



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA EMANUELA DA SILVA MOURA
MARÍLLIA PEREIRA DA SILVA

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: RESPONSABILIZAÇÃO DA MULHER CIS PELA
CONTRACEPÇÃO E GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA?**

João Pessoa – PB
2023

MARIA EMANUELA DA SILVA MOURA
MARÍLLIA PEREIRA DA SILVA

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: RESPONSABILIZAÇÃO DA MULHER CIS PELA
CONTRACEPÇÃO E GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA?**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado à coordenação do Curso de Bacharelado em Serviço Social do centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Gisele Caroline Ribeiro Anselmo.

João Pessoa – PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M929p Moura, Maria Emanuela da Silva.

Planejamento familiar : responsabilização da mulher cis pela contracepção e gestação não planejada? / Maria Emanuela da Silva Moura. - João Pessoa, 2023.

68 f.

Orientadora : Gisele Caroline Ribeiro Anselmo.
TCC (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2023.

1. Contracepção. 2. Gênero. 3. Responsabilização feminina. 4. Gravidez. 5. Planejamento familiar. I. Silva, Marília Pereira da. II. Anselmo, Gisele Caroline Ribeiro. III. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 364

MARIA EMANUELA DA SILVA MOURA
MARÍLLIA PEREIRA DA SILVA

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: RESPONSABILIZAÇÃO DA MULHER CIS PELA
CONTRACEPÇÃO E GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA?**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado à Coordenação do Curso de Serviço Social, do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como requisito para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Aprovado em: 06 / 11 / 2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Gisele Caroline Ribeiro Anselmo (Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti (Examinadora)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. Nívea Cristiane Pereira da Silva (Examinadora)
Universidade Federal da Paraíba

João Pessoa – PB
2023

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente à Deus, a nossa família que sempre nos apoiou, aos nossos amigos, a nossa amizade que se manteve firme do primeiro período da faculdade até o final, e a nossa querida professora e orientadora Gisele Anselmo, que nos acolheu, ajudou e ensinou. A todos, a nossa eterna gratidão.

RESUMO

A responsabilização pela contracepção e gestação não planejada não teve início no Planejamento Familiar, embora este contribua para o fortalecimento dessa responsabilização, pois tornou a mulher cis seu público-alvo isentando o homem cis dessa tarefa, mas surgiu de processos sócio-históricos, como a medicalização do corpo feminino a partir do desenvolvimento da medicina, sobretudo a obstetrícia e ginecologia. O presente trabalho buscou explicar os processos históricos e sociais que contribuíram para tornar a mulher eixo do Planejamento Familiar e das responsabilidades do âmbito reprodutivo, como a contracepção e gestação não planejada. De forma a cumprir esse objetivo, utilizou-se da pesquisa bibliográfica e documental em uma abordagem qualitativa, dando significado ao fenômeno histórico a partir do método da teoria social de Marx. Os resultados obtidos nos permitem considerar que a maternidade e a gravidez não são experiências meramente naturais, mas perpassam por estruturas sociais, isto é, à responsabilização da mulher pela contracepção foi construída socialmente a partir dos estereótipos de gênero e sobretudo da transformação do corpo feminino em objeto da medicina. Também foi possível analisar que o nível de instrução de homens e mulheres e a igual responsabilização pelo Planejamento Familiar é um subsídio para a conquista da igualdade de gênero.

Palavra-chave: Contracepção. Gênero. Responsabilização Feminina. Gravidez. Planejamento Familiar.

ABSTRACT

Responsibility for contraception and unplanned pregnancy did not begin with Family Planning, although it contributed to strengthening this responsibility, as it made cis women its target audience, exempting cis men from this task, but emerged from socio-historical processes, such as the medicalization of female body from the development of medicine, especially obstetrics and gynecology. This work sought to explain the historical and social processes that contributed to making women the axis of Family Planning and reproductive responsibilities, such as contraception and unplanned pregnancy. In order to fulfill this objective, bibliographic and documentary research was used in a qualitative approach, giving meaning to the historical phenomenon based on the method of Marx's social theory. The results obtained allow us to consider that motherhood and pregnancy are not merely natural experiences, but permeate social structures, that is, the responsibility of women for contraception was socially constructed from gender stereotypes and above all from the transformation of the female body into object of medicine. It was also possible to analyze that the level of education of men and women and equal responsibility for Family Planning is a support for achieving gender equality.

Keyword: Contraception. Gender. Female Responsibility. Pregnancy. Family planning.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	7
1	OS PRINCIPAIS ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS QUE DETERMINARAM A RESPONSABILIZAÇÃO DA MULHER CIS SOBRE A CONTRACEPÇÃO.....	14
1.1	MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO: CONTROLE SOCIAL A PARTIR DA CONTRACEPÇÃO FEMININA E DA REPRODUÇÃO.....	14
1.2	DIREITOS REPRODUTIVOS E PERSPECTIVA DE GÊNERO.....	23
2	A RESPONSABILIZAÇÃO DA MULHER CIS PELA GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA.....	30
2.1	GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA.....	30
2.2	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	37
3	A FIGURA FEMININA COMO PÚBLICO-ALVO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	42
3.1	A MULHER CIS COMO PÚBLICO-ALVO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	42
3.2	AUSÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO MASCULINA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	50
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
	REFERÊNCIAS.....	60

INTRODUÇÃO

Embora muitos textos não deem destaque ao termo cisgênero, apontar a terminologia ‘cis’ é fundamental para destacar a perspectiva binarista vigente e dessa forma compreender que o gênero não é de ordem natural, pois é construído a partir de normais morais e sociais e não está condicionado à existência de uma determinada genitália/órgãos reprodutivos, isto é, a partir de um determinismo biológico que associa mulher e vagina e homem e pênis. Dessa forma, compreende-se por ‘cis’, a pessoa cujo gênero e genitália designados ao nascer se equivalem. Usar o termo cisgênero não impede as lutas feministas, mas dá visibilidade a uma vivência que não está nos moldes da cisgeneridade: as experiências trans (Silva, 2019). Diante disso, a partir daqui compreende-se que sempre que referirmos a “mulher” e “homem”, trata-se de pessoas cisgênero, bem como os plurais “mulheres” e “homens”.

A responsabilidade sobre o controle da fertilidade foi construída historicamente como uma atribuição exclusiva da mulher cis. Isso também pode ser entendido como uma consequência da medicalização do corpo feminino, pois desde o século XVIII a natureza feminina era associada gradativamente aos órgãos reprodutivos e com isso se propagou o discurso médico e de autoridades acerca das limitações dos papéis das mulheres (Boaventura et. al. 2021; COSTA, et. al. 2006). Na contemporaneidade observa-se avanços legislativos que procuram compartilhar essa responsabilidade também com o homem ou casal. Um exemplo, é a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 que trata o Planejamento Familiar como um “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Brasil, 1996). Entretanto, existe uma grande lacuna entre a normativa e a realidade cotidiana de inúmeras mulheres que ainda são exclusivamente responsabilizadas pelo controle da fertilidade.

Construiu-se historicamente, que o espaço doméstico seria natural à mulher cis, por outro lado, o social e o público seriam naturais do domínio do homem cis, portanto enquanto o homem é o provedor, cabe à mulher cuidar dos filhos, do marido, assim como são responsabilidades femininas a gravidez e a amamentação, também cabe a elas a contracepção. Diante disso, as mulheres com filhos assumem uma posição de destaque em relação às que não têm filhos. Posto isto, o útero é o centro do corpo feminino e a maternidade é o lugar primordial no qual se deve estar a mulher, dessa forma se anula os outros desejos e projetos (Duarte; Leal, 1998; Soares, 2010).

Segundo Vieira (2002), a medicalização do corpo feminino condiciona o valor da mulher a sua condição maternal de forma que o modelo idealizado de mãe e esposa ao ser negado transforma a mulher em doente. Tais aspectos são justificados principalmente pela ‘natureza feminina’ que se baseia na capacidade feminina de gestar, parir e amamentar, seriam esses fatos biológicos a justificativa para as questões sociais que cercam esse corpo. Portanto, o papel social e político que assumem os médicos no final do século XIX transforma o corpo feminino em objeto da medicina, a principal consequência disto é o discurso disciplinador sobre o corpo feminino, desqualificando-as como sujeitos de saberes sobre seu próprio corpo.

Durante muito tempo o Planejamento Familiar estava ligado ao controle de natalidade. No entanto, a partir da necessidade feminina com a sua inserção no mercado de trabalho, o planejamento da vida familiar passou a representar uma necessidade da mulher, haja vista que ficou difícil ter filhos sem que isso afetasse o desempenho profissional. Diante disso, usar os métodos contraceptivos permitiu à mulher a decisão sobre quando ter ou não filhos (COSTA, 2006; FERNANDES, 2008; FLECKI; WAGNER, 2003).

A principal motivação para a investigação dessa temática foi a aproximação com o Planejamento Familiar na experiência de estágio, por ambas as autoras, uma no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e a outra no Instituto Cândida Vargas (ICV), entre o período de Março à Dezembro de 2022.

Dessa forma, foi possível observar que o processo de esterilização voluntária em mulheres jovens ainda enfrenta muitos tabus, como a rigidez de alguns profissionais para aceitar a autonomia feminina sobre seus corpos e o fato de que a própria lei do Planejamento Familiar não permitia a mulher gestante realizar o processo de laqueadura nos casos onde havia indicação de parto normal, tal processo dificultou ainda mais o acesso ao direito reprodutivo da mulher, enquanto isso as mulheres que tinham condições de realizar o parto em clínicas particulares conseguiam escolher a conduta do parto.

A importância de se compreender essa temática pelo viés do Serviço Social, encontra-se na falta de produção acadêmica na área e nas possíveis contribuições através do avanço do conhecimento sobre direitos reprodutivos e o Planejamento Familiar, locus de atuação do Assistente Social. Vale destacar, a relevância da base teórica-metodológica crítica da profissão, fundamental para uma análise concreta da realidade social, além do vínculo entre o projeto ético-político profissional à um projeto societário em defesa da classe trabalhadora que se propõe construir uma nova ordem societária na defesa intransigente dos direitos humanos e à recusa do arbítrio e dos preconceitos (gênero, raça/etnia, classe).

Para Silva (2019), a Política de Saúde encontra-se como um instrumento de trabalho do assistente social na atualidade, diante disso, o profissional de Serviço Social e à equipe multiprofissional que atuam no Planejamento Familiar compõe um programa que deve viabilizar o acesso à informação sobre os recursos e métodos oferecidos pelo serviço e conseqüentemente sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos. A Lei nº 8.662/92, que regulamenta a profissão e o Código de Ética do Assistente Social, corroboram com essa perspectiva, em virtude das ferramentas apresentadas pelo Código para o exercício profissional, que consiste sobretudo na prestação de serviços diretos aos usuários, ao planejamento, à assessoria e na área da Saúde.

Discutir sobre os direitos reprodutivos e sexuais da mulher é rever constantemente a base patriarcal e a divisão de gênero e de classe que envolve a sociedade brasileira. Logo, a importância dessa pesquisa para o Serviço Social encontra-se na necessidade de acervos que tratem sobre a responsabilização pela contracepção e a gestação não planejada e principalmente para o desenvolvimento crítico da atuação profissional livre de achismo e crenças pessoais. Gerar ou não um filho deve ser uma decisão das mulheres e assim como a maternidade, a contracepção também não deve ser tratada como responsabilidade exclusiva da mulher.

A modificação legal sobre tal aspecto, permitiu a esterilização cirúrgica em mulheres durante o período de parto, desde que respeitado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas (Brasil, 2022). Porém, pelo processo social e histórico da medicalização do corpo feminino e o conservadorismo por parte de alguns profissionais, a efetivação dos direitos reprodutivos e da autonomia feminina sobre seus corpos ainda enfrentará muitas dificuldades.

O Planejamento Familiar, como prevê a Lei nº 9.263/96 é um direito de todo cidadão, inclusive dos adolescentes. Entretanto, “o estímulo à participação e à inclusão dos homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar limitam-se a experiências isoladas de alguns serviços ou organizações não-governamentais” (Brasil, 2004). Portanto, se concentra a responsabilidade pela contracepção nas mulheres que conseqüentemente também é responsabilizada pela gestação não planejada.

Diante desses aspectos, é necessário que haja a quebra da condicionalidade histórica do corpo feminino à maternidade e as responsabilidades em torno da contracepção, movimentando dessa forma, as pesquisas em torno da anticoncepção masculina e conseqüentemente a cobrança da participação dos homens nas responsabilidades do âmbito privado. Portanto, o objeto de estudo trata-se da responsabilização da mulher pela

contracepção e gestação não planejada e como se tornaram público-alvo do Planejamento Familiar.

O objetivo geral da pesquisa visou compreender como os processos históricos e sociais contribuíram para tornar a mulher eixo do Planejamento Familiar e das responsabilidades do âmbito reprodutivo, como a contracepção e gestação não planejada. Diante disso, os objetivos específicos são: discutir os principais aspectos sócio-históricos que contribuíram para tornar a contracepção responsabilidade exclusiva feminina e importância da perspectiva de gênero; investigar a responsabilização da mulher pela gestação não planejada com recorte na gravidez na adolescência; e por fim, analisar a centralização do Planejamento Familiar na mulher em contraposição com a ausência da participação masculina.

É uma pesquisa com base no método da teoria social de Marx. A dialética materialista histórica foi desenvolvida por Marx ao longo de quase 15 anos de pesquisa, portanto não é resultado de intuições, mas da formulação precisa dos elementos centrais de seu método. A teoria marxiana foi influenciada pela filosofia alemã, a economia política inglesa e o socialismo francês (NETTO, 2011). Ao realizar sua crítica da Economia Política clássica, Marx (1857, p.116) afirma que “a população é uma abstração, se desprezarmos, por exemplo, as classes que a compõem”, isto é, deve-se chegar à essência do objeto estudado para tomar conhecimento do todo. “Nessa medida, o curso do pensamento abstrato que se eleva ao mais simples ao complexo corresponde ao processo histórico efetivo” (Marx, 1857, p. 118).

Netto (2011), afirma que a perspectiva crítica de Marx não se trata de uma visão vulgar de “crítica”, mas da verificação a partir de processos históricos reais. No materialismo histórico dialético é onde se observa a contradição da história, analisar um fato e não aceitar como ele realmente é, vendo as possíveis modificações. Diante disso, ressalta-se a importância de se pensar nas lutas que envolvem os direitos das mulheres em diálogo com o marxismo. Ávila e Ferreira (2020), consideram que:

Do diálogo crítico entre feministas e marxistas emergem categorias e conceitos fundamentais para apreender hoje como se produzem e reproduzem as desigualdades no sistema de exploração e dominação patriarcal, capitalista e racista: um sistema único, indivisível, mutuamente formado e determinado. (Ávila; Ferreira et. al., 2020, p.111).

A teoria marxista influenciou e inspirou as correntes feministas, pois um método fundamentado na história como o movimento dialético permite a desnaturalização da categoria mulher como essência biológica. Diante disso, estabeleceu-se um diálogo crítico no interior da práxis feminista e a contribuição do método para o movimento está na apreensão da historicidade do patriarcado e do racismo, principalmente na sua sobreposição com o

capitalismo, esse movimento é possível a partir da compreensão da realidade por meio do movimento do real, buscando suas determinações e mediações (Ávila; Ferreira, 2020).

O método dialético leva o pesquisador a considerar além do movimento histórico, o conflito e a contradição, a totalidade e a unidade dos contrários e as dimensões filosófica, material/concreta e política que envolvem o objeto de estudo. A dialética também requer uma revisão constante e leva ao pesquisador a fazer um caminho reflexivo e crítico de forma que toda interpretação pré-existente sobre o objeto seja submetida a uma análise (Lima; Mioto, 2007). Os próprios sujeitos do movimento feminista colocam em questão a produção feminista de conhecimento devido a sua pluralidade, ou seja, trata-se de um movimento dialético permanente. Nesse mesmo sentido é possível verificar que “os feminismos materialistas são referências fundamentais para interpretação da realidade social e histórica e assim para sustentação de projetos políticos de transformação social” (Ávila; Ferreira, 2020, p.120).

Em vista das diversas vertentes teórico-políticas dos feminismos, mostra-se fundamental analisar as desigualdades sociais presentes nas relações de sexo, “raça” e classe a partir do feminismo classista, isto é, ancorado em uma perspectiva materialista, histórica e dialética, fazendo assim uma analogia entre feminismo e marxismo, a partir do compromisso com uma sociedade emancipada e sem exploração, lembrando-se sempre do Projeto Ético-político do Serviço Social (Cisne, 2018).

A pesquisa é bibliográfica narrativa e documental. Pesquisa bibliográfica requer atenção ao objeto estudado e se desenvolve através de um conjunto de procedimentos em busca por soluções. Além disso, a leitura é fundamental, pois é por meio dela que se identifica os dados e informações que estão imersos no material escolhido (Lima; Mioto, 2007). Segundo Gil (1994), esse tipo de pesquisa permite ao pesquisador melhor definir o quadro conceitual que envolve o objeto estudado, pois proporciona o alcance significativo de informações através da combinação dos diversos dados disponibilizados em publicações.

De acordo com Macedo (1995), a pesquisa bibliográfica refere-se ao primeiro passo em qualquer tipo de pesquisa científica que se for elaborar, com a finalidade de revisar a literatura já existente e não redundar no tema de estudo ou experimentação. Além disso, há três características da pesquisa bibliográfica as fontes primárias que são relacionadas a informações do próprio pesquisador como artigos, teses, dissertações; a secundária, refere-se ao complemento como bibliografias, bancos de dados e livros e por fim e a terciária relacionada a catálogos de bibliotecas, diretórios, revisões de literatura e outros (Souza et al., 2021).

A pesquisa documental é a que mais se aproxima da pesquisa bibliográfica. Isso porque, o que vai diferenciar são os elementos, na natureza das fontes, pois, enquanto a pesquisa bibliográfica refere-se às contribuições de diferentes autores sobre o tema, a documental, refere-se aos materiais que ainda não receberam tratamento analítico, dessa forma, sendo as fontes primárias (Sá-Silva, J. R. et al., 2009).

A natureza de pesquisa é qualitativa, esta se determina através do conhecimento de um fenômeno histórico, pois trabalha os dados buscando seu significado, isto é, busca-se para além da aparência dos fenômenos (Weber, 1970 apud Minayo; Sanches, 1993; Triviños, 1987). Segundo Gil (2022), o que se pode alcançar com a pesquisa qualitativa é descobrir conceitos e relações entre os dados e organizá-los em um esquema explicativo. No entanto, também utilizamos dados quantitativos de documentos oficiais buscando dar mais ênfase ao nosso objeto de estudo, analisando como este se apresentava na realidade concreta.

Não podemos deixar de considerar a nossa experiência como estagiárias, o que proporcionou o ponto de partida para o nosso problema de pesquisa. Assim, utilizamos como instrumento de pesquisa a observação que tivemos nos nossos campos de estágio no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e no Instituto Cândida Vargas (ICV), entre o período de março à dezembro de 2022, consultando sempre os registros que fizemos nos nossos diários de campo para enriquecer e problematizar ainda mais a temática estudada.

