

FUNDAÇÃO DE ENSINO “EURÍPIDES SOARES DA ROCHA” – FEESR
CENTRO UNIVERSITÁRIO EURÍPIDES DE MARÍLIA – UNIVEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM DIREITO – PPGD
MESTRADO EM DIREITO

Iris Rabelo Nunes

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS:
UMA PESQUISA QUANTO AO ACESSO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Marília, SP
2021

Iris Rabelo Nunes

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS:
UMA PESQUISA QUANTO AO ACESSO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu – Mestrado em Direito – do Centro Universitário Eurípides de Marília – UNIVEM, em sua Área de Concentração em Teoria do Estado e do Direito, Linha de Pesquisa Construção do Saber Jurídico, como requisito à obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Roberto da Freiria Estevão

Marília, SP
2021

Autora: Iris Rabelo Nunes

Título: DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: UMA PESQUISA QUANTO AO
ACESSO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Direito – do Centro Universitário Eurípides de Marília – UNIVEM, em sua Área de Concentração em Teoria do Estado e do Direito, Linha de Pesquisa Construção do saber jurídico, e aprovada pela banca examinadora.

Marília, SP, ____ de _____ de 2021.

Título, Nome e IES do Coordenador do Curso

Título, Nome e IES do Professor Orientador

Título, Nome e IES do Membro da Banca Examinadora

Título, Nome e IES do Membro da Banca Examinadora

À Regina e Aline “Laranja” Carolina

AGRADECIMENTOS

Logo que saí da casa dos meus pais e fui morar sozinha em uma república de estudantes universitárias, uma das nossas primeiras preocupações era como manter a casa limpa e organizada e ainda ter tempo de estudar. Tentamos tabelas de divisão de tarefas, tentamos estabelecer o dia da faxina, tentamos de tudo, mas parecia que nunca dávamos conta e decidimos procurar uma faxineira.

Contratamos a Regina para limpar nossa casa uma vez a cada quinze dias. Quarta-feira sim, quarta-feira não, a Regina chegava em casa e eu preparava um café para nós duas antes de começarmos o dia. Eu lendo os textos da faculdade e ela faxinando nossa casa.

A Regina tinha 20 e poucos anos e 3 filhos, um de cada casamento e estava casada com o pai do mais novo. Ela morava na casa da mãe com as crianças, pra mãe dela cuidar dos filhos quando saía pra trabalhar, e ele morava com a mãe dele, porque eles não tinham condições de manter uma casa própria. Em cada um dos cafés que compartilhávamos ela me contava que foi visitá-lo no final de semana e ele se recusou a usar preservativo, que ela estava preocupada porque não queria ter um quarto filho.

Ela me contava de cada um dos métodos que utilizava para evitar uma gravidez (todos inefetivos): que pediu para ele ejacular fora e ele não obedeceu, que fez lavagem interna com o chuveirinho, que pediu uma pílula da cartela de anticoncepcional de uma amiga para tomar naquele dia.

Eu tinha dezoito anos à época. Também não tinha lá grandes conhecimentos nessa área, mas eu tentava aconselhá-la. Dizia para ir ao posto de saúde para pegar uma cartela inteira de anticoncepcional e tomar todos os dias porque só no dia do contato sexual não ia adiantar, dizia que se não conseguisse tomar todos os dias que buscasse uma pílula do dia seguinte etc. etc. etc.

Depois de um tempo eu saí da república e fui morar em outro lugar. As outras moradoras da república decidiram não continuar contratando a Regina. Nos perdemos por aí e nunca mais vi a Regina.

Um dia, uma das meninas que morava comigo me contou que a Regina foi lá na república me procurando. Ela queria muito me ver, para me mostrar a bebezinha nova dela, a quem ela deu o nome de Iris em minha homenagem.

A mescla de sentimentos de “nada do que eu tentei explicar funcionou e o medo dela de ter um quarto filho se concretizou” junto com o “eu fiz a diferença na vida dessa mulher” me marcou muito e foi decisivo para me incentivar a pesquisar sobre esse direito tão fundamental, mas ainda tão menosprezado na nossa sociedade e denegado à maioria das mulheres: o direito ao acesso ao planejamento familiar e a informação quanto ao controle de natalidade.

