insegura e representa um risco a sua vida.

Seguindo, um dos dados mais expressivos obtido foi de que 90% dos atendimentos resultaram no uso do método da curetagem demonstrando o seguimento do dado de nível nacional, tendo em vista que apesar do método AMIU ser cientificamente menos invasivo e com menor incidência de complicações, por necessitar de um kit descartável torna-se mais oneroso para o sistema de saúde do que a curetagem, no qual os instrumentos podem ser esterilizados a cada paciente.

Gráfico 5 – Identificação dos métodos de atendimentos realizados nas pacientes pesquisadas



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Cabe relembrar, que a morte materna não é o único problema relacionado ao aborto, os dados referentes à hospitalização decorrentes do abortamento confirmam os outros problemas, e a curetagem pós-abortamento representa o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades da rede pública de serviços de saúde no país (Ministério da Saúde, 2011). As complicações decorrentes do pós-aborto ou a mortalidade relacionada ao aborto resulta em vários outros problemas pertinentes quer à esfera da saúde propriamente dita da mulher, quer à possibilidade de atendimento pelos serviços de saúde ou, ainda, à sobrecarga hospitalar e ao elevado custo das internações.

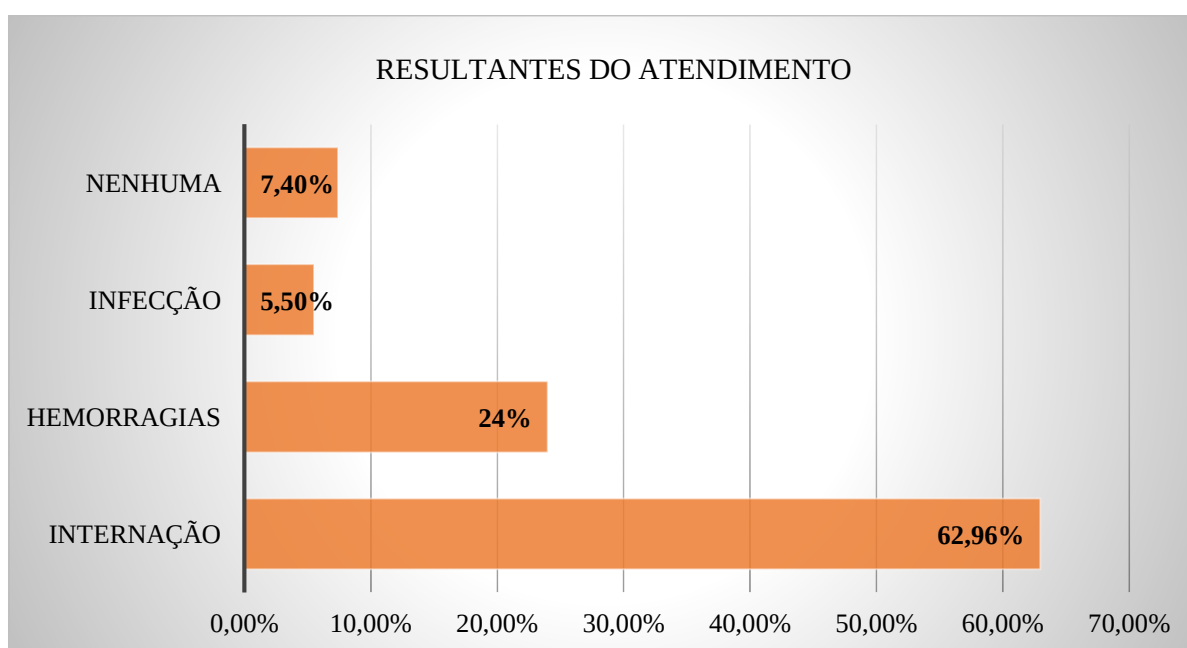
Só no ano de 2020, o número de atendimento de curetagens e aspirações após um aborto no SUS foi 79 vezes maior do que os atendimentos de aborto legal (DATASUS). O Ministério da Saúde, devido a subnotificação, não possui dados exatos dos abortos inseguros, mas podemos ter certeza que dentre os números de atendimento de curetagem encontraremos o grupo de mulheres que autoinduziu o aborto e que por complicações de um aborto incompleto ou retido necessitou buscar o atendimento na rede SUS e recebeu uma curetagem ou aspiração,

e isso se aplica também ao hospital em análise, já que nos casos relatados como aborto provocado ou ainda indeterminado, todos foram atendidos com o procedimento curetagem.

Dos atendimentos de curetagem, 62,96% deles resultaram em internação de um ou mais dias, já que a paciente necessitou ficar internada no hospital por no mínimo um dia. Já 24% das meninas e mulheres atendidas com o procedimento curetagem não tiveram necessidade de internação após o atendimento. O restante das pacientes, em menores números, teve hemorragias (5,5%) e infecções (7,4%).

Cabe lembrar que o método usando o comprimido de misoprostol, apesar de toda confiança que oferece, não é o mais utilizado porque é o mais caro a curto prazo, entretanto é o método mais seguro e que pode ser realizado na residência da paciente evitando internações e por fim tornando o método menos oneroso ao Estado a longo prazo.

Gráfico 6 – Identificação das resultantes de atendimento em aborto constatadas nas pacientes pesquisadas



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Com o gráfico 6, queremos evidenciar que a internação por um ou mais dias para observação médica das pacientes é a resultante mais comum deste tipo de atendimento. É importante, assinalar para o leitor que a Organização Mundial de Saúde declara que o procedimento de aborto acompanhado com equipe profissional qualificada e utilizando os métodos reconhecidos cientificamente é um procedimento de baixa complexidade e com risco mínimo de morte, o parto, pelo contrário tem 14 vezes mais risco de morte do que o aborto induzido nestas condições (RAYMOND, 2012). O que torna o aborto autoinduzido um risco a

incolumidade física e a vida das meninas e mulheres é a sua prática insegura devido a criminalização.