Esta pesquisa trata da abordagem sócio-histórica que determinou a responsabilização da mulher pela contracepção e gestação não planejada. O primeiro capítulo destaca o controle social por meio da medicalização do corpo feminino ao torná-lo objeto de estudo da medicina e pela naturalização da contracepção feminina; os direitos reprodutivos sob a perspectiva de gênero e a divisão sexual do trabalho e a importância do feminismo para ruptura dessa realidade e para o desenvolvimento de políticas voltadas para o direito à sexualidade feminina.

A gestação não planejada é abordada no segundo capítulo, bem como a gravidez na adolescência e as principais consequências enfrentadas pelas mulheres, como a evasão escolar, a diminuição da expectativa pessoal e profissional, no âmbito psicossocial, e os aspectos socioeconômicos, vivenciadas principalmente pelas classes mais pobres da sociedade, onde a característica é mencionar só mais um problema. Além disso, a gravidez na adolescência vem sendo vista como um problema de saúde pública, mediante a problemas que podem acarretar, como por exemplo, complicações obstétricas.

No último capítulo destaca-se brevemente os aspectos históricos e sociais que tornaram a mulher o público-alvo do planejamento familiar e a ausência da participação

masculina, bem como do desenvolvimento de métodos contraceptivos voltados para este público.

1. OS PRINCIPAIS ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS QUE DETERMINARAM A RESPONSABILIZAÇÃO DA MULHER CIS SOBRE A CONTRACEPÇÃO

1.1 Medicalização do corpo feminino: controle social a partir da contracepção feminina e da reprodução

O poder hegemônico assumido pelos médicos como responsável pela ordem social e ditador das normas alusivas ao corpo feminino é um processo histórico que foi construído gradativamente na medida em que a medicina se desenvolvia enquanto conhecimento científico. O surgimento da medicina como área da ciência é destacado no século XVIII, nesse contexto também se destaca o interesse no controle do crescimento populacional e o domínio masculino, sobretudo disciplinador e higienista dos espaços e das relações sociais (Costa, et al 2006).

Os ideais eugênicos além de buscar “melhorar a raça”, também impôs que as condições de vida dos indivíduos fossem determinadas hereditariamente, isto é, o pobre era pobre porque era inferior, dessa forma a pobreza era seu destino, a eugenia além de determinar a hierarquia social também determinou a hierarquia racial, pois a mestiçagem era vista como um “problema racial”. Portanto, se estimulou a procriação dos considerados “superiores” e se repreendeu a dos considerados “inferiores”. Assim, o movimento eugênico possibilitou que as práticas sociais se organizassem enquanto políticas públicas, tornando a população objeto manipulável através da disseminação de discurso científico autoritário e totalitário (Marciel, 1999).

A tentativa de controle da natalidade entre as classes pobres existe desde as ideias eugênicas, que consiste no incentivo da reprodução de indivíduos considerados talentosos e bem-dotados, desencorajando a reprodução dos indesejáveis. Diante disso, destaca-se que a disseminação de ideias eugênicas corroborou com o fortalecimento da relação entre poderes públicos e medicina (Rohden, 2001).

A medicina social arraigadas na intervenção pública através da sua função social no estado mercantilista do século XVIII, corroborou para o desenvolvimento de uma “ciência policial”, isto é, a administração pública de saúde era constituída como parte do policiamento geral da sociedade. Isto, pois, possibilitou o controle social como papel convencional dos médicos. Nesse mesmo sentido, a emergência da medicina científica no século XIX não foi capaz de se desassociar da política de saúde e da compreensão de doença como problema econômico e político, pois estes estavam enraizados na estratégia política de assegurar a

ordem, a riqueza e a saúde, indispensáveis para o desenvolvimento do capitalismo (Carapinheiro, 2005).

Segundo Terra (2014), às intervenções da medicina social no Brasil esteve associada ao desenvolvimento do país, na mesma proporção em que o papel político do médico esteve sustentado pelo projeto do Estado Nacional, isto é, o médico enquanto sujeito social buscou a garantia da ordem e o progresso sob os interesses do capital internacional. Portanto, a medicina social no Brasil esteve associada aos ideais do positivismo e do evolucionismo, ao analisar os males das sociedades modernas, ou ainda, os males causados pela insalubridade do trabalho, não pela perspectiva da doença, mas, através do próprio indivíduo.

Diante disso, a medicina social no Brasil assume uma posição de disciplinar os indivíduos da sociedade a partir da ciência exercida por homens de poder, já que o atraso vivenciado pela sociedade brasileira era entendido como resultado da miscigenação que justificaria a “brutalidade e ignorância da sua população” assim como a pobreza e a desordem social (Terra, 2014).

Embora a coexistência entre a medicina científica e social tenha sido marcada de tensões, pois enquanto a primeira estava centrada no exame e diagnóstico a outra correspondia às políticas médicas voltadas para a saúde das comunidades fundamentada em estruturas de poder, em ambas se firmou o poder biomédico da medicina europeia. Portanto, estas tensões não trataram de confronto de projeto político de controle social, mas de projetos científicos que as sustentavam. Diante disso, o aspecto família-criança tornou-se a primeira forma de medicalização dos indivíduos, trazendo consigo os processos que atribuiu à medicina e ao modelo higienista do controle social (Carapinheiro, 2005, p.391).

Segundo Fernandes e Rosa (2020), a medicalização do parto é fruto da medicalização social, quando se atribui aos aspectos naturais da vida, caráter médico e patológico, como foi o caso da reprodução. No Brasil a medicalização do parto acontece na segunda metade do século XX, na medida em que há o afastamento e a desqualificação das parteiras e o domínio masculino na institucionalização dos partos em hospitais, já que as mulheres eram proibidas de acessar o ensino formal. Dessa forma, o corpo feminino tornou-se objeto de estudo e aprendizado médico e espaço de controle populacional, o que resultou em óticas moralizadoras, influenciadas pelo machismo e religião, pois se antes o controle social era moral e religioso transformou-se em médico e científico. As autoras também destacam a prática inquisidora da Igreja como ação fundamentadora da medicalização da vida e do parto e que fortaleceu a medicina dogmática. Como afirma Vásquez (2014):

O campo da medicina, ao longo do século XIX, voltou seu olhar para as mulheres, não mais de maneira generalizada, mas sim para o corpo da mulher e suas especificidades, ou seja, a maternidade. Distantes da imagem aterrorizante de cirurgiões cheios de dúvidas e inexperientes em manobras onde o corpo era um campo de experiências inseguras, os médicos de fim do século XIX paulatinamente adquirem respeitabilidade diante de sua clientela (Vásquez, 2014, p. 171).

Para Costa (2006, p. 367), esse processo atingiu principalmente as mulheres e as crianças, na medida em que “as características da mulher vão sendo redefinidas, seu papel cultural cresce, assumindo condição de geradora da principal riqueza nacional: a população”. A medicalização do corpo feminino está arraigada ao surgimento dessa nova visão da prática médica que se consolida no século XIX, ou seja, através da necessidade do controle populacional da sociedade se focalizou a questão da reprodução na figura feminina (Vieira, 2002).

Para Vieira (2002), o corpo feminino foi constituído como objeto da medicina ao longo da história, através do discurso médico disciplinador dos corpos que se inicia com o projeto de higienização da sociedade a partir do século XVIII e logo reduz esses corpos a sua condição biológica, esse processo é fortalecido com a apropriação do parto pelos médicos no Brasil a partir do surgimento da obstetrícia e a exclusão das mulheres da prática tradicional de assistir aos partos. “A mulher grávida e a parturiente passaram a ser o foco das atenções dos médicos desde o final do século XVIII, mas foi ao longo do século XIX que o conhecimento e o atendimento às mulheres em tais condições deram origem a uma especialidade médica” (Martins, 2005, p. 651).

O corpo feminino passou a ser visto pela medicina excepcionalmente através do seu papel procriador e maternal, dando início ao processo de naturalização do corpo feminino, que nada mais é do que a articulação das condições: orgânica feminina e social de gênero. O papel político assumido pelos médicos através da transformação desse corpo em objeto de saber e prática médica, é responsável pela medicalização do corpo feminino (Vieira, 2002).

Segundo Miles (1991), medicalizar corresponde ao processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de maneira em que se garanta a conformidade às normas sociais. Nicida et al. (2020, p. 4531), assevera que a medicalização também pode ser compreendida como “o processo pelo qual a medicina amplia e consolida a sua área de atuação nos diversos campos da sociedade”. Em outras palavras: “é um controle social que começa no corpo, com o corpo. [...] O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 1972, p. 47).

Minella (2005, p. 18-19), destaca que “a medicina social contribui significativamente para o estabelecimento de padrões de conduta que se tornam amplamente aceitos, porque são

legitimados pela crença no avanço da ciência e da técnica”. Dessa forma, ao ampliar-se o papel social do médico assumindo o encargo de educador e guardião da moral e dos costumes, o discurso médico se legitima e fundamenta as normas sociais de comportamento através da imposição de parâmetros de normalidade sobre a formação da identidade feminina, assim dizendo, a função de boa reprodutora e educadora dos filhos. Esta ideia sobre a mulher é primordial para compreender como se constrói a identidade social das mulheres na atualidade (Vieira, 2002). Para Martins (2005):

A valorização da mulher como mãe foi uma estratégia bem-sucedida que contribuiu para a entrada e aceitação do médico na vida familiar, tornando-o uma espécie de conselheiro tão respeitável como o padre, o pastor ou os próprios membros mais velhos da família. Ao tornar-se um aliado da mulher nos assuntos relativos aos filhos, o médico teve acesso a outros assuntos específicos às mulheres como a gravidez, o parto, o puerpério e as queixas ginecológicas (Martins, 2005, p. 652).

Segundo Vieira (2002, p. 69-70): “A medicalização se viabiliza pelas características da reprodução biológica abrigada no corpo feminino. A reprodução de ideias sobre uma ‘natureza feminina’ é que permitirá a sua medicalização”. Para a autora, três aspectos permitem compreender a questão da natureza feminina: a educação das mulheres, a sexualidade e os processos do corpo feminino que é representado pela menstruação. Vale destacar que a educação das mulheres teve como objetivo ressaltar o discurso médico ao definir o papel social das mulheres baseado na sua biologia, isto é, no seu papel maternal e reprodutora. A educação da mulher corresponde ao ponto central para o controle social exercido pela medicina, em vista do aperfeiçoamento físico e moral da mulher, da mãe e das futuras gerações do país (Matos, 2000).

Segundo Bamberger et al. (1979), a aproximação da imagem feminina com o espaço doméstico fortaleceu o entendimento das mulheres como mais próximas da natureza, se comparadas aos homens. Dessa forma, a sexualidade feminina estava associada ao papel de mãe e esposa e naturalmente teriam menos desejos sexuais do que os homens. Esse aspecto se assegurava nas descrições médicas dos corpos femininos e masculinos, baseadas nas leis inexoráveis da Natureza, que justificavam as desigualdades sociais e transformava a mulher num corpo prolífico e inferior aos homens porque a Natureza as havia feito mais frágeis e mais sujeitas aos imperativos da sua natureza sexual (Costa, 2006; Martins, 2005).

Para Bamberger et al. (1979), as mulheres parecem mais próximas da natureza se comparadas aos homens, isso se explica por três caracteres: o corpo da mulher e suas funções; o corpo feminino e suas funções fixadas em funções sociais e os papéis sociais tradicionalmente impostos pela fisiologia do corpo e suas funções que sugerem uma estrutura psíquica diferente e dessa forma as aproxima da natureza. Nesse sentido, o corpo feminino

impõe sobre a mulher a função de mera reprodutora de vida, ao contrário do homem que é livre, portanto, é quem mais se aproxima da cultura.

Diante disso, as mulheres que tivessem vida sexual ativa desassociada ao matrimônio eram consideradas doentes e relacionadas a distúrbios (Turner, 1987 apud Vieira, 2002). Nesse sentido, destaca-se que as mulheres foram expostas a um contexto de desigualdades construído ao longo da história que insere a mulher em episódios de subordinação e opressão (Inácio; Fonseca, 2018).

A responsabilidade sobre o controle da fertilidade é exclusiva da mulher, o que implica na ausência de variedade dos métodos contraceptivos masculinos, trata-se de uma herança cultural patriarcal, mas esse processo também pode ser entendido como uma consequência da medicalização do corpo feminino, ao associar a natureza feminina gradativamente aos órgãos reprodutivos e com isso se propagou o discurso médico e de autoridades acerca das limitações dos papéis das mulheres (Boaventura et al., 2021; Costa, et al., 2006). Para Inácio e Fonseca (2018):

Historicamente, as desigualdades nas relações de gênero têm base em construção ideológica a partir de uma identidade simbólica e cultural que reforça a ideia de que o papel principal da mulher se restringe ao espaço doméstico, e consiste em ser uma mãe aplicada e dedicada aos afazeres da casa e aos cuidados com a família. Ao passo que se incentiva o homem a buscar uma maior apropriação do poder político, com prioridades ao espaço público e liberdade de escolha e decisões às atividades profissionais (Inácio; Fonseca, 2018, p. 4).

A análise das relações de gênero nos grupos populares permite compreender que o espaço doméstico é natural à mulher, por outro lado, o social e o público é natural do domínio do homem, portanto enquanto o homem é o provedor, cabe à mulher cuidar dos filhos, do marido, e assim como são responsabilidades femininas a gravidez e a amamentação também cabe a elas a contracepção. Destaca-se, também, que as mulheres com filhos assumem uma posição de destaque em relação às que não têm filhos (Duarte; Leal, 1998). Como afirma Bamberger et al. (1979):

A fisiologia feminina é mais envolvida na maior parte do tempo com a “preservação da vida”; a ligação das mulheres com o contexto doméstico estruturalmente subordinado, responsável pela penosa função de transformar as crianças num estado primitivo em seres civilizados; a psique feminina apropriadamente moldada para a função maternal por sua própria socialização e apta para um maior personalismo e o modo de se relacionar menos mediato: todos estes fatores fazem com que as mulheres pareçam enraizadas mais direta e profundamente na natureza. Entretanto, ao mesmo tempo, sua “associação” e participação completamente necessárias na cultura, são reconhecidas por esta e não podem ser negadas. Portanto, ela é encarada ocupando uma posição intermediária entre a cultura e a natureza (Bamberger et al., 1979, p. 114-115).

Uma nova atitude começou a diferenciar o papel social dos médicos, trata-se de uma atitude fundamentalmente política, baseada na preocupação dos médicos com os graves

problemas de saúde pública como as epidemias. Esta atitude se esbarrou com os interesses do Estado que cada vez mais entendia a população como fonte das riquezas e do poder dos Estados (George Rosen, 1983 apud Martins, 2005). Para Badinter (1985), na medida em que a sociedade capitalista se formava, mas precisamente no final do século XVIII, houve uma valorização do ser humano por parte do Estado, na medida em que era necessário garantir a reprodução social. Dessa forma, a tomada dos corpos pela medicina nessa sociedade assume um papel significativo de controle social (Foucault, 1972).

Carapinheiro (2005), destaca que os séculos XVIII e XIX foram marcados pela articulação de duas técnicas de poder que foram indispensáveis para o desenvolvimento do capitalismo, pois a máquina de produção dependia do controle dos corpos, isto é, do ajuste da sociedade conforme a necessidade dos processos econômicos. O autor revela que:

De uma forma sintética, a partir de uma perspectiva inspirada em Foucault (1963, 1975, 1980) e Turner (1987, 1992) foram duas as principais formas sob as quais evoluiu o poder sobre a vida: uma centrando-se no “corpo como máquina” (na sua disciplina, na otimização das suas capacidades, na extorsão das suas forças, no incremento da sua utilidade e docilidade e na integração da sua eficiência em sistemas de controle económico), cuja administração se encerra no funcionamento das disciplinas científicas, vistas como tecnologias de poder; a outra centrando-se no “corpo como organismo” (a propagação da espécie humana, a natalidade e a mortalidade, os níveis de saúde das populações, a esperança de vida e a longevidade), cuja regulação opera através de novos métodos de cálculo racional da vida. A partir desta tecnologia bipolar, a “anatomo-política do corpo” e a “biopolítica da população”, desenvolveram-se a individualização anatómica e a especificação biológica, como os dois processos estruturais que marcaram a consagração da era do bio-poder, ou seja, do poder cuja função se maximiza no investimento progressivo sobre a vida (Carapinheiro, 2005, p.386).

Vieira (2002), assevera que a redefinição da prática médica no século XVIII somada a emergência do capitalismo, toma como campo da sua jurisdição a regulação dos nascimentos e a demografia a partir deste processo de higienização no qual é incluído o corpo feminino. Diante disso, o médico assume a função de um cientista social, ao serem integradas no conhecimento médico outras disciplinas como estatística, geografia, demografia, topografia e história (Machado et al., 1978).

Essa prática médica higienista corroborou com a construção de um modelo familiar apoiado na imagem da mulher reprodutora. Na contemporaneidade, esta prática busca elaborar um modelo compatível com as necessidades da sociedade atual, isto é, o modelo ideal de reprodutora é substituído por outro modelo que sabendo se reproduzir, controla e até nega sua aptidão reprodutiva. Essa negação se configura como estratégia de sobrevivência associada aos setores populares e para se reafirmar em outros âmbitos, como nas esferas da medicina e dominantes (Minella, 2005).

Para Campos (2015), a família sempre foi eixo das políticas setoriais como saúde, educação e previdência, dessa forma, compreende-se que a atual posição assumida pelas famílias na Política Social não é recente e nem é consequência da política neoliberal que emergiu nos anos 90. É possível analisar na atualidade, a partir do forte retorno do conservadorismo, uma atuação do profissional do Serviço Social em questões que não aparecem junto ao avanço do amadurecimento teórico da profissão, como o trabalho com famílias.

A centralização das políticas nas famílias contribuí para reforçar as suas funções sociais, pois, as famílias tornam-se responsáveis por prover o bem-estar, onde as mulheres respondem pelo trabalho familiar. Portanto, a relação antagônica entre política social no capitalismo dependente e a centralidade nas famílias da classe trabalhadora, trata-se de uma relação perversa, onde se pretende privatizar a provisão de bem-estar nas famílias de forma que sempre gera uma sobrecarga e culpabilidade, sobretudo nas mulheres. A política social “tenderá sempre a jogar para cima das famílias responsabilidades que, dadas as suas condições objetivas de vida, não são capazes de assumir” (Horst; Mito, 2017, p. 232).

Dessa forma, é fundamental pensar a atuação profissional a partir da compreensão dessas contradições e de acordo com o Projeto Ético Político profissional. Portanto, trata-se de uma ação de intervenção ideológica na vida das famílias da classe trabalhadora, isto é, não a partir da caridade tradicional e curativa, mas da educação e prevenção dos problemas sociais (Iamamoto, 2013).

A relação entre ciência e poder sugere “a inserção controlada dos corpos no aparelho de produção”, isto é, a adequação dos fenômenos da população aos processos econômicos, sociais, políticos e culturais. Essa relação acontece a partir do controle sobre os procedimentos biológicos, como a proliferação e o nascimento, tais processos são expostos a uma série de intervenções e controles reguladores, isto é, uma biopolítica da população. Este bio-poder foi fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, este só foi possível a partir do controle dos corpos no aparelho de produção (Foucault, 1972). Minella (2005):

Acredita-se que tanto homens quanto mulheres estão se tornando demasiadamente sujeitos às pressões exercidas pelos fortes desestímulos culturais à paternidade e à maternidade, configurando um processo perverso, peculiar a um contexto onde filhos têm se tornado um estorvo ao crescimento individual e às expectativas de ascensão social (Minella, 2005, p. 68).