Contada esta história, dedico esta dissertação à Regina e a todas as mulheres que compartilharam suas histórias e desejos de ter filhos, de não ter filhos, e de como escolheram os momentos e os métodos para concretizar estes desejos. E também à Laranja, amiga tão querida, que nos deixou neste ano horrível.

Agradeço à CAPES/PROSUP pela bolsa de estudos concedida na modalidade Auxílio para Pagamento de Taxas, o que me possibilitou cursar as disciplinas ofertadas pelo PPGD/UNIVEM, a participação em cursos e eventos e a realização da presente pesquisa.

Agradeço a meu orientador por toda a paciência e por me aconselhar e proporcionar os meios necessários para desenvolver esta dissertação, bem como a todos professores do Programa de Pós-Graduação em Direito e a todos os colaboradores do UNIVEM que me ajudaram a sobreviver no meio universitário.

Agradeço a meu marido e a minha família por todo o apoio, por todos os momentos de alegria compartilhados e por entenderem todos os momentos que deixei de compartilhar com vocês para me dedicar a essa pesquisa.

Agradeço às minhas amigas que estão no vácuo no *whatsapp* nem sei desde quando, aos colegas de escritório e aos colegas do mestrado, que deixo de citar um a um por medo de esquecer de alguém, pois, saibam, todos vocês foram importantíssimos nesta jornada.

Vou deixar também uma menção honrosa aqui à minha psicóloga e minha psiquiatra porque vai saber se eu teria sobrevivido a esse processo sem vocês.

Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa pra que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida.

Simone de Beauvoir

RESUMO

A presente dissertação trata do direito ao acesso ao planejamento familiar, um dos aspectos dos direitos sexuais e reprodutivos, examinando-o por meio de pesquisa empírica em que foram coletados e analisados diversos relatos produzidos por mulheres em comunidades fechadas e secretas em meio virtual (grupos de Facebook®), reproduzidos neste estudo mediante consentimento específico. Considerando a falta de efetividade do direito ora debatido, constatada nos dados relativos ao número de gestações indesejadas, à prevalência da constituição familiar como monoparental e encabeçada por mulheres sem cônjuge e com filhos e à responsabilização praticamente exclusiva da mãe pelos cuidados de crianças, objetiva-se estudar como se organiza o direito ao acesso ao planejamento familiar no Brasil na teoria e na prática, investigando em levantamento empírico (método adotado no trabalho) a perspectiva das mulheres em relação a seus direitos sexuais e reprodutivos. Neste aspecto, a pesquisa subdivide-se em três capítulos: o primeiro destinado a contextualizar a proteção jurídica ao exercício do comportamento sexual humano e das funções reprodutivas no âmbito internacional e nacional; o segundo focado na pesquisa empírica realizada abordando-se os procedimentos adotados e as discussões e resultados alcançados; o terceiro dedicado às teorias feministas do direito que abordam a inefetividade material dos direitos das mulheres, ainda que positivados em nosso sistema jurídico. Diante do exposto, conclui-se que a falta de efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é inerente à sociedade patriarcal que garante aos homens o controle sobre o corpo e a sexualidade feminina

Palavras-chave: direitos das mulheres; direitos sexuais e reprodutivos; planejamento familiar; pesquisa empírica; teorias feministas do direito.

ABSTRACT

The present dissertation discusses the right to access family planning services, one of the aspects of sexual and reproductive rights, examining it by means of an empirical research in which were collected and analyzed several reports told by women in closed and secret communities located in virtual environment, reproduced in this study once provided specific consent. Considering the lack of effectiveness of the debated right, diagnosed in the data regarding the number of unwilling pregnancies, the prevalence of families constituted by single parents headed by women with no partner and children, and the mainly exclusive accountability of mothers for children's care, the research aims to study how the right to access family planning services is organized in theory and in practice in Brazil, by investigating through **empirical research** the perspective of women about their sexual and reproductive rights. Accordingly, this dissertation is divided in three chapters: the first commits to contextualize the legal protection the exercise of human sexual behavior and reproductive functions in the international and national level; the second focus on the empirical research conducted approaching the procedures adopted and discussions and results reached; the third is dedicated to the feminist legal theories that impends to analyze the ineffectiveness of women's rights, even though well established in our juridic system. Therefore, the conclusion is that the ineffectiveness of sexual and reproductive rights is inherent to the patriarchal society which permits men to control of female bodies and sexuality.