Chamou atenção ainda desta pesquisadora o uso do misoprostol em cinco dos atendimentos coletados, o que corresponde a 8,33% dos casos. Tal método é utilizado no âmbito ambulatorial quando o produto conceitual ou parte dele permanece retido na cavidade uterina.

O misoprostol é utilizado em situações de abortamento no primeiro trimestre e também, previamente ao procedimento de curetagem uterina, no segundo trimestre, onde já existe formação do esqueleto fetal. O uso do misoprostol previamente a curetagem, faz com que em geral não haja a necessidade de realizar a dilatação cervical, preservando a estrutura anatômica e funcional do colo uterino da mulher. A vantagem do tratamento medicamentoso com misoprostol é evitar o procedimento anestésico e a invasão da cavidade uterina, já que segundo estudos recentes ele pode ser eficaz no abortamento completo, assim, a utilização ambulatorial do misoprostol, para a indução do abortamento retido é segura e eficaz, diminuindo os custos da assistência já que não há intervenção cirúrgica (LYRA et al, 2017).

Entretanto, como já relatado acima há uma dificuldade no uso do medicamento nos hospitais devido a regulamentação restritiva e burocrática da ANVISA, levando a escassez de um medicamento que efetivamente diminui ou zera o tempo de internação e procedimentos invasivos ao corpo da paciente.

Essa postura de saúde pública adotada pelo Brasil não condiz com a meta de número cinco dos Objetivos do Milênio que estamos analisando, pois há a determinação de acesso universal a saúde reprodutiva e sexual, lembrando que este acesso também deve ser de qualidade, com máxima humanização e respeito ao corpo território destas meninas e mulheres, o que não é observado pelo país que restringe o acesso das cidadãs a técnicas que causem menores intervenções em seus corpos.

Apesar de a média nacional, segundo pesquisa do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS), revelar que 70% dos casos de mulheres indiciadas entre 2003 a 2016 por aborto autoinduzido, o denunciante teria sido um profissional de saúde, no caso da pesquisa no Hospital Regional Tibério Nunes nenhum dos casos foi formalmente informado a autoridades como a polícia, Ministério Público ou conselho tutelar.

O dado nacional é espantoso, pois como já esclarecido, o Conselho de Ética de Medicina estipula que diante de abortamento espontâneo ou provocado, o (a) médico (a) ou qualquer

profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público e que o não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético-profissional contra quem revelou a informação.

O próprio estudo do Instituto ANIS revela, também, que os casos denunciados de aborto induzidos não levam a condenações criminais para as meninas e mulheres, entretanto isto não quer dizer que o fato de sentar no banco dos réus, diante de um Tribunal do Júri (já que se trata de crime doloso contra a vida) ou de terem de realizar uma suspensão condicional do processo onde são obrigadas a aceitar um acordo para que o processo criminal não continue, todos estes fatos, apesar de não serem penas como expressamente previstas pelo Direito Penal, ainda assim representam uma pena a estas mulheres e causam prejuízos a elas perante a sociedade em que vivem, muitas vezes irreparáveis.

Portanto, apesar de ser uma prática comum, a nível nacional, meninas e mulheres denunciadas pelos profissionais que deveriam ser seus cuidadores, já presas em flagrante no próprio sistema de saúde, no caso do hospital pesquisado não há relato de nenhuma denúncia o que representa um avanço frente a média nacional, e que se coaduna com a relutância da própria equipe de enfermagem em identificar o aborto como provocado.

De tudo que fora analisado, percebe-se que as situações mais críticas se referem aos casos das meninas e mulheres que por medo da criminalização ou da discriminação realizam abortos inseguros, sofrem com sequelas e não procuram o atendimento médico no sistema de saúde, podendo resultar em lesões permanentes e até em morte. Diante disso, infere-se que a previsão do crime de aborto provocado, leva tão somente a clandestinidade de um procedimento que é seguro, mas que se torna um risco a saúde por ausência de acompanhamento especializado.

Com a análise dos dados coletados, da bibliografia e com as observações do momento epidemiológico e político em que esta pesquisa foi realizada, percebemos, também empiricamente uma regressão do debate dos direitos sexuais e reprodutivos das meninas e mulheres em vista da onda política neoconservadora adotada pelo Presidente Jair Messias Bolsonaro a partir de sua eleição ao cargo em 2018.

A forma de exercer o poder no governo Bolsonarista tem como cerne centralizar todo o poder nas mãos de uma só figura política e que é instituída formas de repressão dos direitos individuais em favor desta forma de governo, para favorecer a sua continuidade. Uma das características importantes destacada por Stanley (2018) como presentes em governos como o

Bolsonarista, é a ansiedade sexual que estabelece uma vitimização sexual masculina frente ao suposto ataque de liberalização dos direitos das mulheres e do grupo LGBTQIA+. Esta ansiedade se prevalece a partir de uma sociedade binária de gênero impositiva da supremacia do homem sobre qualquer outra forma que aparente feminilidade, o que seria sinônimo de fragilidade. Nesta concepção o homem tem um local de destaque e privilégio buscando reprimir qualquer “ameaça” ao seu papel de macho provedor. Nesse sentido, Stanley (2018, pág. 28) afirma que

A masculinidade patriarcal cria homens com a expectativa de que a sociedade lhes permitirá o papel de únicos protetores e provedores de suas famílias. Em tempos de extrema ansiedade econômica, os homens, já preocupados com a percepção de perda de status resultante do aumento da igualdade de gênero, podem facilmente entrar em pânico por conta de demagogia dirigida contra as minorias sexuais. Aqui a política fascista intencionalmente distorce a fonte de ansiedade. (Um político fascista não tem intenção de abordar as causas básicas das dificuldades econômicas.) A política fascista distorce a ansiedade masculina, acentuada pela ansiedade econômica, transformando-a em temor de que sua família esteja sob ameaça existencial por parte daqueles que rejeitam sua estrutura e suas tradições. Aqui, novamente, a arma usada na política fascista é uma suposta ameaça potencial de agressão sexual.

Então a percepção do declínio dos papéis de gênero são vistos como grandes ataques a esta lógica machista. Este temor se reveste em ataques retóricos aos direitos destes grupos de minorias sexuais de forma a tentar manter o poder do homem na estrutura hierárquica patriarcal base deste ideário dos regimes totalitários.