A reprodução tornou-se o meio para medicalizar, através da necessidade do controle popular e do foco da reprodução centralizado na mulher. Dessa forma, a questão demográfica tornou-se objeto da ginecologia e obstetrícia o que possibilitou a medicalização do corpo

feminino, isto é, a prática médica apoderar-se do corpo feminino como objeto de saber (Costa, et al., 2006).

Segundo Coelho et al. (2000), as propagandas contraceptivas no século XIX eram inspiradas na Teoria de Malthus, que defendia o controle da natalidade sob a hipótese de que quanto mais crescesse a população, mais pobre ela seria, pois esta crescia em progressão geométrica e os alimentos em progressão aritmética. Ávila e Berquó (1994), apontam outras três linhas de pensamento em defesa da contracepção: a dos neomalthusianos que a entendia como solução para a pobreza; o movimento eugênico que a via como controle de natalidade para melhoria genética e das feministas que a considerava direito fundamental da mulher.

Os investimentos de pesquisas dos anticoncepcionais, desde 1960, trata-se de um desenvolvimento internacional para promover o controle populacional como forma de diminuir a pobreza. Portanto, a medicalização da anticoncepção, teve início nos anos 60, pois, antes disso os olhares médicos e as políticas públicas para a mulher estavam voltados para o ciclo gravídico-puerperal fundamentado pela mortalidade infantil. Esse início estabeleceu-se a partir das estatísticas sobre o crescimento populacional no terceiro mundo. Antes disso, a esterilização além de ser impopular também não podia ser escolhida voluntariamente como meio de contracepção. Diante disso, destaca-se que a anticoncepção é produto da evolução histórica da medicina e da sociedade (Costa, 2006; Vieira, 2002).

A disseminação da ideia de que por meio da contracepção feminina a mulher assume o controle da fecundidade e o poder sobre o seu próprio corpo confere-se como uma armadilha de gênero. Pois, permite a isenção do homem mais uma vez das tarefas do mundo privado e apresenta-se como um problema frente a uma gestação não planejada, uma vez que caí sobre elas a responsabilidade. Além disso, a pesquisa de métodos contraceptivos também pode ser encarada como um desvio de gênero em virtude do desenvolvimento de métodos reversíveis de alta eficácia para as mulheres e para os homens não (Carvalho, et al., 2001).

Segundo Minella (2005), a escolha pela esterilização tem avançado bastante, pois tanto as mulheres com um filho, quanto as muito jovens têm optado por esse método, como uma solução radical para o controle de natalidade. Para além disso, a autora revela que a dissipação da discriminação da esterilização feminina e a ausência de assistência e orientação médica sobre contracepção tem contribuído para a exposição das mulheres a um novo tipo de risco à sua saúde, fruto do uso de métodos contraceptivos. Além disso, destaca-se que a esterilização da mulher da classe burguesa é diferente da esterilização da mulher classe trabalhadora mais pauperizada, no sentido de acesso e compreensão da própria situação, da mesma forma acontece com a esterilização da mulher do meio urbano e rural.

No entanto, embora a opção pela esterilização pareça para as mulheres ser uma escolha individual e livre, na verdade é um reflexo da cultura patriarcal, da política mercantilizada da saúde e da política demográfica, uma vez que a mulher é submetida a uma posição desvantajosa dentro da família e no mercado de trabalho. Pois, ocorre dentro de um conjunto de alternativas estabelecidas socialmente e que são individualmente impotentes para alternar. Além disso, mais uma vez contribui para a manutenção da ausência e responsabilidade masculina pela contracepção, uma vez que esse é o método que menos depende da cooperação masculina (Barroso, 1984).

A identificação da gravidez e maternidade como parte da natureza feminina desenvolve profundas desigualdades de gênero e de classe, pois o desejo pela maternidade é compreendido como um projeto de vida, o que provoca o aumento de gestações na adolescência nas camadas populares, enquanto nas classes mais elevadas a maternidade pode ser projetada fazendo uso de tecnologias para tal finalidade. Diante disso, compreende-se também diferenças sobre a ótica da saúde reprodutiva que se expressão através de processos eugênicos, já que “as mulheres negras são as mais afetadas, inclusive, por um processo de esterilização cirúrgica naturalizado como fim da vida reprodutiva” (Costa, 2006, p. 376).

Além disso, a contracepção é controlada por interesses econômicos, isto é, a indústria farmacêutica e a rede hospitalar privada atuam na mercantilização da regulação da fecundidade. Esse processo acontece através de discursos sobre a garantia de evitar filhos ser mais importante do que a saúde e segurança, o que justifica a predominância da pílula e da esterilização (Barroso, 1984).

Diante disso, a massificação da esterilização feminina pode ser entendida como uma resposta a esse instrumento social, que considera a “modernização” das mulheres por meio do controle da reprodução associada a pobreza, a falta de informação, a necessidade da urbanização acelerada, da liberdade sexual, do mercado de trabalho, entre outros. Portanto, há uma nova apropriação da subjetividade feminina, através da negação da maternidade. Dessa forma, pode se afirmar que “a medicalização está ligada diretamente com o uso dos medicamentos e com o efeito corrente acerca desse ato, o processo de medicalização se refere uma intervenção médica autoritarismo, onde os médicos são os detentores do saber” (Minella, 2005; Lopes et al. 2022, p. 23).

1.2 Direitos reprodutivos e perspectiva de gênero

Para Matos (2000), as representações de gênero presentes nos discursos médico-sanitarista promoveu narrativas normativas, a partir de bases doutrinárias que ditavam um conjunto de prescrições que deveriam orientar e ordenar a vida. Pois, a família era entendida como eixo para este projeto normatizador que permitiria a adaptação das práticas sociais ao novo regime, ou seja, a consolidação do capitalismo. Nesse sentido, com a emergência da pobreza, a questão urbana esteve interligada à questão social e o higienismo-sanitarismo expandiu o seu controle sobre a família, valorizando sobretudo, a criança. Diante disso, a maternidade deixou de ser prática exclusiva feminina e tornou-se objeto de saber médico, isto é, um discurso masculino sobre a mulher.

Esse discurso passou a responsabilizar a mulher pela mortalidade infantil e possibilitou a reafirmação e definição dos papéis e funções de homens e mulheres dentro da família e na sociedade, isto é, cabia à mulher cuidar da saúde e bem-estar da família, o que ampliou ainda mais sua responsabilidade como dona de casa, principalmente em relação à infância, enquanto se reservava ao homem a esfera pública. Este saber médico é regido por uma dinâmica de relações de dominação e exclusão, pois, além de legitimar o domínio do homem sobre a mulher, também tornou a sexualidade feminina objeto de atenção reforçada (Matos, 2000).

Segundo Rohden (2001), a partir da segunda metade do século XIX, a condição de vida das mulheres começa a mudar. Pois, o papel exclusivo de mãe e esposa assumidos pelas mulheres pouco tempo antes, começa a ser questionado na medida em que elas acessam à educação, se tornam força de trabalho produtivo, se casam mais tarde e reduzem o número de filhos e participam de debates públicos sobre direitos e prostituição. Destaca-se, também, que enquanto os médicos buscavam definir a feminilidade como estática, ela se apresenta como instável e fluida. Assim sendo, a abertura do movimento feminista foi vista como uma ameaça para as ideias eugênicas, pois as mulheres eram vistas como as responsáveis pela “nova raça”, mediante sua posição social de procriar (Marciel, 1999).

A abertura dos novos modelos de sexualidade, parentalidade e amor permite alterações na esfera privada, sobretudo na família e nas relações de gênero. A escolha sobre a maternidade trata-se de uma conquista que emergiu com a modernidade, no século XX, isto é, com o avanço da urbanização e da industrialização, que possibilitou o acesso das mulheres à educação formal, e aos espaços públicos, com a mesma responsabilidade sobre o cuidado com

os filhos. Diante disso, permitiu a escolha sobre a maternidade e o uso de contraceptivos (Scavone, 2001).

Quadros (2004), afirma que o desenvolvimento de contraceptivos nos anos 60, sobretudo a pílula anticoncepcional e o dispositivo intra-uterino (DIU), surge como instrumento de controle populacional, isto é, para estabelecer limites de filhos. O argumento central esteve associado à ideia de que se as mulheres tivessem menos filhos, cuidava mais dos filhos nascidos e assim diminuiria a taxa de mortalidade infantil. Dessa forma, mais uma vez se reforça o lugar da mulher na vida privada, na medida em que o controle da prole se configurou como atribuição materna, sobretudo para as mulheres casadas. Para o autor, esse não era o discurso primordial do movimento feminista, mas tratava-se da luta pela separação entre direitos sexuais e reprodutivos, isto é, a contracepção se configuraria enquanto forma de liberdade para as mulheres participarem do mundo público.

O movimento feminista inicia-se na Europa e nos Estados Unidos no final dos anos 60 e início dos anos 70. Essa luta preconizava a ampliação da ótica política para além da esfera pública, ou seja, a visibilidade política da esfera privada e do corpo, considerando que as relações hierárquicas entre os gêneros perpassam tanto pela esfera pública quanto privada. Nesse sentido, o feminismo apresentou uma crítica aos meios de controle do corpo e da sexualidade feminina. A ideia incipiente sobre o corpo para o feminismo esteve centralizada na premissa “Nosso corpo nos pertence”, que expõe aspectos das relações de poder entre os gêneros tanto no espaço público como no privado, isto é, busca dar um novo significado ao corpo através do questionamento dos corpos disciplinados e normalizar a sexualidade (Scavone, 2010).

O movimento feminista e das mulheres desenvolveu estratégias políticas que possibilitou a desassociar a sexualidade da procriação, a desconstrução do naturalismo da reprodução social e sexual feminina associada ao debate biológico, esse processo refletiu positivamente para o desenvolvimento de métodos contraceptivos. Além disso, também buscava-se a autonomia sobre a escolha da maternidade e o seu momento, a partir do avanço das tecnologias no campo da contracepção e concepção, o que provocou o dilema de ser ou não ser mãe (Scavone, 2010, 2001).

Para Minella (2005), a separação entre sexualidade e procriação permitiu desconstruir o naturalismo da reprodução associada à sexualidade da mulher. Além disso, a autora assevera que o avanço da técnica, das pesquisas e da prevenção não são obtidos nos países subdesenvolvidos, sem a ajuda da mobilização política que se dá a partir da consciência popular, em virtude da precarização dos serviços públicos de saúde dos países.

Segundo Oliveira (1997), o conceito de direitos reprodutivos e sexuais foi construído através da luta feminista que buscou evidenciar a saúde da mulher enquanto direitos individuais e coletivos fundamentais para o cumprimento da cidadania. O feminismo buscou a garantia da liberdade de escolha do uso da contracepção e questionou a ausência da participação do homem no processo de controle da prole, bem como de métodos contraceptivos masculinos. Vale destacar que o desenvolvimento dos métodos contraceptivos partiu do avanço da tecnologia médica, isto é, das tecnologias masculinas de poder, apesar do feminismo apoiar os benefícios dessas tecnologias, também se produziu um contradiscurso que se apoiava nos malefícios da contracepção para a saúde das mulheres (Scavone, 2010).

Minella (2005, p. 89), ao analisar as representações femininas no período pós-esterilização em Florianópolis – SC, em relação às consequências da esterilização, a autora revela que a maioria das mulheres (57,5%) destacaram como ponto positivo a tranquilidade a partir da certeza que não terão mais filhos. Em relação aos aspectos negativos, a principal questão foi referente aos problemas de saúde que passam a sentir depois da cirurgia, que interferem tanto na vida social quanto afetiva.

A Constituição Federal brasileira de 1988 foi fundamental para o reconhecimento jurídico da igualdade entre mulheres e homens, mas foi a partir das reivindicações dos movimentos feministas e das mulheres que houve de fato a atenção sobre os direitos reprodutivos e a sexualidade das mulheres. Diante disso, iniciou-se os serviços e programas através da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher com atenção à saúde da mulher, para além dos direitos reprodutivos, isto é, considerou-se os direitos à sexualidade e ao planejamento familiar (Inácio Fonseca, 2018).

O movimento das mulheres foi crucial para a conquista dos Direitos Reprodutivos, este integrou pautas consideradas fundamentais diante das necessidades que surgiram nessa nova conjuntura social e cultural. Portanto, vale destacar que a promoção da esterilização é um reflexo da dinâmica da sociedade, isto é, a econômica, a política e a cultura. Diante disso, destaca-se que a esterilização é o método mais utilizado entre as mulheres brasileiras como solução para a regulação da fecundidade (Ventura, 2009; Minella, 2005; Scavone, 2001).

A contracepção depende de muitos fatores que estão além da disponibilidade e distribuição dos métodos, pois para administrar a contracepção é necessário que antes se compreenda o diálogo entre sexualidade e relações sociais entre gêneros, isto é, suas posições nas hierarquias de gênero, seus projetos de vida, desejos e ambições, diante das suas vulnerabilidades, limitações e dificuldade, principalmente o lugar da maternidade e da reprodução em suas vidas e seu grupo social. A contracepção é tratada dentro da saúde

pública sob o aspecto do conhecimento, uso e acesso aos métodos contraceptivos e não como uma questão cultural. Destaca-se que compreender a contracepção como um ato cultural significa dizer que ela está permeada por valores, crenças, emoções, incertezas e dúvidas (Bradão; Cabral, 2017).

Scavone (2010), destaca que através da conquista legal dos direitos reprodutivos das mulheres, sob a ótica da democracia política, permite avaliar que não foi a natureza a causa pela submissão do corpo feminino, mas as relações sociais de poder entre os sexos. Além disso, a ausência de pesquisas, divulgação e utilização de contraceptivos para os homens contribui para a ideologia de que a reprodução é um determinante natural para a mulher. Sendo assim, Matos (2000), afirma:

Ao homem se reservava a esfera pública e, à mulher, o mundo privado. A representação do lar e da família era feita em termos naturais, enquanto a esfera pública, em oposição, era representada como instância histórica. Esta separação entre público e privado não pode ser identificada como algo inevitável ou natural, tendo sido construída conjuntamente com a definição das esferas sexuais e a delimitação de espaços para os sexos. Sabendo-se que esses elementos são social, cultural e historicamente construídos, pode-se perceber um movimento progressivo de privatização do espaço, concomitantemente com o fortalecimento do Estado e o processo de urbanização, em que a esfera pública, cada vez mais voraz, estende seus tentáculos até o domínio das intimidades. Desta forma, pensar a família, e nela a mulher, como uma esfera separada do mundo do público é passar por alto as formas pelas quais as dinâmicas sociais das duas esferas afetam-se mutuamente, bem como ocultar a existência de uma dinâmica de poder que age em ambos (Matos, 2000, p. 84).

A ausência da participação masculina com as responsabilidades do âmbito reprodutivo determina uma relação de poder e hierarquia nas relações de gênero, pois minimiza a liberdade e autonomia das mulheres e contribui para o controle do corpo feminino. Dessa forma, enquanto a escolha sobre a maternidade para a mulher significa liberdade sobre o seu próprio corpo, a dispensa da participação masculina no âmbito da reprodução é um reflexo da sua falta de participação no trabalho doméstico e nas questões que envolvem o planejamento familiar (Quadros, 2004).

Diante disso, é possível analisar a maternidade como um fenômeno social, pois elas perpassam por relações de classe, raça e gênero, isto é, as mudanças sociais não chegam em todas as mulheres, países e culturas da mesma maneira. Nesse sentido, a maternidade é entendida como aspecto fundamental para a luta das mulheres e objeto de críticas teóricas feministas, pois marca as relações desiguais entre mulheres e homens, já que é por meio dela que o lugar da mulher é reafirmado no âmbito privado. Portanto, a recusa da maternidade foi o marco central para a negação da natureza biológica da mulher presente na maternidade (Scavone, 2001). Biroli (2018):

Além de a reprodução e a sexualidade serem fatos sociais – isto é, assumirem sentido e terem definidas suas circunstâncias e suas possibilidades em contextos bem determinados –, seu caráter político é evidente quando se observam formas de controle, regulação, intervenção, valorização diferenciada e produção dos sujeitos sexuados ao longo do tempo (Biroli, 2018, p. 80).

Apontar a categoria de gênero significa desnaturalizar as desigualdades entre mulher e homem na medida em que se rompe com a perspectiva sexista, isto é, deve-se reconhecer no planejamento familiar a responsabilidade do homem tanto quanto se responsabiliza a mulher para além do aspecto da reprodução biológica. Pois, os direitos reprodutivos não se limitam à proteção da procriação humana, deve-se considerar um conjunto de direitos individuais e sociais sob a perspectiva de igualdade e equidade. Isso implica na promoção dos direitos sociais como direito à saúde, à educação e ao trabalho, e dos direitos individuais: à vida, à igualdade, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade (Inácio; Fonseca, 2018; Ventura, 2009, p. 20). Para Oliveira (1997):

A utilização da categoria gênero, somam-se às diferenças sociais explicativas dos diferentes lugares de poder que ocupam no mundo do trabalho as mulheres e os homens, e que devem ser identificadas para compreender como o trabalho repercute diferentemente na saúde do homem e da mulher (Oliveira, 1997, p. 333).

Quadros (2004), afirma que a focalização do uso do preservativo masculino como principal meio de prevenção a AIDS influenciou as reivindicações sobre a ausência da responsabilidade masculina com a contracepção e da participação nas questões familiares. No entanto, a justificativa central sobre a participação do homem na formulação de políticas de saúde reprodutiva é que eles têm uma ideia distinta sobre o corpo, a vida sexual e reprodutiva. Isto é, enquanto se associa a responsabilidade masculina à capacidade de realizar uma relação sexual de qualidade, a responsabilidade feminina se associa ao cuidado com a saúde e o bem-estar do casal.

Uma pesquisa qualitativa realizada com 254 usuárias entrevistadas na Região Sul do Município de São Paulo entre 1989 e 1992, sobre a participação masculina na contracepção pela ótica feminina, destaca que a maioria das mulheres (83%), afirmaram que o parceiro contribuía para a regulação da fecundidade, muito embora o método mais utilizado era a pílula contraceptiva, ou seja, um método que depende da ação feminina. Diante disso, entende-se que, enquanto a responsabilidade pela contracepção é assumida pela mulher, o homem por outro lado desempenha uma função acessória, isto é, através da aquisição da pílula e do ato de lembrar a mulher de tomá-la (Carvalho, et al. 2001).

A variável escolaridade foi outro ponto de destaque, na medida em que a analogia (participação do parceiro) elevou-se na mesma proporção que o nível de escolaridade das

mulheres. A partir da análise dessa variante é possível afirmar que o acesso à informação e a profissionalização permite melhores condições para a mulher, pois possibilita uma melhor compreensão da reprodução (Carvalho, et al. 2001).