Keywords: women's rights; sexual and reproductive rights; family planning; empirical research; feminist legal theories.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Anticoncepcional

ACO – Anticoncepcional Oral

BEMFAM – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil

CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (*Convention on Elimination of Discrimination Against Women*).

CIPD – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (ou ICPD: *International Conference on Population and Development*)

CRPDALC – Consenso de Montevideo sobre População e Desenvolvimento da América Latina e Caribe

CNPD – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento

DIU – Dispositivos Intrauterino

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PDS – Pílula do dia seguinte

PNAISM – Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNS – Plano Nacional de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SDG – Metas de Desenvolvimento Sustentável da ONU (*Sustainable Development Goals*)

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNFPA – Agência de Fundo Populacional das Nações Unidas (*United Nations Population Fund*)

USAID – Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (*United States Agency for International Development*)

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 AS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR	17
1.1 O surgimento dos direitos sexuais e reprodutivos como bens jurídicos	18
1.2 A proteção internacional aos direitos sexuais e reprodutivos	23
1.3 O planejamento familiar como direito sexual e reprodutivo	30
1.4 A legislação e as políticas públicas de planejamento familiar no Brasil	32
2 A PESQUISA EMPÍRICA REALIZADA E O DIREITO DE ACESSO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR	41
2.1 Procedimentos adotados	42
2.1.1 População alvo	45
2.1.2 Coleta de dados	47
2.2 Resultados encontrados e discussões	49
2.2.1 Dificuldade de acesso e denegatória de prestação de serviços de saúde e assistência social	50
2.2.2 Da prescrição (ou automedicação) com anticoncepcionais hormonais em desconsideração a riscos e reclamações das pacientes com efeitos colaterais.	57
2.2.3 Ausência de responsabilidade masculina pela contracepção	61
2.2.4 Sentimento em relação à justiça	63
3 A FALTA DE EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS POR UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO	65
3.1 As funções reprodutivas e a falta de equidade entre homens e mulheres	66
3.2 Do tratamento legal à sexualidade feminina	71
3.3 Da jurisprudência feminista como alternativa	76
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS	87
ANEXO A – relatos colhidos na íntegra	98
ANEXO B – termo de consentimento livre e esclarecido	108

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa trata do direito ao acesso ao planejamento familiar como meio de efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, analisando-o por meio de um levantamento empírico, em que foram colhidos relatos de diferentes mulheres contidos em grupos secretos em redes sociais destinados a troca de experiências quanto a métodos contraceptivos. Os relatos colhidos buscam exemplificar os conhecimentos destas mulheres quanto a planejamento familiar e controle de natalidade, demonstrando os serviços de assistência social, médica e educacional que lhes foram prestados nesta área.

A temática do planejamento familiar, uma das facetas dos direitos sexuais e reprodutivos, envolve a escolha de reproduzir-se ou não, e em caso positivo a escolha do melhor momento para uma gestação, o número de gestações e o espaçamento entre elas.

Desta forma, é intrínseco ao direito ao acesso ao planejamento familiar a garantia de educação efetiva quanto à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens, bem como a disponibilização de diferentes métodos de contracepção para que os indivíduos escolham aquele que melhor se amolda a seu momento de vida e assim possam exercer seu comportamento sexual de forma responsável e segura.

Ademais, além de propiciar recursos para o exercício deste direito, compete ao Estado garantir a liberdade e autonomia plena vedando a imposição de quaisquer formas coercitivas de controle de natalidade, seja ela em forma de lei ou de políticas promovidas por agências estatais ou instituições privadas.

No Brasil, o direito reprodutivo ao planejamento familiar possui previsão constitucional e se pauta em princípios fundamentais, conforme reza o artigo 226, parágrafo 7º da nossa Carta Magna:

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

O planejamento familiar também é alvo de legislação específica no Brasil, a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 2006, que traz a seguinte definição em seu artigo 2º: “Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de

regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”.

Este diploma legal garante o planejamento familiar dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, prevendo que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) deverão garantir a prestação destes serviços na assistência à contracepção.

Todavia, apesar dos debates e dos esforços envidados para a concretização dos direitos reprodutivos por meio de políticas públicas voltadas ao planejamento familiar, a situação fática atual está muito longe do ideal, sobretudo sob a perspectiva das mulheres.