Todos estes pontos de máximo controle dos indivíduos e de seus direitos, são disseminados por meio da propaganda e do seu discurso estatal que são responsáveis pela absorção destas características no governo e nas massas favorecendo a propagação destas ideias (STANLEY, 2018).

Neste tipo de regime, a mulher deve manter-se em casa, no espaço privado com obrigações de manutenção do lar e da prole; já a política, ou espaço público, está reservado aos homens, ao líder provedor que se torna pai da nação. Por isso o ataque constante a efetivação dos direitos das mulheres, pois a almejada igualdade significaria retirar o homem deste papel de pai macho protetor da família e perda da alardeada masculinidade.

Tais atitudes refletem o chamado fascismo social intitulado por Santos (2006) onde há uma grande desigualdade social e dominância de um grupo sobre os demais, de forma a afetar a vida dos indivíduos pertencentes aos grupos dominados, portanto ainda que politicamente a sociedade pareça democrática ela é socialmente fascista.

Se observa no governo Bolsonaro que além do seu claro discurso de ódio contra qualquer tentativa de libertação dos corpos femininos diariamente difundidos na imprensa e redes sociais, que possui algumas representantes mulheres em sua bancada legislativa e ministerial, mas que reforçam o discurso de subordinação da categoria com a mesma força e doutrinação presentes em um fascismo social.

Um destes casos é a presidente do Partido Social Liberal (PSL) Mulher a senadora Soraya Thronicke, pelo estado do Mato Grosso do Sul que dentre tantas entrevistas reveladoras sobre sua ideia das pautas a serem defendidas pelo governo, edifica a seguinte frase:

Nossa pauta é conservadora. Trazemos valores como proteção à vida, somos contra o aborto, contra as drogas, a favor da moral, do patriotismo e da família. Feministas têm pauta pró-aborto e outras posições, diferentes das nossas. Outra coisa é o respeito à língua: não aceito ser chamada de presidenta. Sou presidente. Também acredito que temos de nos unir, homens e mulheres; e feministas nunca elogiam ou agradecem a um homem. Eu sempre faço isso. Por isso digo que que nossas pautas são feminist... Perdão! Femininas. (THRONICKE, 2019, np).

Neste terrível exemplo é possível perceber o ideário de mulher que é marcado no discurso do governo Bolsonaro até mesmo pelas mulheres que o compõe, sempre engrandecendo o homem acima da mulher, e colocando as mulheres em seu devido local de subserviência. A mulher deve ser dócil e submissa para estar na política, deve pedir permissão para usar o palanque e só pode defender as pautas determinadas pelos machos opressores.

Outro impressionante exemplo da bancada mulher do PSL é a Deputada Bia Kicis do Distrito Federal que ao se referir a assédio contra mulheres utilizou a sua conta em uma rede social para ironizar a luta feminista contra esta violência:

Ai do homem que for homem, tá ferrado com essas feministas. Paquera, cantada, tudo isso é crime quase que hediondo (KICIS, 2020, np).

Mais uma vez o discurso utilizado é de rechaçar qualquer tentativa de efetivação dos direitos das mulheres, e de impedir decisões sobre seus corpos, principalmente por meio da romantização da violência contra a mulher.

O que falas como estas transmitem a população brasileira? Estes discursos prescrevem que a sociedade patriarcal com a subjugação da mulher é a forma correta e normal dos seres humanos estabelecerem a sociedade e que as tentativas de alcançar a igualdade material em benefícios das mulheres colocam em sério risco este projeto de sociedade. Estas falas doutrina em favor do governo pela manutenção da subordinação feminina.

É perceptível no governo Bolsonaro uma pauta contra os direitos das mulheres, e ainda que as mulheres que compõem o governo coadunam com tais entendimentos, atravancando ainda mais a efetivação dos direitos das mulheres no Brasil. E esse entendimento vai se impregnando na massa até se tornar normal e aceitável por todos.

Mesmo antes do início do seu governo, o Presidente Jair Bolsonaro já se declarava publicamente como contrário a legalização do aborto, e que caso conseguisse chegar ao cargo de presidente da república, prometia utilizar todo o seu capital político para evitar a descriminalização.

Como prometido, durante o seu governo, ações no mínimo controversas foram adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de restringir ainda mais o acesso de meninas e mulheres a saúde sexual e reprodutiva.

Em 2019, durante o Governo Bolsonaro, o medicamento misoprostol, tão importante no serviço de atendimento de aborto legal, ficou em falta nos hospitais públicos do país durante seis meses devido à demora do Ministério da Saúde de realizar a compra do medicamento.

Em 01 de junho de 2020 foi publicada a Nota Técnica Nº 16/2020- pela equipe da Coordenação de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, diante do aumento de registro de casos de violência doméstica durante a pandemia. A nota tratava da telemedicina, o acesso à contracepção de emergência (pílula do dia seguinte) e figurava o serviço de aborto legal como essencial durante a pandemia, ou seja, não poderia ser paralisado durante o isolamento social causado pela COVID-19. O presidente Bolsonaro, em reação a nota técnica, disse que esta era uma tentativa de legalizar o aborto no Brasil – o que é totalmente inverídico já que uma nota técnica é incapaz de mudar a legislação, assim como a mesma só tratava de especificar o direito ao aborto legal. Diante disso, o ministério da saúde apagou a nota e exonerou os funcionários que eram autores dela.

Seguindo na política anti aborto, em agosto de 2020 foi editada a Portaria nº 2.282/2020 que previa que antes de ser aprovada a interrupção da gravidez, a equipe médica deveria obrigatoriamente informar a gestante acerca da possibilidade de visualizar o ultrassom do feto. Caso contrário, a menina ou mulher deveria proferir expressamente sua concordância, de forma documentada, constringendo ainda mais as pacientes que buscavam o serviço de atendimento de aborto legal no país, em uma clara tentativa de retirar os direitos de aborto até nas hipóteses permissivas previstas em lei.