Analisar os quesitos que envolvem as vivências em sexualidade e às experiências de gênero revelam as sequelas morais da experiência íntima das mulheres, ou seja, os preconceitos e discriminações de gênero que operam como regras morais que ditam o comportamento social de homens e mulheres segundo uma rígida hierarquia em favor do masculino (Bradão; Cabral, 2017). Carvalho et al. (2001), assevera que:

As relações entre homens e mulheres refletem os padrões culturais de uma sociedade. A mulher vem conquistando um espaço cada vez maior no mundo público, entrando no mercado de trabalho e assumindo a co-responsabilidade ou até a responsabilidade no sustento da família. No entanto, a divisão das tarefas do mundo privado com o parceiro ainda não é tão comum. O cuidado dos filhos e o controle da fecundidade ainda são considerados, pela sociedade e até pelas próprias mulheres, como uma função feminina. (Carvalho, et al., p. 30, 2001).

Segundo Quadros (2004, 32), a isenção masculina na contracepção pode ser compreendida de diversos âmbitos, pois enquanto para o movimento feminista a participação masculina na contracepção é vista como promoção de direitos humanos de inclusão, para a perspectiva controlista a atual participação masculina é entendida como motivo de eficácia da contracepção. No entanto, essa participação se revela enquanto co-responsabilidade, isto é, como uma ajuda masculina na escolha do método contraceptivo feminino. Nesse sentido, várias estratégias de controle do Estado e de luta das mulheres enxergam a contracepção feminina e a ausência do homem como autonomia das mulheres. No entanto, para o autor, o incentivo à responsabilidade masculina não implica na interferência da autonomia feminina. Sobre o termo responsabilidade. Quadros (2004), afirma que:

O termo responsabilidade aparece ligado a justificativas para a ausência masculina, associando o homem à capacidade de ter uma relação sexual de qualidade, qualidade esta que fica comprometida quando se utilizam métodos contraceptivos masculinos que são realizados durante o ato sexual (Quadros, 2004, p.16).

Um estudo quantitativo e exploratório-descritivo, realizado pelos pesquisadores Medeiros et al. (2016), com 15 entrevistadas em três Unidades Básicas de Saúde da cidade Lagoa Seca no Estado da Paraíba no período de janeiro e maio de 2013, revelou que a maioria das participantes fizeram o uso do método contraceptivo masculino em algum momento, principalmente na adolescência. No entanto, a partir da consolidação do relacionamento, o método entrou em desábito, sendo utilizado como prevenção de IST apenas em um dos casos. Vale destacar que nenhuma das entrevistadas relataram a realização da vasectomia por seus parceiros. Essa realidade reflete na medicalização, isto é, nas interferências desnecessárias

através do uso inadequado dos métodos anticoncepcionais e da alta prevalência do procedimento cirúrgico (laqueadura), o que transfere a mulher do seu lugar de protagonista para objeto de intervenção.

A resistência de muitos homens em participar de atividades de contracepção e até mesmo da proibição do uso de contraceptivos por suas companheiras se explica pela associação entre virilidade e fertilidade; a desconfiança da fidelidade das suas mulheres; questões religiosas; medo de perda de autoridade do núcleo familiar e dos possíveis efeitos colaterais (Ringhein, 1993, apud Carvalho et al. 2001). A ausência da participação masculina nas atividades contraceptivas envolve outras questões importantes na área de saúde, como o aumento da incidência de mulheres infectadas pelo HIV ou outras infecções sexualmente transmitidas e as gestações não planejadas que podem repercutir na qualidade de vida das mulheres (Carvalho et al., 2001).

A contracepção reforça o lugar social do homem e da mulher, pois nela as atribuições de gênero e sexualidade se agrupam. Esta é influenciada tanto por estruturas macrossociais, como a política de planejamento familiar; quanto por microestruturas, que se referem às relações interpessoais. Dessa forma, os grupos sociais atribuem significados, ideias e valores para ela, podendo assim dizer, que a contracepção é construída historicamente (Quadros, 2004).

2. A RESPONSABILIZAÇÃO DA MULHER CIS PELA GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA

2.1 Gravidez não planejada

Na sociedade patriarcal os valores dominantes determinam os papéis do pai, mãe e filho, dessa forma o valor dado ao homem de homem-pai, lhe estabelece todos os poderes, enquanto a mãe passa a sombra, assemelhando-se ao filho. Nesse contexto, a sociedade valoriza ou até mesmo deprecia a maternidade, fazendo com que defina se a mulher será uma boa ou não mãe. Todavia, a representação social da mulher-mãe como “padrão de Mulher” ainda se manteve fortemente enraizada no imaginário social. Dessa forma, entende-se que a construção do sentimento materno emergiu do senso comum onde associou-se a imagem da mulher à maternidade, dessa forma esse sentimento passou a ser alvo de questionamentos e visto de forma peculiar no século XX, especialmente do movimento feminista (Badinter, 1985; Vázquez, 2014).

Para D’Incao (1997), o casamento entre famílias ricas e burguesas marcava a hierarquia das famílias, como um degrau de ascensão social, e ainda assim como manutenção dos status, ou seja, mesmo que o amor prevalecesse. Com isso, quando as mulheres se casavam, elas ganhavam uma função que era em contribuir para o projeto familiar de mobilidade social e cada vez mais era firmado o discurso em que a mulher era quase integralmente uma mãe dedicada e atenciosa e isso só pode ser plenamente atingido dentro da esfera da família burguesa higienizada.

A família burguesa apresentava-se com uma estrutura reduzida, composta pelo casal e filhos, e uma organização hierárquica baseada em uma rígida divisão de papéis sexuais e separação dos espaços público e privado. Ela também instituiu um conjunto de novos valores e atitudes em relação à intimidade, à vida privada, ao relacionamento familiar e à educação dos filhos. Foi, sem dúvida, uma modernização “fora de lugar” (Araújo, 2011, p.6).

Segundo pesquisa realizada pelo IBGE, no ano de 2018, nas diversas sociedades, desde a antiguidade até os dias atuais, estabeleceu-se diferenças e desigualdades entre homens e mulheres, assim como suas funções, responsabilidades, atividades, acesso sobre os recursos como também, nas tomadas de decisão. É importante destacar que essas diferenças e desigualdades entre os sexos masculinos e femininos são alteradas durante os tempos assim como nas diversas culturas, dessa forma, podendo afirmar que sempre houve distinção entre homens e mulheres (IBGE, 2018).

A sexualidade masculina e feminina foi construída socialmente e assim criando estereótipos em que a sexualidade masculina é reconhecida como incontrolável, aquela que tem diversas permissões e incentivos, ao contrário da feminina, onde se caracteriza por variáveis cobranças, restrições incentivadas por um sistema patriarcal que insiste em colocá-las submissas ao homem. Dessa forma, a responsabilização pela contracepção é determinada pelas mulheres na mesma proporção em que se isenta o homem (Souza, et al., 2001).

A partir da segunda onda do movimento feminista, especificamente em meados de 1960, o patriarcado tradicionalista mencionou o cuidado com o filho responsabilidade exclusiva da mulher, conseqüentemente isso impossibilitaria uma maior participação feminina da esfera pública. No entanto, o movimento feminista da atualidade, busca, a atuação igualitária entre homem e mulher para cuidar da criação dos filhos, e não negar a maternidade de forma radical (Vázquez, 2014).

A maternidade é e sempre foi uma das mais fortes representações da cultura ocidental, ou seja, tanto a imagem, como o sentido e também os valores, são associados ao “feminino normativo” as questões reprodutivas estão em um campo de batalha, reproduzindo importantes e necessárias sobre a sujeição das mulheres, a maternidade, como também o lugar que elas ocupam, assim como a ocupação na emancipação política (Cavalcanti; Baía, 2017).

Por isso, o movimento feminista da contemporaneidade, tenta e pretende romper com essas categorias que já estão fincadas e fechadas na ideia de identidade feminina, pois, a cada dia, luta contra a sociedade disciplinar, que por muito tempo, oprimiu as mulheres, pelo fato do estereotipado de maternidade. Neste sentido, acredita-se que o corpo da mulher, assim como a maternidade que já está vinculado a ele, é e pode ser um dos elementos primordiais na formação feminina com o mundo, no entanto, não é suficiente para definir como mulher e nem como mãe (Vázquez, 2014).

Para Santos, et al. (2013), o Ministério da Saúde conceitua a saúde da mulher como prioridade, além disso, o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ressalta a importância do diálogo com diversos setores no intuito de firmar cada vez mais o compromisso com a implementação de ações que possam somar a garantir os direitos humanos das mulheres e diminuir a morbimortalidade. Partindo do ponto de vista das organizações, as desigualdades de gênero, principalmente nas relações sociais, causam e refletem em problemas relacionados à saúde, atingindo dessa forma, principalmente a população feminina.

Dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios no ano de 2021, a população brasileira é composta por 51,1% de mulheres. Além disso, segundo dados da

Bayer, juntamente com a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a realização pelo IPEC (inteligência em pesquisa e consultoria), cerca de 62% das mulheres já tiveram pelo menos uma gravidez não planejada no Brasil (IBGE, 2022; BAYER, 2022).

Ton (2014, p. 33), assevera que “quando à gravidez não é planejada, esta tem como consequências diversos agravos que colocam em risco, tanto a mulher como o bebê”, ou seja, além da saúde da mulher em questão, ocorre também o risco do bebê que vai nascer, em relação às condições de nutrição e de saúde em si, além dos problemas econômicos, pois, por diversas vezes, essas mulheres não têm rede de apoio.

Para Prietsch et al. (2011, p.1), “a principal causa de gravidez indesejada, dentro de uma visão sociocultural laica, é o baixo índice de utilização de métodos contraceptivos”, o que ainda acontece em países em desenvolvimento, onde a população não tem muito acesso a serviços e programas da saúde.

Mesmo com ações relacionadas à contracepção na rede pública brasileira, ainda há certa dificuldade para exercitar os direitos das mulheres, assim como os reprodutivos, diante do enfoque, onde a diversas situações que comprometem a saúde da mulher, podendo citar, mais uma vez, a gravidez não planejada (Coelho et al., 2012).

Segundo Ciantelli et al. (2012), no Brasil, as questões primordiais que comprometem a saúde da mulher estão relacionadas à falta de informação e de educação sexual e às condições socioeconômicas. Portanto, é possível afirmar que a gestação não planejada acontece pela falta e acesso às informações sobre os direitos reprodutivos e conseqüentemente à contracepção. Dessa forma, as precárias condições financeiras e de educação na qual são submetidas muitas mulheres brasileiras que dependem da rede pública de saúde, têm contribuído para o aumento de gravidezes não planejadas. Dessa forma, compreende-se que as dificuldades ao acesso à rede oficial e mantenedora da atenção à saúde da mulher, são responsabilidades do Estado (Souza, 2001).

Diante disso, é válido ressaltar que para enfrentar a questão da gravidez não planejada está o desenvolvimento de ações por parte das equipes de saúde, voltadas para o planejamento familiar, com ênfase no acesso às informações sobre os métodos anticoncepcionais, seu uso correto e o estilo de vida dos jovens (Ton, 2014).

A situação de uma gravidez não planejada, pode trazer sentimentos de rejeição, em relação ao impacto inicial da notícia. Além disso, há diversos risco biológicos que distorcem a saúde da mulher, pois quando a gravidez é planejada, existe uma série de cuidados durante esse período de gravidez que deve ser gerenciado durante o período de pré-natal. Entretanto,

quando não é planejada, essas mulheres são mais propensas ao uso de álcool, drogas, tabaco, podendo assim trazer diversos problemas aos recém-nascidos (Maldonado, 1988 apud Tachibana, et al., 2006; Ciantelli; et al., 2012).

Ton (2014), afirma que o pré-natal é instrumento primordial para maior garantia para a saúde da mulher durante a gestação, pois a gravidez coloca a mulher em um estado de cuidados diretos e por muitas vezes, a mesma se encontra de forma vulnerável, pois produz modificações em seu organismo, além de ocasionar por diversas vezes, a depressão pós-parto. Sendo assim, para Mendes e Galdeano (2006):

Sabe-se que esse tipo de depressão desencadeia na “nova” mãe uma série de sintomas como irritabilidade, choro frequente e forte sentimento de incapacidade em se adequar ao “novo papel”. Esse sentimento de incapacidade leva a puérpera a não assumir suas responsabilidades maternas, agravando ainda mais a situação. Nessas situações são comuns sentimentos de fracasso e de decepção, fazendo com que a puérpera sintam-se fragilizada e carente de cuidados e atenção. A puérpera pode passar a rejeitar totalmente seu filho. Essa rejeição, associada com expressões de tristeza, raiva e com a aparência depressiva da mãe, poderá prejudicar não só a formação de vínculo com o bebê, mas também a vida conjugal e o convívio com outros familiares (Mendes; Galdeano, 2006, p. 367).

É importante destacar que, quando acontece a gravidez não planejada, diversos fatores da vida pessoal e profissional das mulheres, por vezes, são interrompidos, pois há um comprometimento de suas expectativas mediante a uma nova responsabilidade que vai ter, e que por muitas vezes, não se tem rede de apoio (Estadão, 2022).

Santos, et al. (2013), afirma que diversas mulheres, independente da classe social e idade realizam o aborto. O que vai diferenciar é que as que têm mais condições financeiras, vão em clínicas, conseqüentemente com mais higiene e cuidados. Por outro lado, as mulheres da classe trabalhadora mais pauperizada, que fazem parte da maior parcela da população brasileira, utilizam da única saída que tem, que são os métodos mais perigosos, o que acarreta ao maior número de mortalidade, pois várias mulheres se envolvem em situações de abortos inseguros, os quais, inúmeras vezes, resultam em complicações graves como hemorragias, infecções, perfuração do útero, esterilidade muitas vezes levando-as à morte em consequência dessas práticas. Dessa forma, é possível afirmar que as medidas para evitar uma gravidez indesejada no Brasil são insuficientes.

Segundo dados do G1 de 2020, referente a decorrência de abortos clandestinos o SUS não tem esses dados, no entanto, essas mulheres que praticam o aborto, fazem parte do grupo que teve de se submeter a alguma das 80.948 intervenções realizadas no primeiro semestre referente aos três tipos de aborto: espontâneo, clandestino ou por complicações pós-parto. Neste contexto, Ton (2014, p. 21), aponta que “a gravidez não planejada pode causar um grande impacto em vários aspectos sociais, econômicos e culturais associada a inúmeros

problemas”, isto é, pode desencadear uma série de problemas como o aborto que pode ser mencionado com uma das principais consequência da gravidez não planejada e/ou, indesejada, além dos riscos de adquirir doenças como anemia, hipertensão entre outros.

O fato da ausência de qualidade de assistência da atenção à mulher, principalmente quando se trata da saúde sexual e reprodutiva, e com isso, soma-se ao discurso medicalizador como também hospitalocêntrico. Com isso, o incumprimento de programas, seja no acesso a atenção sexual e reprodutiva, assim como também no aconselhamento da utilização de métodos contraceptivos, aumenta o numero de gravidez não planejada e consequentemente esta relacionada ao índice de abortos induzidos e isso acontece porque varias mulheres se encontram vulneráveis em seus direitos relacionados a saúde, e como no Brasil, o aborto é ilegal na maioria das vezes, a única saída que encontram são as praticas clandestinas ou inseguras e isso acontece com as mais pobres, negras e com baixa escolaridade (Santos, et al., 2013). Para Prietsch (2011):

O exercício desta prerrogativa não depende exclusivamente do acesso às informações ou aos métodos contraceptivos; passa pela possibilidade de tomar decisões em relação à sexualidade, à reprodução, como um aspecto da liberdade individual, influenciada diretamente por fatores socioeconômicos e culturais, e, em particular, à posição da mulher na sociedade (Prietsch, et al., 2011, p.2).

Em suma, a concepção de direitos reprodutivos constitui uma mudança de paradigma, pois possibilita à mulher liberdade no campo da reprodução, de tomar suas próprias decisões, garantindo o acesso a todos os meios que proporcionem autonomia e sobre suas demandas no campo da sexualidade e da reprodução (Souza, 2001).

Um outro ponto a ser destacado, é o papel masculino quando é mencionado a gravidez não planejada, já que por muito tempo na sociedade, a identidade masculina sempre esteve associada ao papel de provedor, e a feminina, como a reprodutora, cuidadora de filhos, além de cuidadora da casa. Com isso, as atividades domésticas acabam sendo relacionadas especialmente às mulheres (Parcerro, 2012).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, em 2019, 146,7 milhões de pessoas com 14 anos ou mais de idade realizavam afazeres domésticos, o equivalente a 85,7% da população. O recorte de gênero revela a porcentagem altíssima das mulheres em relação a dos homens, sendo 92,1% para 78,6%, respectivamente (IBGE, 2018).

Parcerro (2012), menciona que o papel da paternidade é influenciada por diversos fatores, todos envolvidos por questões de gênero. Com isso, a sociedade exerce uma grande influência na paternidade, principalmente, relacionado à disponibilidade de tempo que os homens dedicam aos filhos e família. Como destaca Lírio et al. (2022):

Historicamente os papéis sociais são pré definidos, ou seja, impõe a mãe a cuidadora e responsável pela educação do filho e o pai como provedor da família que possui responsabilidade de arcar com todos os gastos o que se torna difícil devido a demanda do mercado de trabalho que exige idade e qualificação para ingresso de jovens. É importante realizar a discussão a respeito das dificuldades enfrentadas com a demanda da responsabilidade pelos jovens do sexo masculino e quanto a pressão de se tornar o provedor financeiro da família afeta-os (Lírio et al., 2022, p. 854).

Dessa forma, a responsabilidade do homem tornou-se apenas de prover o recurso financeiro. Portanto, o contexto geral sobre a paternidade precisa ser revisto, no sentido de atribuir ao homem além da responsabilidade econômica da família. A paternidade real consiste em participação afetiva e social na construção da família, além da responsabilidade no cuidado de responder às necessidades das crianças, no sentido de participar da educação e construção de vínculos familiares. Pois, partindo do ponto de vista emocional, social e material, assumir a paternidade manifesta responsabilidade e maturidade masculina (Santos, et al., 2015).

A maternidade na sociedade brasileira está passando por um processo de mudanças relacionado ao tamanho da família, ou seja, o número de filhos, mas essas mudanças ressaltam as desigualdades sociais vigentes na sociedade brasileira, pois a valorização da criança e a escolha reflexiva pela maternidade são reflexo das condições sócio-econômico-culturais que cada mulher vivencia. Nesse sentido, as mulheres que desejam se firmar em uma carreira profissional, a maternidade ainda pode ser um dilema, em vista de que a maior responsabilidade recai sobre elas. Por isso, é possível observar que a sociedade brasileira vivencia um período de transição, no que se refere a maternidade, em busca da equidade na responsabilidade parental (Scavone, 2001).

Segundo Sousa (2001, p. 44), “a decisão de ser ou não ser mãe não é uma decisão fácil e o que, aparentemente, parece ser uma decisão individual, envolve uma série de fatores”. Nesse sentido, compreende-se que as mudanças sociais nos anos 90, possibilitou que as análises feministas tomassem outro foco, que deixou de ser a negação da maternidade para a valorização de seus aspectos psico-afetivos, bem como a busca pela igual responsabilização entre mães e pais, isto é, indagar-se o lugar do pai, contribuindo para um maior questionamento das relações de gênero na família (Scavone, 2001).