De fato, não obstante o reconhecimento da importância dos direitos sexuais e reprodutivos e a posição que ocupam como direitos humanos fundamentais tanto na esfera convencional, como constitucional e infraconstitucional, a situação enfrentada pelas mulheres é bastante diversa da idealizada, conforme facilmente se constata nos dados a seguir expostos.

De acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil”, 55,4% das gestantes entrevistadas não desejavam ter engravidado, sendo que 25,5% queriam esperar mais tempo e 29,9% não queria engravidar (VIELLAS et al, 2014). Ou seja, mais da metade das gravidezes no Brasil são indesejadas.

O Censo Demográfico de 2010 sobre Família e Domicílio (o mais recente divulgado pelo IBGE) averiguou que 53,5% das famílias conviventes é monoparental e encabeçada por mulheres em cônjuge e com filhos (BRASIL, IBGE, 2012).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2015, também realizada pelo IBGE, constatou a responsabilização praticamente exclusiva da mãe pelos cuidados de crianças com menos de 4 (quatro) anos, sendo que cerca de 86,5% das crianças nesta faixa etária têm a mãe como primeira responsável (BRASIL, IBGE, 2017).

Verifica-se, portanto, que a realidade das mulheres no que toca o seu acesso ao direito ao planejamento familiar ainda está muito distante do ideal. A falta de acesso à informação e a métodos contraceptivos eficazes e seguros, além da ausência de responsabilização recíproca pela paternidade entre homens e mulheres, caracteriza

cristalina afronta aos direitos reprodutivos e, por conseguinte, à dignidade da pessoa humana.

Contudo, por enquanto, poucos são os estudos acadêmicos, especialmente na área jurídica, que investiguem quais são as falhas nas políticas direcionadas ao planejamento familiar para que possam ser aprimoradas até alcançarem seu objetivo final: o respeito aos direitos humanos.

Desta maneira, faz-se necessária a execução da presente pesquisa para que as informações adquiridas em rodas de conversa feminina e notícias de revistas voltadas a este público sejam investigadas cientificamente.

Considerando o acima exposto, o presente estudo propõe-se a realizar uma pesquisa empírica por meio de colheita de relatos de mulheres em meio digital com o intuito de verificar a situação fática enfrentada por elas na busca pela efetivação de seu direito ao planejamento familiar, levando em conta os seguintes problemas:

Quais são as dificuldades enfrentadas na efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos? Por que existem tantas dificuldades em efetivar um direito que, na teoria, deveria simples? Quais são as possíveis abordagens legais e jurídicas para concretizar os direitos sexuais e reprodutivos?

Considerando os problemas apresentados, a análise parte da hipótese de que, ainda que existam normas internacionais e nacionais positivadas, a efetivação destes direitos e a aplicação de políticas públicas nesta área ainda é obstaculizada pela prevalência da dominação masculina na sociedade patriarcal em que vivemos.

Isso porque o direito, as políticas públicas e a abordagem médica do tema são conduzidas exclusiva ou majoritariamente por homens, dentro de uma sociedade patriarcal, “um sistema de pensamento e uma prática social de afirmação do poder dos homens contra as mulheres, que se expressa principalmente sobre o corpo delas” (RABENHORST, 2010, p. 119).

Diante desta realidade, evidente que o mero reconhecimento da igualdade jurídica entre homens e mulheres seria insuficiente para alterar a posição social ocupada pelas mulheres, historicamente voltada para o serviço reprodutivo. Isso porque, apesar da pretensa neutralidade do Estado e do Direito, estes refletem a visão de uma sociedade em que as instâncias de poder são dominadas por homens e

reforçam a divisão de poder que já existe na sociedade patriarcal (TAVARES; LOIS, 2018).

Para investigar esta hipótese, o presente estudo utiliza o método indutivo, vez que parte da análise de situações particulares com o intuito de verificar a existência de fenômenos repetitivos que confirmem a resposta para o problema ora apresentado (MEZZAROBÀ; MONTEIRO, 2009)

Como referencial teórico adota-se o feminismo radical e a Jurisprudência Feminista de Catharine MacKinnon.