A ONU chegou a denunciar a referida portaria por entender que não estava de acordo com os padrões internacionalmente acordados em tratados internacionais de Direitos Humanos relativos aos direitos das mulheres e meninas à igualdade, dignidade, autonomia, informação e integridade física e respeito por sua vida privada e pelo mais alto padrão de saúde atingível, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, sem discriminação; bem como o direito à liberdade da tortura e tratamento cruel, desumano e degradante.

A portaria ainda previa a obrigatoriedade médicos e profissionais de saúde a notificarem para a polícia quando atendiam vítimas de estupro que queriam realizar aborto legal.

Posteriormente a toda publicidade negativa causada, o Ministério da Saúde alterou a portaria e retirou a obrigatoriedade de informar a gestante acerca da possibilidade de visualizar o ultrassom do feto e a obrigatoriedade dos médicos e profissionais de saúde a notificarem para a polícia quando atendiam vítimas de estupro que queriam realizar aborto legal.

Em 27 de outubro de 2020, foi editado o DECRETO Nº 10.531 que Instituiu a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031 e estabelece entre os Desafio para efetivar os direitos humanos fundamentais e a cidadania promover o direito à vida, desde a concepção até a morte natural, observando os direitos do nascituro, por meio de políticas de paternidade responsável, planejamento familiar e atenção às gestantes.

A adoção da teoria concepcionista como já tratado no capítulo 2, leva a uma impossibilidade de descriminalização do aborto tendo em vista que desde o momento em que o ovulo é fecundado já deveria ser considerado o feto como sujeito de direitos e passível de proteção a vida.

Percebemos por este pequeno apanhado a erosão dos direitos e garantias fundamentais das meninas e mulheres, através da criação de entraves ao seu exercício de aborto legal nas dobras da lei. Além disso, a criação de mais entraves no avanço da descriminalização do aborto induzido.

Através da imposição da moral conservadora do Governo Bolsonaro se aprisiona e controla-se o corpo, sobretudo o feminino, exercendo máximo poder sobre ele e afastando da sua verdadeira detentora as vontades, os desejos e até as escolhas mais básicas.

É possível perceber na insistência em controlar o corpo feminino, fruto do patriarcado balizador de uma suposta postura do que o ser feminino deve exercer.

Por isso, a necessidade de reconhecimento dessa subordinação que aprisiona os corpos femininos, para que a partir disso ocorram debates e se possa implementar de fato os direitos de plena igualdade e exercício de autonomia e liberdade.

A subordinação do corpo feminino funciona como arma que afeta não apenas aquela estrutura corpórea, mas sobretudo se torna um instrumento de opressão da psique existente naquele corpo, trava-se uma guerra dentro de um corpo onde estão de um lado as regras morais estabelecidas e de outro o desejo e o direito de ter propriedade de si.

4. CONCLUSÃO

Sabemos que a criminalização do aborto no Brasil, não impede a interrupção da gravidez de inúmeras meninas e mulheres no país, e este fato vem acontecendo, na maioria dos casos, sem a assistência médica adequada, colocando em risco a vida delas. Diante da necessidade de reduzir os impactos aos direitos sexuais e reprodutivos, a legalização do aborto é uma temática constante e vital entre movimentos sociais, juristas, políticos, profissionais e outros setores da sociedade brasileira.

Comprovadamente os países que já legalizaram o aborto provocado e que concedem uma educação sexual, uso de anticoncepcionais eficazes, fornecimento de aborto induzido seguro e legal e atendimento oportuno a complicações, tiveram uma redução nas taxas de aborto com o transcorrer dos anos após legalização, graças a políticas públicas e outros investimentos em planejamento reprodutivo e saúde reprodutiva que são implementados como parte do processo de descriminalização.

Nos Estados Unidos, com o aborto legalizado desde 1973, houve uma redução do número de gravidez na adolescência, e as mulheres passaram a engravidar mais tardiamente. E esta tendência é observada em quase todos os países que legalizam o aborto (Inglaterra, França, Uruguai, Portugal) e revelam que as medidas direcionadas ao planejamento reprodutivo e saúde sexual e reprodutiva são essenciais para os resultados positivos observados a longo prazo.

A sociedade brasileira, fortemente influenciada por valores do patriarcado, que são bases da determinação dos papéis sociosexuais dos homens e das mulheres no país, enrijece a discussão do tema e o avanço da legislação. Assim, ainda que a questão do abortamento seja um importante problema de saúde pública, as restrições do patriarcado impedem o seu enfrentamento no Brasil.

Cabe o apontamento de que o prazo para a implementação das metas dos Objetivos do Milênio como definido pela ONU se encerrou no ano de 2015, entretanto este diploma continua servindo de norte para a efetivação dos direitos consagrados como mínimos para que haja um desenvolvimento planetário adequado e com respeito a todos os seres humanos.

Em 2015, a ONU estabeleceu novas metas, que reafirmam as metas anteriores, agora dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em execução entre os anos 2016

e 2030, chamado de Agenda 2030. O novo documento possui 17 metas, e uma delas é reduzir a Razão de Morte Materna global para menos de 70 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

No Piauí, a Agenda 2030 da Secretaria de Saúde do Estado pretende chegar a um índice 35 óbitos por cada 100 mil nascidos vivos. Apesar de ainda ser acima da média de países desenvolvidos, o número apresentaria uma queda de 51% em relação à RMM de hoje (2018), que é de 72.

É importante que a sociedade brasileira e o Poder Executivo e Legislativo entendam que a proibição ao aborto não impede que ele seja realizado e que meninas e mulheres, assim como qualquer outro indivíduo, independentemente de raça, etnia ou classe social, tenham o direito de escolha sobre o próprio corpo.

No Brasil permanecemos com uma legislação criminalizadora, enquanto a sociedade não reconhece que o aborto em condições inseguras é desumano. O acesso universal a saúde reprodutiva e sexual assim como previsto nos objetivos no milênio e objetivos de desenvolvimento sustentável passa pela legalidade do aborto, a assistência e acesso à informação e aos métodos contraceptivos, e atendimento em um sistema de saúde público com qualidade.