Para Teixeira (2010, p. 52), “o corpo pertence à própria pessoa e é ela quem deve lhe dar a destinação que melhor lhe aprouver, dentro do que a realiza”. Portanto, a autonomia sobre a hora de gerar um filho ou não, cabe à mulher. Essa escolha deve estar livre de obstáculos, impedimentos, limitações ou violações ao seu desejo, pois a violação da sua autonomia reprodutiva é a violação da sua dignidade humana (Boaventura; Aidar, 2021).

No que se refere a esterilização voluntária, o art. 10 da Lei 9263/96, estabelece que a esterilização somente é permitida “em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico”. Vale destacar que o § 2º desse mesmo art. não permitia a realização da esterilização durante o período de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. No entanto, com a aprovação da Lei nº 14.443, de 2022, passa a ser permitido a esterilização cirúrgica, desde que respeitado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas (BRASIL, 1996).

Para Boaventura e Aidar (2021, p. 2), “a sociedade reserva à mulher enquanto reprodutora, como se sua própria felicidade e sua autonomia tivessem condicionadas à vontade ou à existência de um filho”. A partir disso, a autonomia das mulheres sobre seu próprio corpo é violada na medida em que há barreiras que as impedem de realizar o processo de esterilização voluntária, ou seja, a efetivação do direito reprodutivo consiste na garantia da autonomia e não apenas no reconhecimento desses direitos. Esta autonomia não pode ser traçada por intervenções estatais, mas, ela se configura enquanto liberdade de escolha, sendo esta mais importante do que a própria escolha (Boaventura; Aidar, 2021).

2.2 Gravidez na adolescência

O período da adolescência é marcado pelo crescimento e desenvolvimento da maturidade humana, portanto, é o lugar de conversão do corpo e mente, dessa forma também é possível observar uma certa dificuldade de interação social e angústia mental. A adolescência é onde acontecem diversas mudanças, tanto sociopsicológicas, e anatomo-metabólicas, fazendo com que o indivíduo fique exposto a um modelo de vida, de forma vulnerável, mas por outro lado, estabelecendo padrões e sonhos que seguiram por toda a vida. Diante disso, a gravidez na adolescência implica-se em assunto muito pertinente na sociedade brasileira. Vale destacar que para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência é demarcada pelo período entre 12 e 18 anos (Rocha, 2009; Ximenes, et al., 2006; BRASIL, 1990). Costa et al. (2014):

Fatores como a iniciação precoce da vida sexual e o econômico, social, cultural e pessoal podem contribuir para o aumento da incidência da gravidez na adolescência. Por causa desse contexto, a gestação nessa fase da vida é considerada uma questão de saúde pública, que acarreta uma série de modificações e novas responsabilidades para a vida dos adolescentes. A mãe e o pai adolescentes apresentam vivências e perspectivas únicas em relação a essa situação (Costa et al., 2014, p.102).

Dados do Brasil UNFPA referentes ao ano de 2020, revelam que cerca de 380 mil partos foram de mães até 19 anos, número que representa 14% da população. Os números são do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, do Ministério da Saúde, e foram compilados no projeto “Gravidez e Maternidade na adolescência – um estudo da coorte de 100 milhões de Brasileiros”, desenvolvido por uma equipe de profissionais do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde (UNFPA, 2022).

A questão racial é outro ponto destacado nessa pesquisa, onde revelam-se dados relacionados aos nascidos vivos sendo, 28,8% de mães indígenas adolescentes, 16,7 % pardas, 13% de mulheres pretas, enquanto as brancas são representadas pela porcentagem de 9,2%. Dessa forma, compreende-se que a gravidez na adolescência deve ser entendida como questão de saúde coletiva, com ênfase para as desigualdades e para as consequências na saúde das adolescentes (UNFPA, 2022).

Souza (2001), afirma que para alguns adolescentes, a gravidez nesse período, pode significar felicidade, fruto de amor, realização, sendo essa gravidez desejada. Não obstante, que para a maior parte, essa gravidez não surte um resultado positivo, podendo acarretar tristeza, insegurança, medo, ansiedade, pois, a partir desses momentos, elas têm responsabilidade maternal.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os filhos de mães adolescentes, apresentam uma maior probabilidade de terem baixo peso ao nascer, assim como também uma maior probabilidade de morte, do que os filhos que nascem de mães de 20 anos ou mais. Pois, durante o primeiro ano de vida, os filhos de mães que são adolescentes a taxa de mortalidade apresentam-se duas ou três vezes maior, do que se fossem mães adultas. Além do mais, as adolescentes que engravidam têm uma maior possibilidade de desenvolver alguns problemas durante e pós gravidez, como por exemplo, síndromes hipertensivas, podem ter padrões pré-eclâmpsia, entre outros, além de problemas consequentes de abortos provocados (Gov.Br, 2022).

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PenSE) 2019, realizada pelo IBGE, revelam que a gravidez na adolescência é mais frequente entre meninas que estudam em escolas públicas, assim como também as que vivem no Nordeste. Com isso, em 2019 7,9% das meninas entre 13 e 17 anos que já tiveram relação sexual, engravidaram uma vez na vida. Diante disso, a gravidez na adolescência passou a ser visualizada como uma situação de risco biopsicossocial, ou seja, ela é capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para a sociedade (Dias; Teixeira, 2010). Para Duarte e Leal (1988):

Ser mulher, nos grupos populares, inclui a maternidade como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeito deste universo simbólico. As meninas, desde muito cedo, são preparadas para a maternidade por meio do cuidado dos irmãos menores e das atividades domésticas para auxiliar suas mães. A gravidez e a maternidade são vividas não apenas como processo corporal, mas como a atribuição de status superior à mulher - em relação às mulheres sem filhos (Duarte; Leal 1998, p. 35).

Na maioria das vezes, por ser uma gravidez na adolescência, se dá de forma indesejada, uma vez que as expectativas da adolescente se desfazem, a partir do momento em que descobrem que estão grávidas, pois, restringe-se às possibilidades de identidade e preparação para um futuro profissional. Além disso, “há evidências de que gestantes adolescentes podem sofrer mais intercorrências médicas durante gravidez e mesmo após esse evento que gestantes de outras faixas etárias” (Dias; Teixeira, 2010, p. 124).

Segundo Medeiros et al. (2016), os estereótipos de gênero que marcam a vivência da sexualidade na adolescência e vida adulta, desigualmente para homens e mulheres e a vivência controladora no qual a figura feminina é inserida desde a infância, configura o início da vida sexual precoce e desprotegida, recorrendo frequentemente na gravidez não planejada, reforçando a falta de recursos para o planejamento das metas reprodutivas.

Segundo Bento (2003), aproximadamente 40% das adolescentes que passaram por uma gestação engravidam novamente em um breve espaço de tempo; 28% das gestações na

adolescência acontecem nos três primeiros meses de namoro, o que demonstra um estudo do Programa de Saúde do Adolescente. Uma pesquisa do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) da Unicamp, revela que 99,4% e 98% das adolescentes grávidas entre 11 e 19 anos conheciam a camisinha e a pílula anticonceptiva, respectivamente, mas não usavam. A falta de perspectiva de vida é um dos fatores que podem favorecer a gravidez não planejada na adolescência, isto é, a evasão escolar, ou o que o autor cita como “laços frágeis com a escola” e conseqüentemente a dificuldade da inserção no mercado de trabalho. Diante disso, o autor revela a importância do papel da família para a saúde emocional, pessoal, afetiva e profissional dos filhos, isto implica na importância da relação saudável entre pais e filhos, sustentadas no amor, respeito mútuo, diálogo e compreensão, pois aqueles são a referência no mundo para estes.

A ausência de apoio familiar por diversas vezes na adolescência, assim como de programas de saúde e sem esquecer da educação sexual nas escolas, são um dos elementos que podem levar a adolescente a iniciar sua vida sexual precoce e conseqüentemente, por algumas vezes, a gravidez não planejada por falta de instrução. Diante do exposto, os serviços de promoção à saúde, precisam ficar atentos ao atender adolescentes grávidas, pois, existem inúmeros fatores de risco que a gravidez na adolescência pode ocasionar para uma jovem grávida. Além disso, é importante destacar que os mesmos cuidados também se devem ter para uma gravidez na fase adulta, como por exemplo, um pré-natal bem orientado e estruturado (Rocha, 2009).

Para Rocha (2009), a fragilidade, a falta de maturidade e até mesmo a falta de apoio, são um dos pontos mais pertinentes quando se fala da gravidez na adolescência. Nesse ponto de vista, a jovem precisa e merece de mais atenção, partindo do ponto biológico, psicológico e social e é de extrema importância que essa jovem receba o apoio principalmente da família. No entanto, nem sempre essa é a realidade vivenciada pelas adolescentes grávidas. Dessa forma, destaca-se que quando se há uma rede de apoio e uma assistência pré-natal adequada, mediante a uma forma regular, nesse período gestacional, se há uma tolerância para a gravidez (Yazlle, 2006).

Segundo Yazlle (2006), a gravidez na adolescência, vem sendo vista e considerada um problema de saúde pública, mediante a problemas que podem acarretar como por exemplo, complicações obstétricas, problemas psicossociais e econômicos. O aumento considerável das taxas de gravidez na adolescência, podem e são explicados por vários fatores, no entanto, variando de cada país. É importante citar que o aspecto socioeconômico, pois, a desigualdade de classes presente na problemática, já que apesar da gestação não planejada atingir todas as

classes sociais a maior parcela encontra-se relacionada a pobreza e baixa escolaridade (Santos et al., 2010). Além disso, Santos et al. (2010), afirma que:

Discutir a gravidez na adolescência daqueles que vivenciam situações de pobreza ultrapassa a simples identificação dos riscos, exatamente pelo fato de que já existem riscos envolvidos como a baixa condição socioeconômica. É necessário prescindir de uma teoria que possa avaliar a complexidade da gravidez desse adolescente que vivencia o risco constantemente (Santos, et al, 2010, p.77).

De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde (2023), mesmo sendo um fenômeno a nível global, segundo dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da saúde, em 2019, a taxa mundial é de 46 nascimentos para cada 1 meninas de 15 a 19 anos. A gravidez na adolescência traz consequências que refletirão no futuro da adolescente, como por exemplo, o alto índice de evasão escolar. Como evasão escolar, considera-se o abandono da escola por alunos matriculados antes do fim do ano letivo. Dessa forma, “pensar em gravidez na adolescência significa também levar em conta a maneira como a jovem gestante enfrenta permanecer na escola, dar conta dos estudos e ainda levar adiante uma gravidez” (Rocha, 2009, p. 9).

De acordo com o art. 53, inciso V do Estatuto da Criança e do Adolescente: “assegurar à criança e ao adolescente acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência” (BRASIL, 1990). Entretanto, dados da Inteligência em Pesquisa e Consultoria estratégica IPEC, um estudo para o Fundo das Nações Unidas para a infância, UNICEF, revelou que 2 milhões de meninas e meninos de 11 a 19 anos que ainda não tinham terminado a educação básica deixaram a escola no Brasil, no ano de 2022, e além disso, 14% das meninas deixaram a escola devido a gravidez (UNICEF, 2022). Rocha (2009), ressalta que:

Portanto, pensar em gravidez na adolescência significa também levar em conta a maneira como a jovem gestante enfrenta permanecer na escola, dar conta dos estudos e ainda levar adiante uma gravidez. Sendo assim, cabe, neste momento, abordar a possível existência de uma relação entre gravidez na adolescência e evasão escolar (Rocha, 2009 p. 25).

Segundo Brasil et al. (2017), o papel do pai diante de uma gravidez não planejada, é outro fator em destaque, pois, diversos fatores são postos e mudados na vida desses adolescentes, seja no âmbito profissional, a quebra da expectativa de concluir os estudos, o fato econômico de ser o provedor da família, e por muitas vezes, a falta de maturidade nessa nova fase.

A paternidade na adolescência vem aumentando consideravelmente nos últimos anos, provinda de uma irresponsabilidade referente ao não uso dos métodos contraceptivos ou em alguns poucos casos a opção de ser pai jovem. Essa situação impõe ao adolescente uma condição obrigatória de amadurecimento e de procura de alternativas para que possa proporcionar ao seu filho o que ele necessitará, bem como manter sua casa juntamente com sua família (Brasil, et al, 2017, p.6).

Dessa forma, grande parte desses pais adolescentes, que têm sua expectativa de vida e futuro, acabam abandonando sua parceira logo após descobrirem que serão pais, seja por medo de enfrentar o que está por vir, assim como por não terem maturidade suficiente para cuidar de outro. E sem esquecer que muitos desses pais adolescentes deixam de lado os estudos e arrumam trabalhos braçais, pela necessidade prevista (Brasil, et al, 2017).

Por isso, que para alguns adolescentes, o aborto é a única saída que encontram, pois, por diversas vezes, essas adolescentes não têm apoio da família e nem do pai da criança. Portanto, aborto se encontra como o único meio de saída, no entanto, coloca a vida da adolescente em risco, quando é decidido interromper essa gravidez, clandestinamente e usando o que tem em mãos. Porém, como consequência disso, essa decisão, pode mudar a vida da adolescente, pois, por várias vezes é vivida de forma solitária, ou sob pressão do parceiro, assim como também dos familiares. E fica maior ainda por ser proibido no Brasil, essa decisão acarreta pressões psicológicas, além das sociais, como culpa, medo, censura, e até mesmo julgamento dos profissionais de saúde (Souza, 2001).

Além disso, segundo dados do G1 (2021), os países que são favoráveis ao aborto seguindo um ranking estão a Suécia (88%), Holanda (85%) e França (81%); nas últimas posições, estão Turquia (56%), Peru (53%) e Malásia (30%). Já os que não estão de apoio, estão atrás do Brasil (46%) na média global, no baixo apoio a esta afirmação ficaram apenas a Colômbia (26%), o México (24%), o Peru (15%) e a Malásia (14%). A gravidez indesejada no período da adolescência, remete a reflexão do aborto provocado, que é ilegal no Brasil. Ainda assim, os países centrais apresentam certa diminuição nos números tanto na gravidez, como boa prática de aborto provocado na adolescência (Correia, et al., 2011).

Em um estudo realizado pela Revista Ciência e Saúde Coletiva, da Abrasco, com coautoria de Emanuelle Góes, pesquisadora associada do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia), e de pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) e da Universidade de Columbia (EUA), revelou que existe uma maior probabilidade de mulheres negras praticarem o aborto, sendo 46%, em todas as idades comparadas as mulheres brancas. E trata-se de uma análise com perspectiva de raça que foi realizada nos anos de 2016, 2019 e 2021 da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA).

3. A FIGURA FEMININA COMO PÚBLICO-ALVO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.

3.1 A mulher cis como público-alvo do planejamento familiar

Segundo Coelho et al. (2000), durante o século XVIII, mais precisamente na Revolução Francesa (1789), surgiu o conceito de medicina social, sendo assim, a Inglaterra criou esses mecanismos, transformando-os em política do Estado. Já no Brasil, durante a década de 20, a saúde como questão social começou a entrar em ênfase no período de ampliação econômica cafeeira, ou seja, no início da formação da sociedade capitalista. Torna-se importante destacar que devido ao aumento dessa população, e conseqüentemente a necessidade de aumento da expansão econômica, como por exemplo a inserção do mercado de trabalho, que não era garantida a todos, as cidades cresceram sem uma política no âmbito sanitário básico, expandindo assim, cada vez mais as doenças, a marginalização, a pobreza e como consequência, a questão populacional foi tomando forma como um problema político.

Na Europa e nos Estados Unidos, a partir das primeiras décadas do século XX, começaram a surgir movimentos malthusianos, ou seja, esse movimento associava a miséria juntamente ao crescimento populacional. Diante disso, o estado brasileiro adotou uma postura de pronatalista, nos anos 60, onde houve pressões americanas que tinham em seu principal objetivo controlar o crescimento populacional dos países em desenvolvimento. Diante disso, os anticoncepcionais começam a entrar no mercado, e a partir disto as mulheres conseguem dissociar a sexualidade de procriação, consumindo dessa forma a contracepção hormonal, no entanto, não havia assistência adequada, fazendo com que comprometesse sua saúde, e tornando-se cada vez mais dependentes do sistema médico (Coelho, et al, 2000). Biroli (2018):

A cooperação entre governantes e médicos locais, agências internacionais – estadunidenses, na maior parte dos casos documentados – e grupos privados da área de saúde produziu situações nas quais a indistinção entre controle de natalidade e controle populacional teve efeito sobretudo na população indígena e negra. Eugenia, racismo e busca de controle social da pobreza fundamentaram, assim, políticas que fizeram do corpo das mulheres objeto de intervenções sancionadas (Biroli, 2018, p. 85).

A sociedade brasileira passou por diversas transformações no século XIX, como por exemplo a consolidação do capitalismo; o incremento de uma vida urbana, que conseqüentemente oferece novas alternativas de vivência naquela época. Com isso, a ascensão

da burguesia e o surgimento de uma nova mentalidade que estava posta, a mentalidade burguesa, que era reorganizadora das vivências familiares assim como também domésticas. Nesse período, foi possível observar o nascimento e surgimento de uma nova mulher nas relações da família burguesa. Dessa vez, a mulher era marcada pela valorização da intimidade e da maternidade, ou seja, um lar de acolhimento para os filhos, assim como a educação deles, uma esposa dedicada ao marido, às crianças e também desobrigada de qualquer trabalho produtivo, representava dessa forma, o ideal de retidão. Com isso, quando se tinha uma boa reputação financeira e a articulação com a parentela, como uma força de proteção ao mundo público (externo) também marcavam e demarcavam o processo de urbanização do país (D'Incao, 1997).

Segundo Costa et al. (2006), em meados anos 80, o forte discurso dos militares relacionado ao controle demográfico, foi questionado pelos novos atores sociais, assim como também o movimento feminista iniciado no país. O movimento feminista não pretendia o alcance do controle populacional através da contracepção, mas, dar autonomia as mulheres para que tivessem o domínio da escolha da procriação. Portanto, houve diversas críticas feitas às instituições que objetivavam o controle da população, ou seja, o controle demográfico. Com isso, o movimento feminista visava um encerramento sobre as manipulações tanto dos controlistas, assim como também dos natalistas sobre o domínio do corpo feminino. “Os conflitos se davam exatamente porque os organismos internacionais visavam ao controle de natalidade, com pouca ou nenhuma decisão feminina, conduzindo-se pelo pensamento de que quanto maior o número de nascimentos, maior a miséria” (Silva et al., 2011, p. 2416).

Costa et al. (2006), destaca que a partir dos anos sessenta, as mulheres vinham cada vez mais querendo romper com o papel que lhes era dado desde a antiguidade: clássico e exclusivo, da maternidade, fazendo com que, procurassem se introduzir no mercado de trabalho, assim como aumentar seus direitos na cidadania. Com isso, seus anseios em controlar a fecundidade, se prevenir mediante a contracepção eram seus desejos, além de desvincular a maternidade da vida sexual.