O feminismo radical compartilha o entendimento de que, mesmo quando reconhecida a igualdade jurídica entre homens e mulheres, a positivação de direitos foi incapaz de alterar a posição submissa que as mulheres ocupam socialmente, historicamente voltada para a função reprodutiva.

O foco das teorias do feminismo radical são as diferenças socialmente construídas na vivência dos sujeitos masculinos e femininos que implicam na dominação a partir do sexo em um sistema social marcado pelo patriarcado. Neste esque as normas jurídicas, tidas como instituições do patriarcado, exercem um papel essencial na manutenção deste sistema e são responsáveis pela perpetuação da dominação das mulheres, uma vez que são moldadas a partir dos interesses masculinos.

Neste sentido, MacKinnon formulou uma teoria do direito conhecida como Jurisprudência Feminista, fundada no entendimento de que o Estado se diz neutro e objetivo, mas na realidade reflete a visão de uma sociedade em que as instâncias de poder são dominadas pelos homens e “o direito, enquanto produto do Estado, reforça a divisão do poder que já existe na sociedade patriarcal e a traduz como objetividade científica, denominando-a de teoria do direito quando o que se tem é teoria masculina do direito” (TAVARES; LOIS, 2018, p. 161-162).

Desta maneira, estas teorias são os principais subsídios teóricos para investigar por que existem tantas dificuldades em efetivar um direito que, na teoria, deveria simples e quais são as possíveis abordagens legais e jurídicas para concretizar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Como procedimentos metodológicos utiliza-se a pesquisa empírica, por meio da condução de entrevistas com mulheres a fim de averiguar qual é sua visão sobre

os serviços de planejamento familiar oferecidos, como se dá o seu acesso ao direito ao planejamento familiar e quais são os obstáculos encontrados na efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos; pesquisa documental, na análise de princípios e normas de direitos sexuais e reprodutivos em âmbito nacional e internacional, bem como de cartilhas e orientações que orientam a condução das políticas públicas de planejamento familiar no Brasil, e; pesquisa bibliográfica para analisar teorias que abordem a busca por igualdade formal e material dos direitos das mulheres e a inefetividade dos direitos das mulheres, ainda que positivados.

A dissertação subdividir-se-á em três capítulos, sendo o primeiro voltado para a explanação dos conceitos de políticas de planejamento familiar essenciais ao deslinde da presente pesquisa, abordando o surgimento dos direitos sexuais e reprodutivos como bens jurídicos, a proteção internacional destes, porque o planejamento familiar trata-se de um destes direitos e as legislações e normas relativas a este instituto existentes no Brasil.

O segundo capítulo pretende descrever como ocorreu o levantamento empírico na presente pesquisa, delineando quais foram os procedimentos adotados na obtenção de relatos de mulheres que buscam pela efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos e quais os resultados encontrados e discussões relevantes ao acesso ao direito ao planejamento familiar destas mulheres.

A seguir, no terceiro e último capítulo serão suscitadas razões para a falta de efetividade das políticas de direitos sexuais e reprodutivos, sendo elas a falta de equidade entre mulheres e homens, o exercício de um controle legal sobre os corpos femininos e será apresentada a Jurisprudência Feminista como uma alternativa paliativa para a solução dos problemas encontrados na área, que somente serão extintos de fato com o fim da instituição do patriarcado.

Por fim, em conclusão, observa-se que a falta de efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é algo inerente à sociedade patriarcal, pois nela é garantido aos homens o controle sobre o corpo e a sexualidade feminina.

1 AS POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Com o intuito de averiguar como se dá o acesso ao planejamento familiar no Brasil e investigar a razão da falta de efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos nesta seara, de proêmio é necessário esclarecer alguns conceitos que serão utilizados no decorrer do presente trabalho. Para tanto, este primeiro capítulo destina-se a abordar o desenvolvimento das políticas de planejamento familiar no mundo e no Brasil.

Inicialmente, aventa-se como as atividades sexuais e reprodutivas da humanidade passaram a ser tratadas com bens jurídicos passíveis de tutela no contexto histórico da segunda metade do século XX, alternando a perspectiva das políticas populacionais do viés macro institucional para o micro na busca por equilíbrio entre a estabilização da população como meta de desenvolvimento e a não interferência na autonomia sexual e reprodutiva dos homens e mulheres.