De tudo que fora analisado até aqui, e embasado nos próprios relatórios do governo brasileiro enviados a ONUS, a meta dos objetivos do milênio de redução da mortalidade materna e acesso universal a saúde reprodutiva e sexual não foi cumprida dentro do prazo estabelecido no tratado, que terminou em 2015. Em 2016, foram registrados 1.463 casos de morte materna, 203 em decorrência de aborto inseguro (DATASUS)

Em que pese a assinatura do Brasil como signatários dos Objetivos do Milênio e agora como os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que assim como o primeiro prevê a redução da mortalidade materna, o acesso universal aos direitos reprodutivos e sexuais, os quais devem ser implementados pelo país até 2030, assim como não foi alcançado durante os 15 anos para os OM, também não o serão para ODS, enquanto o país não modificar sua legislação interna que criminaliza o aborto provocado.

Reduzir a mortalidade materna não significa tão somente tratar as demais causas naturais de complicações da gravidez, mas também a modificação da legislação que criminaliza, o acesso universal a saúde não só para reparar um aborto induzido e inseguro realizado de forma clandestina, mas propiciar o atendimento integral com educação sexual e reprodutiva,

planejamento reprodutivo, acesso a anticoncepcionais eficazes e acesso a serviços humanizados de aborto seguro. Infelizmente, o Brasil ainda está distante desta mudança legislativa e poderá resultar em uma ineficácia para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, assim como ocorreu com os Objetivos do Milênio.

REFERÊNCIAS

- AMIN, S. The millennium development goals – A critique from the South. *Monthly Review* and *Independent Socialist Magazine*, 2006. Disponível em: <http://monthlyreview.org>. Acesso em 28 out. 2020.
- ANIS, Instituto de Bioética. **Aborto: por que precisamos descriminalizar?: argumentos apresentados ao Supremo Tribunal Federal na Audiência Pública da ADPF 442**. Anis – Instituto de Bioética. – Brasília: Letras Livres, 2019.
- ANZALDÚA, Gloria. **Borderlands/La Frontera: The New Mestiza**. San Francisco: Aunt Lute Books, 1987.
- BADINTER, Elisabeth. **Palavras de Homens**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.
- BARBIERI, Caio. **Deputada Bia Kicis ironiza assédio “Ai do homem que for homem”**. Metropoles. Jan. 2020. Disponível em <https://www.metropoles.com/distrito-federal/deputada-bia-kicis-ironiza-assedio-ai-do-homem-que-for-homem>. Acesso em 26. Ago. 2020.
- BASTERD, Leila Linhares. HERMANN, Jacqueline. **As mulheres e os direitos humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2001.
- BATISTA, Carla. **Aborto: uma questão de direito**. Cadernos de Crítica feminista, v. 01, n. 0, 2007.
- BEAUVOIR, Simone de. **El segundo sexo**. Buenos Aires: Siglo XX, 1972.
- BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: Sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 30. Ed. São Paulo: Malheiros, 2015.
- BONI, Marcela Evangelista. **O aborto na vida: experiências femininas**. São Paulo: Ponto-Com, 2021.

BONNEMAISON, Joel. **Viagem em torno do território**. In: ROSENDAHL, Zeny. CORREA, Lobato. Manifestações da cultura no espaço. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1999.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução de Maria Helena Kuhner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRANDALISE, Camila. **Presidente do PSL Mulher: Bolsonaro é um doce e feminista não diz obrigada**. UOL Universa. Jun. 2019. Disponível em <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/06/03/presidente-do-psl-mulher-bolsonaro-e-um-doce-e-feminista-nao-diz-obrigada.htm?cmpid=>. Acesso em 26 ago. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 jan. 2021.

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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de setembro de 2002. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm>. Acesso em: 04 de out. de 2020.

BRASIL. **Decreto nº 10.531 de 26 de outubro de 2021** Institui a Estratégia Federal de Desenvolvimento para o Brasil no período de 2020 a 2031. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 de outubro de 2020. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.531-de-26-de-outubro-de-2020-285019495>>. Acesso em: 29 de mai. de 2021.

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: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em 12 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Óbitos maternos por ano do óbito segundo região: período: 1996-2016. 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em 09 nov. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª ed. Brasília; 2011.n Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em 23 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento**: Norma Técnica. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento**: Norma Técnica nº 16. Brasília, Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.282 **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**. Brasília, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em 29 mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Edição 20, Vol. 51, 2020.

BRETON, Dalton Le. **A sociologia do corpo**. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CABRAL, Gilda. Entrevista. In: CAVALCANTI, Alice.; XAVIER, Dulce. (Orgs.). **Em defesa da vida: aborto e direitos humanos**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.

CAMURÇA, Silvia. **“Nós mulheres” e nossa experiência comum**. Cadernos de críticas feministas, v. I, n. 0, 2007.

CANCIO. Direitos sexuais e reprodutivos. In: pontifício concelho para a família. **Lexicon**: Termos ambíguos e discutidos sobre família, vida e questões éticas. Brasília: Edições CNBB, 2007.

CAVANA, Maria Luisa. Diferencia. In: AMORÓS, Celia. **Diez palabras clave sobre mujer**. Estrela-Navarra: Verbo Divino, 2000.

CHESLER, Ellen. **Woman of valor Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America**. Shimon e Schuster. New York, 1992.

CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil** – São Paulo: Cortez, 2015.

COHEN, Stanley. **Abortion and mental health: myths and realities**. Guttmacher Policy Review, v. 9, n. 3, 2006.

COOK Rebecca, DICKENS Bernad. **Reducing Stigma in Reproductive Health**. Int J Gynaecol Obstet 2014.

CÔRREA, Sonia. PETCHESKY, Rosalind. **Direitos sexuais e reprodutivos: Uma perspectiva feminista**. Physis, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, 1996. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/physis/v6n1-2/08.pdf>. Acesso em 07 out. 2020.

COSTA, Ana Alice Alcântara. **As donas no poder**. Mulher e política na Bahia. Salvador: Assembleia Legislativa da Bahia. 1998.