Para Ávila (2003 p. 466), “os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática”. Diante disso, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), surge com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além de incluir propostas educativas, ações preventivas, de diagnóstico, tratamento, assim como também, a recuperação. “Desde a criação do Programa de Assistência Integral à saúde da mulher, em 1984, o Estado reconhece o

direito das mulheres de dissociar a prática sexual e procriação” (Coelho et al., 2012, p. 5). Ávila e Berquó (1994), asseveram que:

A noção de Direitos Reprodutivos se constrói a partir da prática política das mulheres em torno de sua demanda na esfera reprodutiva. No século XIX e na primeira metade do século XX, aparecem na cena pública os movimentos por direitos no feminino, que reivindicavam acesso à educação e ao voto, centrados na busca da igualdade. É também desse período a movimentação em torno do direito à regulação da fecundidade como um assunto de ordem política, constituindo-se, assim, em um novo campo de enfrentamento no processo histórico de construção da cidadania. Antes, as mulheres agiram no sentido de ter em mãos o controle do seu próprio corpo, da sua fecundidade e saúde. A expressão pública dessa ação está contextualizada dentro do processo político da construção da modernidade. A formalização da ideia em termos de **direitos reprodutivos** é bastante recente e considero que pode ser entendida como uma redefinição do pensamento feminista sobre a liberdade reprodutiva (Ávila; Berquó, 1994, p. 9).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), foi anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres”, ou seja, neste surgimento, esse programa teve o intuito de romper com a visão tradicional referente a medicina, onde centralizava os atendimentos às mulheres nas questões relacionadas à reprodução (Osis, 1998).

A abertura do PAISM resultou na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs, de forma oficial e explícita, embora no modelo parcial, um programa que inclui o planejamento familiar, onde o mesmo tinha o objetivo de controle de reprodução, ou seja, esse programa foi o pioneiro da saúde da mulher no Brasil. Ainda assim, no que se refere o PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras (como eram conhecidas na antiguidade) e assim, o objetivo agora era o cuidado da saúde das mulheres que não deveria mais restringir-se a atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério (Osis, 1998, 1994).

Para Cruz, et al. (2014, p. 660), a definição de planejamento familiar abrange a prática da paternidade responsável, isto é, “a utilização voluntária e consciente, por parte do casal, do instrumento necessário à planificação do número de filhos e do espaçamento entre uma gestação e outra”. Nesse sentido, o planejamento familiar surge como eficiência de métodos para controlar os filhos, visto que, com o capitalismo, estava aumentando devido ao critério econômico. Por um lado, controla o número de filhos por família, e por outro, não oferece orientações para que as famílias analisem dessa forma a sustentabilidade, onde é possível observar que este princípio está presente. Destaca-se que o planejamento familiar tradicional e até mesmo conservador, atuam colocando exclusivamente a responsabilização feminina e de prioridade social, ou seja, os métodos contraceptivos são recomendados pelos serviços de saúde fazendo com eles sejam responsáveis pela medicalização do corpo feminino (Santos; Freitas, 2001).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de fecundidade de 2021 é de 1,76 filhos por mulher. Em uma matéria realizada pelo Geógrafo Wagner de Cerqueira e Francisco, publicada no Mundo educação Uol, menciona que no ano de 1960, a taxa de fecundidade no Brasil era de 6,3, e que ocorreu uma redução de forma gradativa nos anos seguintes, em 1970 era de 5,8 filhos por mulher, em 1980, de 4,4 filhos por mulher, em 1991, (2,9), e em 2000, (2,3), e no ano de 2006 que foi de 2 filhos por mulher. Além disso, o geógrafo menciona que diversos fatores contribuíram no antepassado para essa queda de fecundidade, ou seja, com a chegada do capitalismo e sua expansão urbana, as famílias do meio rural tinham a ideia de que teriam que ter muitos filhos para trabalhar no campo. No entanto, com os avanços tecnológicos, assim como também da medicina, métodos contraceptivos também influenciaram nessa redução cada vez mais de números de filhos.

Alguns aspectos sobre o planejamento familiar como atuação no mecanismo de limitação na reprodução feminina são importantes mencionar, pois, as mulheres passam por visitas ao ginecologista, participação nas reuniões e até mesmo compra ou `ganho` de contraceptivos nos postos de saúde. Entretanto, é de suma importância destacar que a figura feminina é o público-alvo do planejamento familiar (Santos; Freitas, 2001).

Uma pesquisa realizada no Instituto Cândida Vargas na cidade de João Pessoa – PB, com amostra de 20 usuárias em idade reprodutiva, que já tiveram mais de um filho e que buscavam o acesso à laqueadura, revelou que 85% dessas mulheres, ou seja, a maioria, que procuram o planejamento familiar para exercer o direito a esterilização voluntária, são casadas (35%) ou estão em união estável (50%), apenas 15% das usuárias são solteiras. Além disso, a pesquisa também apontou que 45% das usuárias entrevistadas enfrentam dificuldades para continuar os estudos depois que se tornaram mães. Destaca-se, também, que apenas duas entrevistadas informaram fazer uso do preservativo masculino (camisinha) (Inácio; Fonseca, 2018).

Os dados revelam a ausência da figura masculina nesse serviço assim como na responsabilização destes pela contracepção. Apesar da camisinha ser o método mais barato, gratuito e o único a prevenir as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), não aparece como um dos métodos mais utilizados, ao contrário predomina-se o discurso machista e equivocado sobre o uso desse método, na medida em que se populariza a adoção da pílula contraceptiva, fortalecendo a centralidade da contracepção na mulher e possibilitando a isenção do homem da responsabilidade pela prevenção de uma gestação não planejada. Vale destacar também que todas as usuárias responderam que a responsabilidade pela contracepção deveria ser de ambos (homens e mulheres) (Inácio; Fonseca, 2018). Pereira e Azize (2019):

Observa-se que a função reprodutiva dos homens cisgêneros é construída como complexa e, em certo sentido, resistente a intervenções farmacológicas. Tal caracterização se dá em comparação com o corpo feminino cisgênero, que é configurado como mais acessível para a realização da contracepção. A tradicional associação entre mulheres e reprodução e homens e sexo é facilmente reconhecida nessas perspectivas (Pereira; Azize, 2019, p. 147).

O Planejamento Familiar é regido pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, no art. 2º entende-se por planejamento familiar “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Além disso, orienta-se por ações preventivas e educativas que visam garantir acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (BRASIL, 1996).

As políticas sociais fazem parte do campo de atuação do Serviço Social, com o compromisso a defesa e garantia de direitos sociais, no intuito de fortalecer a democracia, assim como a emancipação social, regulamentado pela Lei no 8.662/1993. Portanto, a participação do Serviço Social no programa de Planejamento Familiar é de suma importância para a orientação dos usuários, no sentido de transmitir informações necessárias, de acordo com a legislação vigente. No entanto, para um melhor entendimento, essas orientações e informações devem se dar de forma clara e objetiva (CFESS, 2010; Espinoza; Fridrich, 2019).

O Serviço Social pode requalificar ações profissionais em setores tradicionais, como é o caso do âmbito de saúde. Pois, os princípios do SUS e as bases da Reforma Sanitária se aproximam dos princípios do projeto ético-político da profissão. Portanto, é possível afirmar que esta profissão tem um compromisso com a classe trabalhadora, pois, pretende viabilizar os direitos sociais embasados no projeto societário democrático e dessa forma se opõem às projeções do capitalismo neoliberal (Silva, 2020).

Vale destacar que a Lei do Planejamento Familiar antes determinava como critério para a realização da esterilização voluntária (laqueadura e vasectomia) apenas a partir dos 25 anos e com dois filhos vivos. No entanto, a Lei nº 14.443/2022 que foi sancionada no dia 02 de setembro de 2022, e oficialmente publicada no diário oficial da união no dia 05 de setembro de 2022, modifica a Lei nº 9.263/96 e as principais alterações foram: a idade mínima para a realização da esterilização passou de 25 anos para 21 anos e a esterilização cirúrgica durante o período de parto passou a ser um direito, desde que observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas (Gomes; Viegas, 2022; Brasil, 2022). Gomes e Viegas:

O texto da Lei nº 14.443/2022 originalmente foi tratado no Projeto de Lei no 7.364/2014, tendo sido aprovado na Câmara dos Deputados no dia 8 de março de

2022, enquanto que no Senado, a proposição foi aprovada no dia 10 de agosto de 2022 sob a forma do Projeto de Lei no 1.941/2022 (Gomes; Viegas, p. 18, 2022).

É válido mencionar os métodos contraceptivos reversíveis oferecidos pelo SUS, como cita o Ministério da Saúde: preservativo feminino, preservativo masculino, pílula do dia seguinte, pílula combinada, DIU, diafragma, anticoncepcional injetável mensal, anticoncepcional injetável trimestral, minipílula anticoncepcional, onde apenas 1 deles é relacionado ao homem e os outros 8, para as mulheres, deixando cada vez mais evidente a mulher como público-alvo do planejamento familiar.

As políticas públicas e os programas desenvolvidos pelos governos, tem por caráter responder às necessidades da saúde pública. No planejamento familiar, os principais problemas em que a saúde publica tem que enfrentar é a questão da natalidade, assim como a redução do aborto, sem esquecer da saúde da mulher e conseqüentemente a redução de pobreza e etc. Nesse sentido, é importante salientar que uma das primeiras metas do planejamento familiar no Brasil foi o controle do número de filhos que tinha como objetivo principal a diminuição das taxas de fecundidade. Com isso, o principal intuito do planejamento familiar e reprodutivo era de contemplar elementos na saúde da mulher e conseqüentemente o controle de natalidade (Santos; Freitas, 2001).

Vale salientar que sempre houve e ainda continua muito persistente a desigualdade quando mencionamos homens e mulheres ainda mais no quesito de liberdade produtiva, reprodutiva e sexual das mulheres. Além do mais, na vida cotidiana ainda é muito presente a violência como mecanismo de dominação sobre a vida sexual e escolhas das mulheres (Ávila, 2003). Quadros (2004):

Mesmas consideradas como motivações diferenciadas daquelas referenciadas por políticas de saúde reprodutiva e questões de igualdade de gênero, as motivações de homens e mulheres de grupos populares quanto às suas práticas reprodutivas parecem permeadas tanto por sentimentos de manipulação e dominação, liberdade e autonomia, apontando para uma convivência de padrões tradicionais (holistas) e modernos (individualistas) (Quadros, 2004, p. 25).

Em uma pesquisa quantitativa realizada em três Unidades Básicas de Saúde em 2013 no município de Lagoa Seca-PB, foram entrevistadas 15 mulheres na faixa etária em idade reprodutiva. Os resultados da citada pesquisa apontaram principalmente para o predomínio de vulnerabilidade social e econômica, baixa instrução e o desempenho laboral de baixa qualificação formal. Também se destacou o fato de que todas casaram mais cedo e a influência das relações de poder, isto é, durante a construção da identidade feminina se revelou a restrição do papel feminino ao espaço privado diante da constante vigilância sobre a mulher, principalmente durante a adolescência (Medeiros et al., 2016).

Todas as participantes revelaram que a primeira relação sexual foi na adolescência. No entanto, até mesmo as que afirmaram não ter vivenciado uma criação rígida, também não tiveram orientações sobre sexualidade. Portanto, a falta de diálogo e orientação no espaço familiar foi comum entre todas. Sobre contracepção, a maioria relatou não ter usado nenhum método na primeira relação sexual e as que usaram fizeram uso do contraceptivo masculino. A principal justificativa para a escolha do método foi a fragilidade da autonomia feminina vinculada à falta de conhecimento, portanto, tratou-se de uma escolha dos parceiros (Medeiros et al., 2016).

A gravidez não planejada foi outro aspecto em destaque, já que foi vivenciada por 13 das 15 participantes, todas na adolescência. Diante disso, a aceitação da gestação tanto pelas mulheres, quanto pelas famílias perpassa pela delegação da assistência feminina para o companheiro, o que implica de certo modo nas questões culturais e a baixa perspectiva de futuro fora do casamento. Nesse sentido, destaca-se que a dinâmica de gênero que envolve a vivência da contracepção feminina, também se revela nas desigualdades das identidades na infância e adolescência, nas desigualdades na contracepção na adolescência e na medicalização do corpo feminino. O fato de que nenhuma das entrevistadas afirmou ter participado de ações de planejamento familiar, revela que os serviços de saúde marginalizam a atenção aos problemas voltados para a sexualidade na adolescência, no sentido de que existem lacunas relacionadas ao papel informativo, orientador e provedor dos métodos contraceptivos desses serviços (Medeiros et al., 2016).

Segundo o Ministério da Saúde, o planejamento familiar é visto e considerado como um direito das pessoas além de terem um livre acesso às informações, elas têm uma assistência especializada, assim como os recursos que lhes permitem decidir e optarem espontaneamente por terem ou não filhos. Assim como também, o espaço relacionado ao tempo de um filho para o outro, e também ao contraceptivo adequado para cada situação. É válido destacar que essa escolha é mediante a não discriminação, coerção e até mesmo violência, sendo parte do conjunto de ações voltadas à saúde do casal. Entretanto, não é isso que acontece, pois na realidade, isso está bem distante na sociedade, pois, o que se observa é a escassez de contracepção masculina, sendo cada vez mais presente a responsabilização da mulher (Cruz, et al., 2014). Biroli (2018):

Quando a dualidade entre público e privado não é problematizada – o que é majoritário nas teorias da democracia –, as relações de poder na esfera privada não são computadas na compreensão de como os indivíduos se tornaram quem são e dos limites desiguais para atuarem, individual e coletivamente. Em outras palavras, a vida doméstica, em um conjunto diferenciado de práticas que se estende da divisão sexual do trabalho à economia política dos afetos, da responsabilização desigual pelo

cotidiano da vida à norma heterossexual, é desconsiderada como fator que define as possibilidades de atuação na vida pública. O primeiro passo para a problematização dessa dualidade é entender que ela não é natural. Só assim as disputas em torno do que é definido como privado e do que é definido como público podem ser compreendidas na sua relevância política. Elas são um problema de primeira ordem para as democracias porque traçam fronteiras entre experiências, problemas e necessidades, atribuindo-lhes peso e legitimidade diferenciados (Biroli, 2018, p. 11).

Segundo Santos e Freitas (2011), o planejamento familiar com seus serviços tradicionais, atuam exclusivamente colocando a responsabilidade e prioridade social na mulher. É importante mencionar que os contraceptivos utilizados pelas mulheres são sugeridos pelos serviços da saúde, fazendo com que tenha que ser monitorado pelo médico e desenvolvido tecnologicamente, além disso, firma mais ainda o processo de medicalização da população. Para Marcolino e Galastro (2001):

A concepção é o resultado natural do intercurso sexual entre homem e mulher. Partindo dessa premissa, espera-se que a anticoncepção seja um fenômeno, também, por natureza, resultante da conjugação de esforços dos parceiros igualmente envolvidos nessa relação. Entretanto, a cultura patriarcal em que vivemos confinou a mulher no âmbito da maternidade, do lar e das tarefas internas familiares. O mundo externo (produtivo) foi considerado de âmbito masculino. Nos países latino-americanos, além da cultura patriarcal, o machismo está presente como forma de dominação do homem sobre a mulher (Marcolino; Galastro, 2001, p. 78).

O planejamento familiar, em sua estrutura, não é apenas a intervenção para as mulheres, ou seja, deve-se considerar a saúde da família. Por isso, a família deve ser avaliada, tanto nas suas tradições, como crenças e valores, em seu ciclo da vida. “O planejamento deve ser conduzido na forma de programa, passo a passo, com tarefas para tornar o processo ativo para os usuários” (Santos; Freitas, 2011, p. 1818).

3.2 Ausência da participação masculina no Planejamento Familiar

As discussões sobre a participação masculina no campo da reprodução ganharam destaque no âmbito das políticas de saúde a partir dos anos 90 a partir da IV Conferência Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (BEIJIM, 1995). Assim como vários fatores, sendo eles: as mudanças culturais, a partir da redefinição do papel da mulher na sociedade com o questionamento dos papéis tradicionais, influenciado principalmente pelo movimento feminista; os rearranjos das relações de gênero através da redefinição do papel do homem na família; o papel da mídia como instrumento de divulgação destas mudanças; e a influência das práticas médicas no campo da contracepção, que após uma longa concentração no corpo feminino busca intervir também na participação do homem, tanto em busca do seu apoio quanto para torna-lo protagonista (Quadros, 2004; Minella, 2005).

Segundo Pereira e Azize (2019), a principal justificativa para o não desenvolvimento de um método contraceptivo masculino com a mesma eficácia que a pílula feminina, isto é, a “pílula masculina”, se explica por ser uma tecnologia difícil de desenvolver por consequência dos aspectos fisiológicos, econômicos e/ou culturais. A justificativa de caráter fisiológico analisa os corpos de homens e mulheres sob a ótica da biomedicina, isto é, compreende-se a complexidade do corpo masculino como a principal barreira para o desenvolvimento de uma “pílula masculina”, ao contrário do corpo feminino. Portanto, embora pesquisas e tentativas tenham iniciado nos anos 60, até hoje esse produto não foi lançado, a principal alegação para a suspensão dos projetos em desenvolvimento foram os efeitos colaterais, principalmente os associados à interferência na sexualidade.

Diante disso, a organização não governamental (ONG) estadunidense Male Contraception Initiative (MCI), compreende a importância da inclusão dos homens no processo de contracepção através da promoção de anticoncepcionais não hormonais e especialmente os de longa duração, também busca conscientizar o público masculino e promover campanhas para o financiamento de pesquisas, este último encontra-se como o grande problema para o desenvolvimento dessas tecnologias para a MCI. Além disso, a organização aponta a falta de interesse da indústria farmacêutica no investimento em novos contraceptivos, para os homens e para as mulheres. A rejeição do público masculino, é destacado com principal justificativa para a ausência de interesse em inovações de uma tecnologia contraceptiva masculina. É possível analisar que enquanto o corpo feminino é

simbolizado como mais acessíveis à contracepção, o corpo masculino é compreendido como mais difícil de ser interferido por contraceptivos hormonais (Pereira; Azize, 2019).

Pereira (2017), assevera que as tecnologias estimuladas pela Male Contraception Initiative (MCI) propõem alcançar o mercado mundial, inclusive o Brasil, isto é, para que os contraceptivos masculinos tenham a mesma relevância que os femininos. O principal argumento desta ONG é a alta demanda de homens e mulheres de vários lugares do mundo. É importante salientar que embora a MCI tenha como objetivo uma rede internacional, os resultados serão esculpidos nas relações de gênero que envolvem a contracepção de cada grupo social.

O papel da mulher cis na sociedade patriarcal se resume ao fato de ser dona de casa, criar e cuidar dos filhos, enquanto dos homens, se resume ao trabalho e às forças políticas. A “distribuição desigual” do trabalho doméstico é um determinante estrutural vivenciado pelas mulheres. Dessa forma, compreende-se que a mulher como público-alvo do planejamento familiar se determina pela sujeição da sociedade à cultura patriarcal e se justifica por causa da sua biologia humana, pois quem engravida é a mulher e ela, na maioria das vezes, é responsável pelo controle da natalidade (Bento, 2013; Marx; Engels, 2006; Morais, et al., 2014).