Neste espeque, a seguir passa-se a abordar como iniciou-se a proteção a nível internacional destes direitos, destacando menções a direitos sexuais e reprodutivos em Pactos e Convenções Internacionais na Organização das Nações Unidas (ONU) e a realização de Conferências Mundiais sobre População organizadas por este mesmo órgão, que culminaram na elaboração da Plataforma de Cairo Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD) de 1994, considerado o principal documento internacional quanto ao tema ora debatido.

Subsequentemente, a pesquisa cuida-se de afunilar o conceito de planejamento familiar, abalizando-o dentre os demais direitos sexuais e reprodutivos existentes, analisando-o diante do aspecto político constantemente atribuído ao controle de natalidade.

Por fim, expõem-se quais são as legislações brasileiras quanto ao tema e como se organizam as políticas públicas que regulamentam o acesso da população a tal direito, tanto no que tange à sua efetivação quanto à imposição de obstáculos a seu acesso.

1.1 O SURGIMENTO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS COMO BENS JURÍDICOS

Definem-se os “Direitos Sexuais e Reprodutivos” como o conjunto de princípios e normas que tratam do exercício da sexualidade e da reprodução humana com o objetivo assegurar que todas as pessoas possam exercer seu comportamento sexual de maneira segura e responsável, garantindo assim a autonomia reprodutiva, livre de discriminações, coerções, restrições e violências.

De proêmio aclara-se que direitos sexuais e reprodutivos envolvem tanto a dimensão de Direitos Individuais como também de Direitos Sociais. Isso porque, por um lado se relacionam à liberdade de cada indivíduo para exercer seu comportamento sexual de maneira autônoma, mas doutro ângulo envolvem a garantia de condições universais de saúde, educação e segurança necessárias para que as funções reprodutivas e sexuais sejam exercidas de maneira responsável, saudável e segura.

Desta definição depreende-se que os direitos sexuais e reprodutivos, por sua natureza, envolvem uma série de direitos relativos, tal como enumera Miriam Ventura:

[o direito] à vida e à sobrevivência; à saúde sexual e reprodutiva, inclusive, aos benefícios do progresso científico; à liberdade e à segurança; à não discriminação e o respeito às escolhas; à informação e à educação para tomada de decisão; à autodeterminação e livre escolha da maternidade e paternidade; ao casamento, à filiação, à constituição de uma família; à proteção social à maternidade, paternidade e à família, inclusive no trabalho (VENTURA, 2009, p. 19)

Importante destacar que, embora seja majoritariamente adotada a expressão “Direitos Sexuais e Reprodutivos” para descrever este segmento de direitos, muitos pesquisadores são contrários à esta abordagem conjunta, sob o fundamento de que esta perspectiva restringe tanto a formulação de direitos sexuais na formulação de políticas voltadas à saúde reprodutiva e também as políticas de prevenção de violência sexual (VENTURA, 2009, p. 21).

Corrêa e Ávila (2003) apontam que o termo “direitos reprodutivos” teve suas origens nos movimentos feministas como um conceito adequado para sintetizar a pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres e, após envidados esforços teóricos e políticos, foi consagrado na Conferência do Cairo de 1994. Lado outro, o termo “direitos sexuais” surgiu no âmbito dos movimentos de gays e lésbicas nos anos 1980 e, posteriormente, encontrou suas afinidades com os feminismos que

apontavam a “sexualidade como um domínio essencial para compreender e transformar a desigualdade de gênero (p. 21)”.

Desta maneira, há os que apontam a necessária separação dos direitos sexuais dos direitos reprodutivos, pois encará-los apenas sob uma perspectiva conjunta à reprodução invisibiliza os direitos sexuais das populações LGBTQIA+¹, por exemplo, que têm o direito a exercer seu comportamento sexual com autonomia e segurança sem sofrer restrições e discriminações, ainda que independentemente do aspecto reprodutivo.

Contudo, apesar de sua extrema relevância destas matérias, considerando que o foco do presente estudo é o acesso ao planejamento familiar, escolhe-se por adotar a abordagem conjunta dos “Direitos Sexuais e Reprodutivos”, não utilizando apenas a expressão “Direitos Sexuais” ou apenas “Direitos Reprodutivos” de maneira apartada.