COSTA, Ana Alice Alcântara. **O movimento feminista no Brasil: dinâmicas de uma intervenção política**. Gênero, v. 5, n. 2. Salvado: 2005.

COSTA, Carlos José de Castro. **Embrião humano fecundado em laboratório: a coisificação da pessoa ou a personalização da coisa?** Biodireito (recurso eletrônico on-line). (Org.) CONPEDI/UFPB. MARTEL, Letícia de Campos Velho; SILVA, Monica Neves Aguiar da ENGELMANN, Wilson (Coords.). Florianópolis: FUNJAB, 2012.

COUTO, Luciana (1995). **A deserotização do corpo: Um processo histórico cultural**. In E. Romero (Org.), Corpo, mulher e sociedade (Coleção Corpo e Motricidade pp. 55-70). Campinas, SP: Papirus.

DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2018.

DIAS, Ana Cristina Garcia. TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo**. Paidéia. 2010.

DINIZ, Debora; CORRÊA, Marilena. **Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil**. Mineo, 2008.

DINIZ, Debora. MEDEIROS, Marcelo. **Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 7 [Acessado 13 Agosto 2021], pp. 1671-1681. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700002>>.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo and MADEIRO, Alberto. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2017, vol.22, n.2, pp.653-660. ISSN 1413-8123.. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>>. Acesso em 06 de maio de 2019.

DINIZ, Debora. MADEIRO, Alberto. NUNES, Maria das Dores. **Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil**. In: *Revista Ciência e Saúde coletiva*. Teresina, 2012. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800015>. Acesso em 10 out. 2020.

ECHEVERRÍ, J. A. 2004. **Territorio como cuerpo y territorio como naturaleza: diálogo intercultural?** In: Surrallés, A. e García Hierro, P. (orgs.) *Tierra adentro: territorio indígena y percepción del entorno*. Copenhague: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas.

EMMERICK, Rulian. **Corpo e poder: um olhar sobre o aborto à luz dos direitos humanos e da democracia**. 2007. Dissertação Programa de Pós-Graduação em Direito do Departamento de Direito do Centro de Ciências Sociais da PUC-Rio. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

EYBEN, Rosalinda. **The road not taken: International aid's choice of Copenhagen over Beijing**. *Third World Quarterly*, Beijing, 2006.

FERNANDES, Beatriz Boleta. NUNES, Flávia Baluz Bezerra de Farias. PRUDÊNCIO, Patrícia Santos. MAMEDE, Fabiana Villela. **Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio**. In: *Revista gaúcha de enfermagem*. 36 Ed. Porto Alegre, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 5 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GALLI, B.; GOMES, E. C.; ADESSE, L. Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção. IN: **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva de Ipas Brasil** [informativo on line]. N. 25. Set 2006. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/revista/edicoes.html>. Acesso em 27 out. 2020.

HAESBARET, Rogério. **O mito da desterritorialização e as “regiões-rede”**. Anais do V Congresso Brasileiro de Geografia. Curitiba: AGB, 1994.

HOOKE, Bell. **O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras**. Tradução de Bhuvi Libanio, 11ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

HULME, David.. **Lessons from the making of the MDGs: Human development meets resultsbased management in an unfair world**. Ids Bulletin-Institute of Development Studies. Manchester, 2010.

ICPD - **International Conference on Population and Development**. Secretariat. Analytical tools for the study of the draft Programme of Action of the International Conference on Population and Development. Nova York, julho de 1994. Disponível em < <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acessado em 29 abr. 2019.

IBGE. IBGE – cidades. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi.html>. Acesso em: 09 nov. 2020.

KARAN, Maria Lucia. **Proibições, crenças e liberdade: o debate sobre o aborto**. Revista Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedade, Rio de Janeiro: Renavan, ano 9, n. 14, 2009.

KENNY, C. e SUMNER, A. (2011) **More Money or More Development: What have the MDGs Achieved?** Working Paper, 2011 Center for Global Development disponível em: http://www.cgdev.org/files/1425806_file_Kenny_Sumner_MDGs_FINAL.pdf. Acesso em 28 out. 2020.

LEFEBVRE, Henri. **La production de l'espace**. Paris: Anthropos, 1986.

LYRA, Joana. GOMES, João Cavaco. MOUCHO, Marina. MONTENEGRO, Nuno. **Terminação médica de gravidez inviável do 1º trimestre: quatro anos de experiência com um protocolo de tratamento em ambulatório**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro. Vol. 39. 2017.

LUKMAN, Hakin. POGHARIAN, D. **Management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration in comparison to sharp metallic curette in an Ethiopian setting**. East Afr Med J 1996.

MACÊDO, Hildevânia de Sousa. SILVA, Maria Rosângela. III Simpósio Nacional Gênero e Práticas Culturais, Olhares Diversos sobre a Diferença. **A subalternidade da autonomia sexual e reprodutiva das mulheres**. João Pessoa, 2011. Disponível em <http://itaporanga.net/genero/3/08/25.pdf>. Acesso em 20 mar 2021.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MIRANDA, Eduardo Oliveira. **"O negro do Pomba quando sai da Rua Nova, ele traz na cinta uma cobra coral": os desenhos dos corpos-territórios evidenciados pelo Afoxé Pomba de Malê**. 2014. 180 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Desenho Cultura e Interatividade) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014. Disponível em: <http://tede2.uefs.br:8080/bitstream/tede/97/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Eduardo%20O%20Miranda.pdf>. Acesso 10 nov. 2020.

MARTINS, Alaerte Leandro. MENDONÇA, Lígia Cardieri. **Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis: dossiê**. 2005. Rede Feminista de Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dossie_aborto_mortes_preveniveis_evitaveis.pdf Acesso em: 12 out. 2020.

MATOS, Bruna. **Uma poesia sobre aborto**. Fala Universidades, 2016. Disponível em <https://falauniversidades.com.br/um-poesia-sobre-o-aborto-por-bruna-matos/>. Acesso em 16 fev. 2021.