Segundo Saffioti (2000), entende-se por patriarcado uma estrutura social implantada por homens a partir do esquema dominação-exploração sobre as mulheres, isto é, cria-se um sistema simbólico que inferioriza socialmente as mulheres. A autora também aponta as três contradições sociais: gênero, raça/etnia e classe. Diante disso, afirma que o patriarcado se moldou ao racismo e ao capitalismo, sobre este último é possível analisar que não foi capaz de abrir portas para o trabalho feminino, mas sim para o emprego, pois as mulheres sempre trabalharam, inclusive mais do que os homens. Pereira (2019):

É tendo-se em perspectiva que as desigualdades de gênero sempre foram um traço histórico marcante das relações socioculturais entre homens e mulheres, nas quais as mulheres sempre foram colocadas em situação de inferioridade, sendo destinadas ao âmbito da esfera privada do ambiente doméstico e das responsabilidades reprodutivas, que atualmente destina-se maior atenção para a necessidade da participação e/ou inclusão masculina nas atividades relacionadas ao planejamento familiar e as responsabilidades com a família (Pereira, 2019, p. 2).

Violência estrutural são várias ações que se produzem e reproduzem no cotidiano mas, geralmente não são compreendidas como violência, pois trata-se do uso de uma força que nem sempre é física. Analisa-se que as mulheres, principalmente as que gerenciam as famílias, encontram-se entre as que mais sofrem violência estrutural. Nesse sentido, a divisão social do

trabalho aparece como uma das formas de opressão e de violência doméstica contra as mulheres, elemento central do patriarcado, a partir da perspectiva materialista histórica dialética. Diante disso, os elementos históricos determinados pelo patriarcado são profundas construções históricas que precisam ser superadas no contexto estrutural da sociedade contemporânea, isto é, a partir da superação coletiva das conjunturas de opressão vivenciadas pela figura feminina (Silva, 2005; Seimetz, 2018).

Para Biroli (2018), a divisão sexual do trabalho tem caráter estrutural, isto é, não perpassa por opções individuais de mulheres e homens, mas se sustentam a partir de estruturas que revelam a responsabilização desigual pelo trabalho doméstico, estas estruturas são capazes de anular as escolhas; geram julgamentos com base biológica, isto é, demarcam o que seria naturalmente destinado às mulheres e aos homens e padronizam formas de organização da vida, que ao serem entendidas como naturais contribuem para a manutenção e reprodução dessas mesmas estruturas. Nesse sentido, compreende-se a divisão sexual do trabalho como produtora do gênero, isto é, define a dualidade feminino-masculino e dispõe a figura feminina diferente e desigualmente segundo classe e raça. Bento (2013):

As reflexões supramencionadas contribuem para o entendimento de como a influência da cultura patriarcal é nociva para mulheres e homens. O domínio masculino sobre a mulher definindo suas necessidades, restando-lhe as potencialidades, enquadrando-a como figura inanimada interfere na vida e saúde das mulheres. Na seara das desigualdades de gênero sofrem, na maior parte, as mulheres, pois são destituídas de suas vontades e desejos confluindo para uma série de insatisfações (Bento, 2013, p. 4567).

Pereira e Azize (2019, p. 154), asseveram que “enquanto o corpo feminino é concebido como complexo em relação a intervenções farmacológicas na sexualidade, o masculino é construído como complexo em relação a intervenções na reprodução”. Afirma-se, portanto, que a naturalização da relação entre o corpo feminino e a contracepção, e a relação entre homem e sexualidade, perpassam por uma concepção científica, ou seja, enquanto o corpo feminino é acessado em demasia desde a emergência dos contraceptivos nos anos 60, o corpo masculino tem sua biologia sexual/ erétil apurada a partir do desenvolvimento do Viagra. Dessa forma, aponta-se a contrariedade entre a invisibilidade do corpo reprodutivo dos homens e o avanço da (bio)medicalização do corpo sexual do homem. Marcolino e Galastro (2001), afirmam que:

Há poucos estudos sobre o envolvimento dos homens no controle da reprodução, restrito pela própria biologia humana, já que a mulher é quem engravida e sua fecundidade é mais fácil de ser controlada que a do homem. Esses empecilhos práticos não explicam, entretanto, o papel limitado que os homens desempenham na contracepção (Marcolino; Galastro, 2001, p.78).

As mulheres são as principais responsabilizadas e afetadas pelo acontecimento de uma gravidez, nesse sentido o lugar social da mulher representados pela responsabilidade contraceptiva, isto é, o uso quase que exclusivo do contraceptivo feminino, implica em um paradoxo, da mesma forma que reflete empoderamento, pois tratou-se sobretudo de uma conquista do movimento feminista, também sobrecarrega e desampara a figura feminina, pois a não participação e responsabilidade do homem coloca sobre suas parceiras todo trabalho e consequências. Portanto, a emergência da contracepção masculina reflete uma potência para alterar a divisão sexual do trabalho reprodutivo e contraceptivo (Pereira, 2017).

Duarte (1998), revela os resultados de uma pesquisa realizada em uma universidade paulista com 776 homens, distribuídos entre estudantes de graduação (467), funcionários (314) e docentes (129), referentes à perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. Os dados relacionados às questões de gênero revelaram que quando questionado sobre a responsabilidade de sustentar a família obteve-se a porcentagem de 8% que atribuía ao homem tal função e 1% à mulher; sobre a responsabilidade em evitar uma gestação se atribuiu 6,4% às mulheres e apenas 1,2 % aos homens; sobre o cuidado com os filhos 4,7% dos entrevistados responderam ser responsabilidade das mulheres e não se obteve nenhuma resposta enquanto atribuição do homem. Os resultados referentes ao uso de métodos anticoncepcionais revelaram que a camisinha (33,4%) é o método mais utilizado, segundo a resposta dos homens entrevistados que tinham uma parceira sexual fixa, seguido pela pílula (29,2), a laqueadura tubária (20,8%), a tabela (9,0) e a vasectomia (7,6).

Diante disso, analisa-se que os métodos que implicam à maior ou menor participação masculina, foram os mais citados como os mais usados pelos participantes, representados por 54%. Entretanto, para a autora, os resultados obtidos na pesquisa revelam uma discordância com o que se observa no cotidiano, isto é, o predomínio da figura feminina enquanto responsáveis pela contracepção. Também se destacou um grande equilíbrio de gênero nas respostas, nesse sentido “é possível que a resposta corresponda mais àquilo que consideraram correto responder, à conduta que deveria ser adotada, do que propriamente à forma de comportamento na vida diária”. Pois, enquanto 92% dos participantes responderam ser responsabilidade do casal a prevenção da gravidez, apenas 55% responderam ser uma escolha do casal o método contraceptivo em uso (Duarte, 1998, p. 128).

Analisa-se que o grupo estudado representa em particular uma elite, através do alto nível de educação e por sofrer influência de um ambiente universitário, o que não representa a maioria da sociedade brasileira. Diante disso, observa-se que embora existam conceitos que apontam a inutilidade do desenvolvimento de contraceptivos masculinos, isto é, estes não

seriam utilizados. Os resultados da pesquisa apontam que “a responsabilidade reprodutiva está começando a ser assumida pelos homens, pelo menos nesses grupos cujas condutas tendem, supostamente, a ser imitadas pelo restante da sociedade” (Duarte, 1998, p. 129).

Segundo dados do Serviço de Orientação e Planejamento Familiar (SERPLAN), a esterilização masculina é mais frequente nas regiões Centro-Leste (3,9%) e Sul (2,6%) e menos no Norte (0,4%) e Nordeste (0,6%). Nesse mesmo sentido, analisa-se que os homens da área urbana se esterilizam mais do que os da área rural, sendo respectivamente 3,2% e 0,6%. No que se refere ao nível de escolaridade, analisa-se que as mulheres que mais optam pelo método irreversível fazem parte do grupo de baixo nível de instrução, enquanto os homens que mais se esterilizam fazem parte do grupo que obtém entre 12 anos ou mais de estudos. Uma pesquisa da BEMFAM em 1996, destaca o aumento do uso de métodos masculinos, a vasectomia passou de 0,8% em 1986 para 2,6% em 1996. O nível de escolaridade demonstrou que o número de mulheres esterilizadas diminui com o aumento do nível de estudo, já no caso dos homens quanto maior o nível de escolaridade, maior o número de vasectomias. Colaborando com essa perspectiva, uma pesquisa realizada pela UOL, aponta um aumento de mais de 100% no número de vasectomias em 10 anos no Brasil, isto é, em 2018 foram realizadas 26 mil cirurgias e em 2017 esse número foi para 57 mil, a principal justificativa para o aumento é uma maior instrução da população sobre o tema (Minella, 2005; UOL, 2020).

Segundo Pereira (2019), a participação masculina na contracepção está sujeita às relações de gênero; à relação com a parceira e às preocupações com a paternidade e ISTs. Isso implica dizer que o trajeto da participação masculina é reflexo dos diversos grupos sociais, da situação conjugal, isto é, do desenvolvimento do ciclo doméstico. Portanto, estes elementos “são fundamentais para a variação dos significados que a contracepção vai adquirindo na vida dos homens” (Quadros, 2004, p. 28).

Vale destacar que o antagonismo presente nas relações entre homens e mulheres, foi construído socialmente, o que implica dizer que não há uma explicação natural que justifique a superioridade masculina. Diante disso, o Relatório da Conferência de Cairo reconhece a importância da promoção da igualdade de gênero, que se determina principalmente através da responsabilidade compartilhada nas questões que envolvam a sexualidade e a saúde reprodutiva e da participação ativa do homem na paternidade responsável, no comportamento sexual e reprodutivo, sobretudo no planejamento familiar (Pereira, 2019; Cairo, 1994).

Segundo Duarte et al. (2003, p. 208), “os homens têm sido negligenciados pelos programas de planejamento familiar”. Diante disso, os esforços para a viabilização de

contraceptivos masculinos manifestam seus efeitos para além do acesso à essas tecnologias, pois as discussões que envolvem a temática analisam as relações entre homens e mulheres e os significados destas relações, ou seja, permite a análise da (bio)medicalização dos corpos masculinos, das políticas populacionais, da masculinidade contemporânea, da paternidade e dos direitos reprodutivos. Portanto, o desenvolvimento da contracepção masculina mostra-se como possível instrumento capaz de abalar as relações de gênero que envolvem a contracepção, bem como incluir o corpo masculino como objeto de intervenção (Pereira, 2017).

Além disso, a educação de homens e mulheres mostra-se como um divisor de águas nas relações de gênero, isto é, apresenta-se como instrumento de reflexão da dinâmica das relações e dos papéis sociais. Dessa forma, é fundamental o investimento na educação de homens e mulheres brasileiros, como meio para o estabelecimento de mudanças na perspectiva masculina sobre a contracepção. Pois, “o maior grau de instrução da mulher é relevante para o estabelecimento de um melhor equilíbrio nas decisões contraceptivas” (Duarte et al., 2003, p. 212).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação do corpo feminino em instrumento de controle social iniciou a partir do desenvolvimento da medicina no século XVIII. Assim surge, também, a função social assumida pelos médicos, isto é, um discurso científico autoritário e totalitário, disciplinador e higienista, educador e guardião da moral e dos costumes e sobretudo, um poder hegemônico masculino capaz de tornar a população objeto manipulável. Nesse mesmo contexto, emergem outros discursos que corroboram com este controle social e populacional da sociedade, como é o caso das ideias eugênicas.

Biroli (2018), afirma que coadjuvação entre o governo e a medicina interferiram principalmente sobre a população indígena e negra, a partir dessa perspectiva de controle de natalidade e populacional em prol do controle da pobreza, isto é, desde esse período o pauperismo e as problemáticas em torno disto, são entendidos a partir da culpabilização do indivíduo. Diante desse movimento de controle social, ideários eugênicos e do racismo tornaram o corpo feminino instrumento de intervenções sancionadas.

A medicalização do corpo feminino se constitui a partir desses aspectos históricos, onde se concentra a questão da reprodução nas mulheres, isto é, a figura feminina foi cada vez mais associada ao seu papel procriador e maternal. Diante disso, a medicalização do corpo feminino consiste em torná-lo objeto da medicina e dessa forma impõe sobre ele um discurso disciplinador que dita padrões de conduta, isto é, como esses corpos devem se comportar em sociedade, que são amplamente aceitos. É dessa forma que a sexualidade feminina (reprodutora), diferentemente da masculina (virilidade), se (re)produz fixada em tabus.

A luta e o desenvolvimento de estratégias políticas pelo movimento feminista foram fundamentais para desassociar a sexualidade da procriação, o que possibilitou também, a emergência de contraceptivos femininos nos anos 60. No entanto, a responsabilização pela contracepção exclusiva das mulheres, implicou na ausência de variedade dos métodos contraceptivos masculinos, bem como a sua participação. Isso nos faz traçar os mesmos caminhos para a desigualdade de gênero, onde a figura feminina continua centralizada na vida privada, enquanto o homem continua isento dessas tarefas. Segundo Quadros (2004), a ausência da participação masculina com as responsabilidades do âmbito reprodutivo determina uma relação de poder e hierarquia nas relações de gênero, pois minimiza a liberdade e autonomia das mulheres e contribui para o controle do corpo feminino. Além disso, para o movimento feminista essa participação é entendida como promoção de direitos humanos e de inclusão.

O estado patriarcal, misógino, cristão e racista, não acumula no campo da política a ruptura com a opressão e exploração dos corpos e vida das mulheres. Portanto, discutir as pautas dos feminismos como a questão da saúde e justiça reprodutiva é pensar a ruptura com o modelo societário. Não há como discutir política social desvinculada de modelo societário, pois, não há como alcançar um modelo de saúde voltado para as mulheres dentro de uma concepção de Estado e de modelo societário que a prioridade é controlar os corpos das mulheres. Facchini e Horacio (2017):

O foco na moral sexual da agenda conservadora tem tomado como alvo especialmente os direitos relacionados à equidade de gênero e à diversidade sexual e de gênero. Por um lado, decorrente da crescente pluralidade religiosa do Brasil, e de uma diversidade de visões e interpretações da laicidade do Estado, atores cristãos têm conseguido uma expressiva representação pública. Marcando uma virada a respeito das formas clássicas de influência da Igreja Católica, lideranças do campo evangélico pentecostal têm se lançado massivamente à política e disputando cargos eletivos, principalmente como legisladores, predominantemente a partir de partidos de centro-direita. Organizados como bancada no Congresso Nacional, na sua atuação pública, parte importante desses parlamentares evoca uma visão idealizada de unidade do “povo de Deus” como suposta maioria nacional para agitar ansiedades morais com um relato apocalíptico no qual os direitos e políticas para as mulheres e LGBT, além de cercear a liberdade religiosa, ameaçariam a integridade moral das crianças e da família brasileira (Facchini; Horacio, 2017, p. 5-6).

Segundo Vieira (2002), a ideia sobre a sua função de reprodutora e educadora dos filhos, assumida pelas mulheres, é fundamental para compreender como a identidade social desses corpos se constituem na atualidade. Pois, a análise dos padrões de desigualdade de gênero, possibilita que as mulheres busquem novos caminhos para alcançar a sua autonomia e individualidade. Portanto, apontar a categoria de gênero implica em desnaturalizar as desigualdades entre mulher e homem cisgênero na medida em que se rompe com a perspectiva sexista, isto é, deve-se reconhecer no planejamento familiar a responsabilidade do homem tanto quanto se responsabiliza a mulher, para além do aspecto da reprodução biológica. Embora algum viés da luta de mulheres analise a ausência da responsabilização masculina como autonomia das mulheres, é válido ressaltar que a contracepção reforça o lugar social de homens e mulheres, pois nela as atribuições de gênero e sexualidade se agrupam. Além de que a ausência da participação masculina nas atividades de contracepção contribui para o aumento da incidência de mulheres infectadas pelo HIV (Inácio; Fonseca, 2018; Quadros, 2004; Carvalho et al., 2001).

A análise desenvolvida ao decorrer desse estudo, nos permite observar também as principais causas e consequências da gravidez não planejada, juntamente com os papéis que são dados aos homens e mulheres na sociedade. É importante mencionar que desde a antiguidade, até os dias atuais, homens e mulheres têm diferenças e desigualdades quando

mencionamos as responsabilidades e afazeres de ambos. O estereótipo que foi construído socialmente atribui papéis para homens e mulheres, onde o deles é reconhecido como o que tem diversas permissões e sem restrições, já o delas se configura em torno do âmbito privado, ou seja, ser dona de casa e cuidar dos filhos. Esses estereótipos associados a responsabilidade quase que exclusiva da mulher, as coloca numa situação de culpa quando ocorre uma gestação não planejada, principalmente porque a principal causa apontada para o acontecimento de uma gravidez não planejada é o baixo índice de utilização dos métodos contraceptivos (Prietsch et al., 2011, p.1).

Diante de uma gravidez não planejada, diversos fatores contribuem para colocar a mulher e o bebê em risco, como condições de nutrição, questão econômica, problemas psicológicos. Além de que muitas vezes não se tem rede de apoio e a mulher sofre uma culpabilização pelo ocorrido, o que configura também uma nova problemática, a ausência do papel paterno. Tal questão precisa ser reestruturada, pois, a paternidade real consiste em participação afetiva e social no âmbito da família, assim como responsabilidade em responder às necessidades da criança, no sentido da educação e construção de vínculos familiares (Santos, et al., 2015).

A gravidez na adolescência é fortemente marcada em nossa sociedade, diante disso, analisa-se uma divergência de raça diante dessa questão, pois foi possível observar no presente estudo que indígenas, pretas e pardas têm os maiores índices de filhos na adolescência, enquanto para as brancas o índice é menor. As principais consequências de uma gestação são bastante pertinentes nesse período, como evasão escolar, quebra de expectativa de um futuro profissional e depressão pós-parto.

Para tanto, Yazlle (2006), afirma que a gravidez na adolescência vem sendo considerada um problema de saúde, visto que, podem ocasionar vários problemas como complicações obstétricas, problemas psicossociais e econômicos. Além do mais, torna-se importante destacar que o aumento da gravidez pode e é explicados por vários fatores, mas obviamente mudando de país para país. Mediante a isso, é importante citar que o aspecto socioeconômico, pois, a desigualdade de classes presente na problemática, já que apesar da gestação não planejada atingir todas as classes sociais a maior parcela encontra-se relacionada a pobreza e baixa escolaridade (Santos et al., 2010).

A maternidade e a gravidez não são experiências meramente naturais, mas perpassam por estruturas sociais. Diante disso, observa-se que a vivência em contracepção se relaciona com a dinâmica de gênero, as principais consequências dessa relação é a gravidez na adolescência e a medicalização do corpo, sobretudo o corpo feminino. Também é possível

afirmar que a contracepção feminina se desdobra nos estereótipos de gênero que se revelam desde a infância, passa pela adolescência e se reproduz na vida adulta (Duarte; Leal 1998; Medeiros et al., 2016).