Em suma é o que descreve Mattar (2008) ao asseverar que só é possível garantir o exercício pleno da cidadania das mulheres quando tratados distintamente os direitos sexuais e os direitos reprodutivos:

Os direitos reprodutivos referem-se, resumidamente, ao direito de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão. Já os direitos sexuais dizem respeito ao direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência. Se por um lado esses direitos estão inter-relacionados - dado que, como se verá adiante, o exercício da sexualidade de forma livre e segura só é possível se a prática sexual estiver desvinculada da reprodução - por outro lado, sua distinção por tratamento jurídico diferenciado é o que assegura o exercício pleno da cidadania pelas mulheres e homossexuais. (MATTAR, 2008, p. 61)

Assim, ao proceder à análise da sexualidade e as funções reprodutivas humanas por um viés jurídico, é necessário observar-se os direitos tanto pela ótica individual, como pelo ângulo social.

De um lado, deve ser respeitada a autonomia e a autodeterminação do exercício da sexualidade e das funções reprodutivas (esses positivados em Pactos e Convenções internacionais de Direitos Humanos e em nossa Constituição Federal).

¹ Quanto ao tema, vide MATTAR, 2008

Noutra esteira, devem ser asseguradas políticas públicas que se ocupam de proporcionar a saúde, segurança e educação necessárias para que a prática sexual seja de fato livre, saudável, segura e independente das funções reprodutivas.

Como resultado desta visão ampla, efetivam-se os direitos sexuais e reprodutivos, de forma que a reprodução humana, a maternidade ou a paternidade, torne-se uma escolha e não um dever e a autonomia ao exercer o comportamento sexual, um aspecto inerente à dignidade da pessoa humana.

Nesta toada, outra perspectiva relevante a ser focada é a busca por equidade nas relações pessoais e sociais, com a identificação de “desigualdades e vulnerabilidades que influenciam, dificultam ou mesmo impedem a efetivação destes direitos (...) e adotadas medidas legais, judiciais e administrativas que favoreçam a igualdade e a liberdade destes segmentos” (VENTURA, 2009, p. 20).

De fato, a busca por equidade nas relações de gênero foi um fator determinante para que as pautas relacionadas à reprodução humana transitassem do viés neomalthusiano, que entendia o controle populacional como uma medida necessária para que as nações de Terceiro Mundo alcançassem o desenvolvimento econômico, para o patamar de bem jurídico a ser resguardado.

O pastor Thomas Malthus foi pioneiro, em 1798, ao teorizar que a superpopulação seria um obstáculo ao desenvolvimento econômico e social, uma vez que levaria à escassez de alimentos e de terras, à violência e outros males. Esta teoria popularizou a ideia de que o controle populacional seria uma medida necessária e efetiva para superar condições de subdesenvolvimento (CAETANO, ALVES e CORRÊA, 2004).

Ocorre que esta noção de que a diminuição das taxas de natalidade era uma medida cogente para alcançar o desenvolvimento era diametralmente oposta a tudo o que vinha sendo praticado no Brasil e nos demais países latino-americanos que foram alvos de processos de colonização, visto que as políticas populacionais aplicadas possuíam fundamentos notavelmente expansionistas e pró-natalistas.

Quanto à definição de políticas populacionais, leciona Alves:

Numa primeira aproximação, podemos definir as políticas populacionais como sendo aquelas ações (proativas ou reativas) realizadas por instituições (públicas ou privadas) que afetam ou tentam afetar a dinâmica da mortalidade, da natalidade e das migrações nacionais e internacionais, ações essas que buscam

influenciar as taxas de crescimento demográfico (positivo ou negativo) e a distribuição espacial da população. As políticas populacionais podem ser intencionais ou não-intencionais, explícitas ou implícitas, democráticas ou autoritárias e podem ser definidas ao nível macro institucional (coletivo) ou micro (indivíduos e famílias). (CAETANO, ALVES e CORRÊA, 2004, p. 21)

No Brasil historicamente prevaleceram as políticas populacionais expansionistas e notadamente pró-natalistas, conforme se verá no tópico destinado às legislações brasileiras quanto ao tema, desde as investidas de povoamento português nos anos de 1530 e a imigração forçada da população africana submetida ao trabalho escravo, persistindo inclusive após a abolição da escravatura com a promoção de atrativos para imigrantes europeus e orientais e a proposição de diversas disposições legais de intuito pró-natalista e anti-controle (CAETANO, ALVES e CORRÊA, 2004).