MAYROGA, Claudia. MAGALHÃES, Manuela de Sousa. **Feminismo e as lutas pelo aborto legal ou por que a autonomia das mulheres incomoda tanto**. In: Direito de decidir múltiplos olhares sobre o aborto. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MILLET, Kate. **Política sexual**. Madrid: Cátedra, 1970.

NERY, Inês Sampaio. GOMES, Keila Rejane Oliveira. BARROS, Idina de Carvalho. GOMES, Ivanilda Sepúlveda. FERNANDES, Ana Catharina Nunes. VIANA, Lívia Maria Mello. **Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil**. Epidemiol Serv Saúde. 2015.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de processo penal e execução penal**. 10. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

ONU. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque, 6 a 8 de setembro de 2000. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/ods/declaracao-do-milenio.html>.

Acessado em: 22 out. 2019.

_____. **Declaração de Beijing**. In: CNDM. IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Beijing, China – 1995. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____. **Plataforma de Ação**. In: CNDM. IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Beijing, China – 1995. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____. **Programme of Action of the United Nations International Conference on Population & Development. Cairo, 1994.** Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em 10 fev. 2020.

PERROT, Michelle. **As mulheres ou o silêncio da história**. Tradução de Viviane Ribeiro. Bauru: EDUSC, 2005.

PINTO, Célia Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: editora Perseu Abramo, 2003.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. São Paulo: Max Limonad, 1998, pp. 167-2002.

POLLAK, Michael. **Memória, esquecimento, silêncio**. Revista Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, jun. 1989. ISSN 2178-1494. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/2278>>. Acesso em: 09 Set. 2020.

POLLITT, Katha. **Pró: reivindicando o direito ao aborto**. Tradução de Mariana Rezende. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

PRADO, Marco Aurélio Máximo. Psicologia política e ação coletiva. Revista Psicologia Política, v. 1, n. 1, 2001.

RABAY, G. & SOARES, G. **Abortamento inseguro: assistência e discriminação**. João Pessoa, Cunha – Coletivo Feminista; Marmesh, 2008.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo (SP): Ática, 1993.

- RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. 2 ed. São Paulo, Saraiva, 2015.
- RAYMOND, EG Grimes DA. **A segurança comparativa do aborto e parto induzidos legalmente nos Estados Unidos**. Obstet Gynecol, 2012.
- RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2017.
- ROMA, Júlio César. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável**. Cienc. Cult. [online], Vol.71, n.1, 2019.
- SAFFIOTI, Heleieth. Rearticulando gênero e classe social. In: BRUSCHINI, Cristina COSTA, Albertina. In: **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- SAFFIOTI, Heleieth. **O poder do macho** – São Paulo: Moderna, 1987.
- SANGER, Margaret. **Woman and the New Race**. New York: Truth, 1920.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2006.
- SARTI, Sintia. **O início do feminismo sob a ditadura no Brasil: o que ficou escondido**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA LASA, 21., Chicago: Illinois, 1998.
- SAVULESCU, Julian. **Conscientious objection in medicine**. Austrália: BMJ, 2006.
- SCOTT, Joan. **Uma categoria útil de análise histórica**. Educação e realidade: mulher e educação, [S. L.], v.15, 2, 1990.
- SCOTT, Joan. **Gender and the politics of history**. New York: Columbia University Press, 1988.
- SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 20a . ed.. São Paulo: Malheiros, 2011.
- SOARES, Vânia Muniz Néquer et al. **Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2012, v. 34, n. 12 [Acessado 13 Ago 2021], pp. 536-543. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032012001200002>>.

SOUZA, Marcelo Lopes. de. **O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento**. In: CASTRO, Iná, E. de; GOMES, Paulo Cesar da C.; CORRÊA, Roberto L. (org.). Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SOUZA, Marcelo Lopes de. **O desafio metropolitano: Um estudo sobre a problemática sócio-espacial nas metrópoles brasileiras**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

STANLEY, Jason. **Como funciona o fascismo: a política do “nos” e “eles”**. Tradução de Bruno Alexandre. 1 ed. Porto Alegre: L&PM, 2018.

VALCÁRCEL, Amelia. **Sexo y filosofía – sobre mujer y poder**. Barcelona: Antropos, 1994.

VALONGUEIRO, Sandra. **Maternal mortality in Pernambuco, Brazil: what has changed in ten years?** Reproductive Health Matters, v. 15, n. 30, 2007.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3 ed. Brasília, Fundo da População das Nações Unidas, 2009.

VIANNA, Túlio. **Aborto: em defesa de qual vida?** Disponível em <https://tuliovianna.wordpress.com/2009/09/28/aborto-em-defesa-de-qual-vida/>. Belo Horizonte. 2006. Acesso em 12 out. 2020.

VILLELA, Wilza. OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. SILVA, Rosalina Carvalho da. Aborto e saúde mental. In **Direito de decidir múltiplos olhares sobre o aborto**. Org. MAIA, Mônica Bara. Belo Horizonte. Autêntica, 2008.

WESTOFF, Charles. OCHOA. **Unmet need and the demand for family planning**. In: **Demographic and Health Surveys Comparatives Studies**. No. 5 Columbia (USA) Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems.; 1991.

World Health Organization, **Reduction of maternal mortality. A joint WHO/UNFBA/UNICEF/ World Bank Statement**, Geneva, SW, 1999.

UN System Task Team (2012) UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda – Review of the contributions of the MDG Agenda to foster development: Lessons for the post-2015 UN development agenda – Discussion Note disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg_assessment_Aug.pdf. acesso em 28 out. 2020.

ZANELLO, Valeska.. **Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação**. 1. Ed. Curitiba: Appris, 2018.