Para Costa et al. (2006), o movimento feminista começou a questionar o uso da contracepção para o controle demográfico, ou seja, para essa luta a anticoncepção implicava muito mais na autonomia feminina e no domínio da escolha de procriação. Corroborando com essa perspectiva, Ávila e Berquó (1994), afirmam que a ideia sobre direitos reprodutivos é recente e diz respeito à igualdade e liberdade da sexualidade. A criação do PAISM, foi outro marco fundamental para a dissociação entre mulher e reprodução, pois pela primeira vez se fala no conceito de “atenção integral à saúde das mulheres” e onde surge o planejamento familiar. No entanto, não foi suficiente para romper com as barreiras construídas historicamente pela desigualdade de gênero.

As mulheres deixam de ser vistas como parideiras, mas as responsabilidades do âmbito familiar, sobretudo no que diz respeito à reprodução, continuam sendo associadas a imagem feminina. A maioria das pesquisas analisadas no presente estudo apontam para a ausência da participação masculina no campo da reprodução, e quando partilhavam da responsabilidade se configurava como uma co-responsabilidade. A falta de desenvolvimento de métodos contraceptivos masculinos é a principal causa para essa realidade, entre os métodos reversíveis disponibilizados pelo SUS, oito (08) são para o uso feminino e apenas um (01) para uso dos homens. Além disso, também foi possível compreender que mulheres com um maior grau de escolaridade buscavam uma maior participação dos seus parceiros e conseqüentemente faziam menos uso do método irreversível, já os homens com mais estudo faziam mais uso da vasectomia.

Nessa perspectiva, é possível analisar que quanto maior o nível de instrução de homens e mulheres mais próximos estaremos de atingir a igualdade de gênero. É possível superar também, os paradoxos criados, sobretudo pela medicina, entre os corpos a partir da análise de gênero, isto é, quando se afirma que o corpo masculino é mais complexo do que o feminino, para o uso de métodos contraceptivos hormonais, mas quando se trata da sexualidade como o desenvolvimento do viagra, esses corpos estão aptos. Para a superação da divisão sexual do trabalho é fundamental pensar na participação masculina em todas as atribuições do âmbito privado, inclusive a contracepção.

REFERÊNCIAS

- ÁVILA, M. B. M.; BERQUÓ, E. **Direitos reprodutivos: uma questão de cidadania**. Brasília: CFEMEA, 1994, 49 p.
- ÁVILA, M. B.; FERREIRA, V., *Feminismo e Marxismo: Uma Relação Dialética. Os Desafios do Feminismo Marxista na Atualidade*, **Chapecó**, 1º ed., p.111-127, 2020.
- ANDRADE, Denise Almeida de; CHAGAS, Márcia Correia. O direito ao planejamento familiar no Brasil: a questão da filiação e da identidade genética no âmbito do “projeto parental” realizado por meio da inseminação artificial heteróloga. In: **Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI–Conselho Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em direito–São Paulo**. 2009. p. 10150-10178.
- Apesar de redução, Brasil ainda apresenta dados elevados de gravidez e maternidade na adolescência, apontam especialistas, **Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA)**, 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/brasil-ainda-apresenta-dados-elevados-de-gravidez-e-maternidade-na-adolescencia>. Acesso em: 14 de agosto de 2023.
- BADINTER, E. Um Amor Conquistado: o mito do amor materno. **Rio de Janeiro: Nova Fronteira**, 1985, 370 p.
- BAMBERGER, J. et al. A mulher, a cultura e a sociedade. **Trad. Cila Anker e Rachel Gorenstein. Rio de Janeiro: Paz e Terra**, 1979.
- BARROSO, Carmen. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 18, p. 170-180, 1984.
- BENTO, José. Mulher e contracepção evolução e conquista. **São Paulo: Alaúde Editorial**, 2003.
- BENTO, Paulo Alexandre de Souza São et al. A (não) participação do homem no planejamento familiar sob a perspectiva de gênero, 2013.
- BIROLI, Flávia. Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil. **Boitempo Editorial**, 2018.
- BOAVENTURA, L. S.; AIDAR, A. M. O Corpo Feminino e o Direito de Não ter Filhos. Uberaba, 2021.
- BRADÃE. E. R.; CABRAL, C. S., Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017.
- BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.263%2C%20DE%2012%20DE%20JANEIRO%20DE%201996.&text=Regula%20o%20C2%A7%207%C2%BA%20do,penalidades%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.cias.&text=DO%20PLANEJAMENTO%20FAMILIAR-

,Art.,observado%20o%20disposto%20nesta%20Lei. Acesso em: 24 de agosto de 2023.

BRASIL, Matheus et al. TRANSIÇÃO PARA A PATERNIDADE: AS DIFICULDADES ENFRENTADAS POR ADOLESCENTES. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 9, n. 2.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Brasília**: Editora MS, 2004.

CAMPOS, Marta Silva. O casamento da política social com a família: feliz ou infeliz. Mito RCT, Campos MS, Carloto CM, organizadoras. *Familismo, direito e cidadania: contradições da política social*. **São Paulo**: Cortez Editora, p. 21-44, 2015.

CARAPINHEIRO, G. Do bio-poder ao poder médico. **Estudos do Século XX**, n. 5, p. 383-401, 2005.

CARVALHO, M. L. et al. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, p. 23-31, 2001.

CAVALCANTI, N. C. S. B.; BAÍA. Brasil está entre países menos favoráveis ao aborto, mas apoio cresceu em 2021. **GI**, 22 de setembro de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2021/09/22/brasil-esta-entre-paises-menos-favoraveis-ao-aborto-mas-apoio-cresceu-em-2021.ghtml#>. Acesso em: 11 de agosto de 2023.

CAVALCANTI, N. C. S. B.; BAÍA, D. C. P. Ser mãe no mundo do trabalho: notas sobre os desafios da reinserção de mulheres no mercado de trabalho após a experiência de maternidade. **13º Mundo de Mulheres, 11º Fazendo Gênero: transformações, conexões, deslocamentos**, 2017.

CARNEIRO, Lucianne. Gravidez na adolescência é mais frequente em escolas públicas e no Nordeste. **Valor**, Rio, 10 de Novembro de 2021. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2021/09/10/gravidez-na-adolescencia-e-mais-frequente-em-escolas-publicas-e-no-nordeste.ghtml>. Acesso em: 15 de agosto de 2023.

Casos de gravidez na adolescência diminuíram, em média, 18% desde 2019. **Gov.Br**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/casos-de->

gravidez-na-adolescencia-diminuiram-em-media-18-desde-2019. Acesso em: 14 de agosto de 2023.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em estudo**, v. 15, p. 72-85, 2010.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. **Brasília: CFESS**, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais). Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 12 de outubro de 2023.

CIANTELLI, G. L. et al. A gravidez não planejada em um bairro periférico de Sorocaba-SP. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 14, n. 1, p. 19-21, 2012.

CISNE, Mirla. Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. **Serviço Social & Sociedade**, p. 211-230, 2018.

COELHO, E. A. C. et al. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, p. 37-44, 2000.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta paulista de enfermagem**, v. 25, p. 415-422, 2012.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes de; SILVA, Ana Tereza de Medeiros. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, p. 37-44, 2000.

CORREIA, Divanise Suruagy et al. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2469-2476, 2011.

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; SILVER, Lynn Dee. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, p. 75-84, 2006.

COSTA, M. M. A. et al. A maternidade e a paternidade: o olhar do casal adolescente. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, 2014.

COSTA, T. et. al. Naturalização e Medicalização do Corpo Feminino: o controle social por meio da reprodução: **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 363-380, 2006.

CRUZ, Rachel et al. Participação masculina no planejamento familiar: o que pensam as mulheres?. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2014.

DE VIDÀ, MUDANÇAS URBANAS E. ESTILO. MULHER E FAMÍLIA BURGUESA. **História das mulheres no Brasil**, p. 223, 1997.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, p. 123-131, 2010.

Dois milhões de crianças e adolescentes de 11 a 19 anos não estão frequentando a escola no Brasil, alerta UNICEF. **UNICEF**, 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/dois-milhoes-de-criancas-e-adolescentes-de-11-a-19-anos-nao-estao-frequentando-a-escola-no-brasil>. Acesso em: 15 de agosto de 2023.

DUARTE, Graciana Alves et al. Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 207-216, 2003.

DUARTE, Graciana Alves. Perspectiva masculina quanto a métodos contraceptivos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S125-S130, 1998.

DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Editora Fiocruz, 1998.

ESPINOZA, Rosimary de Farias Lobos; FRIDRICH, Gilivã Antonio. A contribuição do Serviço Social no planejamento familiar de vasectomizados. **Revista Vértices**, v. 21, n. 1, p. 132-149, 2019.

Estatística de Gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. **IBGE**, 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf. Acesso em: 14 de agosto de 2023.

Estudo aponta que mulheres negras são mais vulneráveis ao aborto no Brasil. **FIOCRUZ**, 2023. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-que-mulheres-negras-sao-mais-vulneraveis-ao-aborto-no-brasil>. Acesso em: 10 de novembro de 2023.

FACCHINI, Regina; SÍVORI, Horacio. Conservadorismo, direitos, moralidades e violência: situando um conjunto de reflexões a partir da Antropologia. **cadernos pagu**, p. e175000, 2017.

FERNANDES, K. M. P.; ROSA, C. M. Medicalização do parto: a apropriação dos processos reprodutivos femininos como causa da violência obstétrica. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 56, n. 3, p. 254-265, 2020.

FERNANDES, L. D. S., et al. Ações educativas em Planejamento Familiar: perfil dos participantes do programa em uma universidade privada de São Paulo. **Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 21, n. 5, p. 80-95. 2008.

FLECKI, A. C.; WAGNER, A. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. **Psicologia estudo**. v. 8, n. 4., p. 31-38. 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pe/a/yJ7FJKchnyMrnhgPPp463yc/?lang=pt>. Acesso em: 24 de Abril de 2023.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1972.

GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. **Barueri, SP: Grupo GEN, 2022**. E-book. ISBN 9786559771653.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. **São Paulo: Atlas, 1994**.

Gravidez não planejada atinge 62 % das mulheres no Brasil. **Bayer, 2022**. Disponível em: <https://www.bayer.com.br/pt/blog/gravidez-nao-planejada-atinge-62-mulheres-brasil#:~:text=Cerca%20de%2062%25%20das%20mulheres,Intelig%C3%Aancia%20em%20Pesquisa%20e%20Consultoria>. Acesso em: 14 de agosto de 2023.

Gravidez na adolescência: saiba os riscos para mães e bebês e os métodos contraceptivos disponíveis no SUS, **Gov.br, 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/gravidez-na-adolescencia-saiba-os-riscos-para-maes-e-bebes-e-os-metodos-contraceptivos-disponiveis-no-sus>. Acesso em: 01 de Setembro de 2023.

Gravidez não planejada no Brasil está acima da média mundial, aponta pesquisa. **ESTADÃO, 2022**. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/emails/ser-mae/gravidez-nao-planejada-no-brasil-esta-acima-da-media-mundial-aponta-pesquisa/#:~:text=Um%20estudo%20anterior%2C%20realizado%20em,a%2025%20anos%20de%20idade>. Acesso em: 14 de agosto de 2023.

HORST, Claudio Henrique Miranda; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Serviço Social e o trabalho com famílias: renovação ou conservadorismo?. 2017.

IAMAMOTO, M. V. Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. Ensaio Críticos. 12. Ed. **São Paulo**. Cortez, 2013.

INACIO, E. O.; FONSECA, L. C. S., Direitos Reprodutivos e a Esterilização Definitiva: O Planejamento Familiar Centralizado na Figura Feminina. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1, n. 1, 2018.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos Metodológicos na Construção do Conhecimento Científico: a Pesquisa Bibliográfica. **Revista Katál**, Florianópolis, v. 10, n° esp. p.37-45, 2007.

LÍRIO, E. et al. A perspectiva do jovem sobre a paternidade não planejada na adolescência. **ANAI DA MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA-ISSN 2317-5915**, n. 16, p. 853-860, 2022.

LOPES, Gabriela Cristina Melo et al. O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO. **TCC-Psicologia, 2022**.

- MACEDO, N. D. Iniciação à pesquisa bibliográfica. **São Paulo**: Loyola, 1995.
- MACHADO, R. et al. Danação da Norma. **Rio de Janeiro**: Graal, 1978.
- MACIEL, M. E. S. A eugenia no Brasil. Anos 90. **Revista do Programa de Pós-Graduação em História. Porto Alegre**. N. 11 (jul. 1999), p. 121-143, 1999.
- MARCOLINO, Clarice; GALASTRO, Elizabeth Perez. As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, p. 77-82, 2001.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva M. Metodologia do Trabalho Científico. **São Paulo**, SP: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788597026559. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788597026559/epubcfi/6/14%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dhtml6%5D!/4>. Acesso em: 28 de Junho de 2023.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista Estudos Feministas**, v. 13, p. 645-666, 2005.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia Alemã**. São Paulo: Martin Claret Ltda., 2006.
- MARX, K. Para a Crítica da Economia Política. **Portugal**: Edições Progresso Lisboa, 1859.
- MATOS GOMES, Pedro Henrique. As Intervenções do Estado ao Livre Planejamento Familiar e as Violações a Garantias Fundamentais. 2022.
- MATOS, M. I. S. Em nome do engrandecimento da nação: representações de gênero no discurso médico-São Paulo 1890-1930. **Diálogos**, v. 4, n. 1, p. 77-92, 2000.
- MEDEIROS, Thalyta Francisca Rodrigues de et al. Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 2016.
- MENDES, A. P. D.; GALDEANO, L. E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 5, n. 3, p. 363-71, 2006.
- MILES, A. Women, Health and Medicine. **Philadelphia**: Open University Press, Milton Keynes, 1991.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.239-262, 1993.
- MINELLA, S. L., **Gênero e Contracepção: uma perspectiva sociológica**, Florianópolis: Editora: UFSC, 2005.
- MORAIS, Ana Cláudia Brito et al. Participação masculina no planejamento familiar e seus fatores intervenientes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, p. 498-508, 2014.
- NETTO, J. P. Introdução ao Estudo do Método de Marx. **São Paulo**: Expressão Popular, 2011.

- NICIDA, L. R. A. et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4531-4546, 2020.
- Número de vasectomias aumenta mais de 100% em 10 anos no Brasil. **UOL**, Drauzio, 2020. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/sexualidade/numero-de-vasectomias-aumenta-mais-de-100-em-10-anos-no-brasil/>. Acesso em: 11 de outubro de 2023.
- OLIVEIRA, E. M. A prática feminista e o gênero na construção do conhecimento. **Sociedade e Estado**, v. 12, n. 02, p. 329-339, 1997.
- OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S25-S32, 1998.
- PARCERO, S. M. J. Participação do parceiro na gravidez não planejada segundo o olhar das mulheres. 2012.
- PEREIRA, Georgia Martins Carvalho; AZIZE, Rogerio Lopes. “O problema é a enorme produção de espermatozoides”: concepções de corpo no campo da contracepção masculina. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 147-159, 2019.
- PEREIRA, Georgia Martins Carvalho et al. Viabilizando tecnologias improváveis: uma análise sobre o fomento de contraceptivos masculinos pela ONG Male Contraception Initiative. 2017.
- PEREIRA, Paula Marize Nogueira. A participação masculina no planejamento reprodutivo a partir de um recorte de gênero: alguns apontamentos bibliográficos, 2019.
- População, **IBGE**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 01 de Setembro de 2023.
- PRIETSCH, S. O. M. et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1906-1916, 2011.
- QUADROS, Marion. **Homens e a contracepção: práticas, idéias e valores masculinos na periferia do Recife**. 2004. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Sociologia)– Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Quantidade de homens e mulheres. **IBGE**, 2022. Disponível em: <https://www.bayer.com.br/pt/blog/gravidez-nao-planejada-atinge-62-mulheres-brasil#:~:text=Cerca%20de%2062%25%20das%20mulheres,Intelig%C3%Aancia%20em%20Pesquisa%20e%20Consultoria>. Acesso em: 14 de agosto de 2023.
- ROCHA, Cinthya Aparecida da. Gravidez na adolescência e evasão escolar. 2009.
- ROHDER, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

- SÁ-SILVA, Jackson Ronie et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.
- SAFFIOTI, Heleieth. Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento. **Crítica Marxista**, v. 11, p. 71-75, 2000.
- SANTOS, P. F. B. B. et al. Significados da maternidade/paternidade para adolescentes que vivenciam esse processo. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015.
- SANTOS, V. C. et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Revista Bioética**, v. 21, p. 494-508, 2013.
- SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 5, p. 47-59, 2001.
- SCAVONE, Lucila. Nosso corpo nos pertence? Discursos feministas do corpo. **Revista Gênero**, v. 10, n. 2, 2010.
- SEIMETZ, G. R. “Lugar de mulher é onde ela quiser!”: Contexto social da violência doméstica. XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESSdd.LUGAR DE MULHER É ONDE ELA QUISER!?: CONTEXTO SOCIAL DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. 2018.
- Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Biblioteca **Virtual em Saúde**, 2023. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia-01-a-08-02/>. Acesso em: 14 de agosto de 2023.
- SILVA, Felipe Cazeiro da; SOUZA, Emilly Mel Fernandes de; BEZERRA, Marlos Alves. (Trans) tornando a norma cisgênera e seus derivados. *Revista Estudos Feministas*, v. 27, 2019.
- SILVA, José Fernando Siqueira. Violência e desigualdade social: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Ser Social**, n. 19, p. 31-58, 2006.
- SILVA, Katyanne da. ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR EM UM HOSPITAL-ESCOLA. 2020.
- SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, 2011.
- SILVA, Vanessa Figueiredo da. **Serviço social, família e saúde: uma visão do fazer profissional do assistente social na Política Nacional do Planejamento Familiar**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- SOARES, G. Experiências reprodutivas e desejos de maternidade em lésbicas e bissexuais. **In: conference Fazendo Gênero**. 2010.

- SOUSA, A. S, et al. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 43, 2021.
- SOUZA, V. L. C. et al. O aborto entre adolescentes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, p. 42-47, 2001.
- Taxa de fecundidade no Brasil. Mundo Educação, **UOL**. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/taxa-fecundidade-no-brasil.htm>. Acesso em: 01 de Setembro de 2023.
- TACHIBANA, M.; SANTOS, L. P.; DUARTE, C. A. M. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psychê**, v. 10, n. 19, p. 149-167, 2006.
- TEIXEIRA, A. C. B. Saúde, Corpo e Autonomia Privada. **Rio de Janeiro: Renovar**, 2010.
- TERRA, L. M. As ideias e o Brasil: apontamentos sobre os usos da medicina social à brasileira. **Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais**, n. 18, 2014.
- TON, A. P. Plano de intervenção para a contribuição do planejamento familiar da Estratégia Saúde da Família na prevenção da gravidez não planejada. 2014.
- UNFPA – Fundo das Nações Unidas para Assuntos de População, CNPD – Conselho Nacional de População e Desenvolvimento. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, setembro de 1994). Brasília, [1995]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 05 de setembro de 2023.
- VÁZQUEZ, Georgiane. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, v. 3, n. 6, p. 167-181, 2014.
- VENTURA, M. Direitos reprodutivos no Brasil. In: **Direitos reprodutivos no Brasil**. 2009. p. 292-292.
- VIEIRA, E. M. A Medicalização do Corpo Feminino. **Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ**, 2002.
- XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, p. 279-285, 2007.
- YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, v. 28, p. 443-445, 2006.