APÊNDICE A**FORMULÁRIO DE PESQUISA**

Numeração:

1. Data do relatório médico:

2. Idade:

3. Grau de Escolaridade:

☐ ensino fundamental completo

☐ ensino fundamental incompleto

☐ ensino médio incompleto

☐ ensino médio completo

☐ ensino superior

4. Cor declarada:

☐ branca

☐ negra

☐ parda

☐ amarela

☐ mestiça

☐ indígena

5. Estado Civil:

☐ solteira

☐ casada

☐ viúva

☐ divorciada

☐ em união estável

6. Religião declarada:

☐ católica

☐ evangélica

☐ Afro-brasileiras

☐ Budista

☐ Sem religião

☐ Outras _____

7. Realização de pré-natal?

☐ Sim

☐ Não

8. Gravidez planejada?

☐ Sim

☐ Não

9. Aborto:

☐ Espontâneo

☐ Provocado

☐ Não é possível determinar

10. Caso seja aborto provocado, quais os meios utilizados:

☐ Medicamentos

☐ Aspiração Intrauterina

☐ Uso de ervas

☐ Não é possível determinar

11. Acionamento de órgãos oficiais:

☐ sim

☐ não

7. Quais:

☐ Policia

☐ Assistência Social

☐ Poder Judiciário

☐ Conselho Tutelar

12. Houve resultante do atendimento em aborto:

☐ Nenhuma

☐ Internação

☐ infertilidade

☐ morte

☐ outros _____

☐ não é possível determinar

13. Foi encaminhada a atendimento psicossocial?

☐ Sim

☐ Não

ANEXO 1**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA NÃO UTILIZAÇÃO DO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Exm. Sr. Coordenador (a) do Comitê de Ética em Pesquisa

Referente ao projeto de pesquisa intitulado **O ACESSO À SAÚDE E OS DIREITOS REPRODUTIVOS DE MULHERES E CRIANÇAS NA PERSPECTIVA DOS OBJETIVOS DO MILÊNIO**, que será realizada no Hospital Regional Tibério Nunes da cidade de Floriano-PI e terá que como pesquisador responsável a aluna Thamiris Ceres Lopes Freire.

Venho requerer autorização para a não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esclarecemos que a coleta dos dados da pesquisa citada será realizada com a utilização de prontuários clínicos, sendo inviável a localização de cada um dos sujeitos que fazem parte da amostra da investigação. Desta forma, solicitamos concordância expressa do Coordenador deste Comitê para a não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Floriano-PI, 08, outubro de 2020

Thamiris Ceres Lopes Freire
Assinatura do(a) responsável

ANEXO 2

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ACESSO À SAÚDE E OS DIREITOS REPRODUTIVOS DE MULHERES E CRIANÇAS NA PERSPECTIVA DOS OBJETIVOS DO MILÊNIO

Pesquisador: THAMIRIS CERES LOPES FREIRE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40396320.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.564.018

Apresentação do Projeto:

O presente estudo almeja verificar se o direito à saúde de mulheres e meninas está sendo assegurado no atendimento prestado no sul do Estado do Piauí conforme as metas previstas nos Objetivos do Milênio, tendo em vista que os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres são direitos humanos fundamentais e devem ser tratados como questão de saúde pública, para tanto o estudo será realizado por meio de levantamento de dados em prontuários médicos de pacientes com atendimentos relacionados a aborto no ano de 2020 no Hospital Regional Tibério Nunes localizado na cidade de Floriano - Piauí e que atende população de todo o sul do Estado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a partir das ações públicas de saúde se as metas dos objetivos entabulados na Declaração do Milênio foram implementados na assistência à saúde de mulheres e meninas que sofrem aborto no Hospital Regional de Floriano – PI.

Objetivo Secundário:

Estudar acerca dos direitos reprodutivos da mulher como direitos humanos já garantidos por intermédio de legislações internacionais.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.564.018

Analisar a proteção à saúde de mulheres e meninas, na Declaração do Milênio de 2000.
Identificar quais as medidas de políticas públicas são adotadas pelo sistema único de saúde no Hospital Regional de Floriano-PI para garantir que as mulheres e meninas que sofrem aborto possam exercer plenamente o seu direito a saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram bem avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se encontra de acordo com as diretrizes das resoluções do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados, inclusive a carta de anuência da instituição onde será coletado os dados.

Recomendações:

Recomenda-se que atualize e apresente novo cronograma para o início da coleta, após aprovação deste comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou de parecer favorável à aprovação do referido projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1645191.pdf	05/01/2021 11:30:27		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/01/2021 11:29:44	THAMIRIS CERES LOPES FREIRE	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.564.018

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	05/01/2021 11:27:49	THAMIRIS CERES LOPES FREIRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_anuencia.pdf	05/01/2021 11:26:49	THAMIRIS CERES LOPES FREIRE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	24/11/2020 14:21:16	THAMIRIS CERES LOPES FREIRE	Aceito
Outros	oficio_de_apresentacao.pdf	08/10/2020 10:10:05	THAMIRIS CERES LOPES FREIRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa_de_ausencia.pdf	08/10/2020 09:47:37	THAMIRIS CERES LOPES FREIRE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 27 de Fevereiro de 2021

**Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO 3

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro que a acadêmica **Thamiris Ceres Lopes Freire** está autorizada a realizar no Hospital Regional Tibério Nunes a pesquisa **"O Acesso à Saúde e os Direitos Reprodutivos de Mulheres e Meninas na Perspectiva dos Objetivos do Milênio** sob a responsabilidade da orientadora Prof. Dra. Iranice Gonçalves Muniz.

Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente Projeto de Pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a realização da mesma.

A aceitação está condicionada ao cumprimento pelos pesquisadores dos requisitos da Resolução CNS nº 466/12, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa, bem como apresentar cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e um relatório do trabalho final ao Núcleo de Educação Permanente de Saúde (NEPS) desta instituição.

Floriano, 28 de Outubro de 2020.


Meirylene dos Santos Ferreira Gomes
Coordenadora do NEPS / HRTN
CPF: 956.106.003-00

MEIRYLENE DOS SANTOS FERREIRA
COORDENADORA DO NEPS


Davyd Teles Basílio
Diretor Geral HRTN

DAVYD TELES BASÍLIO
DIRETOR GERAL DO HRTN

Hospital Regional Tibério Nunes
Rua Gabriel Ferreira SN- Manguinha
648000-275 Floriano-PI
Telefone: (89) 3522 – 1333