Esta política expansionista adotada no Brasil até os anos 1960 refletia diretamente a prevalência econômica das atividades centradas na área rural, tais como cultivos de subsistência, colonatos e parcerias agrícolas, que estabeleciam um padrão cultural em que eram favorecidos os casamentos precoces e proles numerosas para auxiliarem no trabalho no campo (CAETANO, ALVES e CORRÊA, 2004).

Mais que isso, como descreve Alves, esta ideologia expansionista disseminada no Brasil tinha apoio da Igreja e do Estado:

Este padrão demográfico brasileiro era apoiado pela ideologia da Igreja – que pretendia aumentar o número de fiéis - e do Estado - que via no alto crescimento demográfico o caminho para a afirmação nacional e a defesa do território contra ameaças externas (CAETANO, ALVES e CORRÊA, 2004, p. 24).

Foi apenas na década de 1970, com a crescente urbanização e com a crise econômica decorrente dos choques do petróleo e da dívida externa no período pós “milagre econômico” das ditaduras militares, que as elites brasileiras passaram a enxergar o crescimento populacional exacerbado como um obstáculo ao crescimento econômico (CAETANO, ALVES e CORRÊA, 2004).

A esta retomada das ideias de Malthus na segunda metade do século XX dá-se o nome de neomalthusianismo, ideologia marcada pela promoção de políticas populacionais controlistas em diversos países subdesenvolvidos como uma estratégia desenvolvimentista.

O que se denota desta breve explanação histórica das políticas populacionais adotadas no Brasil é de que essas sempre foram vistas por uma perspectiva macro institucional, como um tratamento coletivo da reprodução humana, sem jamais voltarem-se os olhos para o nível micro, para o que as famílias e os indivíduos – muito menos as mulheres – panejavam em suas próprias vivências.

Foi somente com a alavancada dos movimentos feministas de segunda onda², que a atenção se voltou para a análise das políticas populacionais de natalidade a um nível micro, mais voltado para as individualidades.

O feminismo aparece como um movimento libertário, que não quer só espaço para a mulher – no trabalho, na vida pública, na educação -, mas que luta, sim, por uma nova forma de relacionamento entre homens e mulheres, em que esta última tenha liberdade e autonomia para decidir sobre sua vida e seu corpo. (PINTO, 2010, p. 16)

Neste contexto, seguindo a esteira da “revolução sexual” dos anos 60, muito em razão da invenção da pílula anticoncepcional, entraram em voga nos movimentos feministas, entre outros, temas como a sexualidade e a igualdade no casamento que foram determinantes para a mudança de perspectiva no que se refere às políticas populacionais e para o surgimento dos direitos sexuais e reprodutivos como bens jurídicos.

O grande marco na promoção desta abordagem foi a realização da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)³ da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1994 no Cairo.

Nesta conferência elaborou um programa de ações visando equilibrar a busca pela estabilização populacional, que já fora definida anteriormente como uma das metas essenciais para o desenvolvimento sustentável, destacando, porém, a necessária cautela para que não se intervisse na autonomia das famílias quanto à tomada de decisões.

Para Ventura, o documento produzido pela CIPD-94 – a Plataforma de Cairo – foi significativo para o reconhecimento da “sexualidade e a reprodução como bens

² Marsha Lear cunhou o termo “segunda onda do feminismo” em 1968 com o intuito de diferenciar as pautas daquele período em relação àquelas que movimentaram as lutas feministas nos anos 20, a “primeira onda”, mais voltada para os direitos das mulheres no ambiente de trabalho e o direito ao voto feminino.

³ Também conhecida pelo acrônimo em inglês, ICPD: *International Conference on Population and Development*

jurídicos merecedores de proteção e promoção específicas, em prol da dignidade e do desenvolvimento humano” (2009, p. 37).

Neste giro, no próximo tópico será abordado como se desenvolveu a proteção internacional aos direitos sexuais e reprodutivos, já mencionados em diversos Pactos e Convenções Internacionais e abalizado nas Conferências Internacionais sobre População, destacando-se a Plataforma de Cairo, tido como o marco inaugural e os resultados obtidos.

1.2 A PROTEÇÃO INTERNACIONAL AOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Pode-se dizer que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi pioneira, em 1919, ao regulamentar em sua Convenção nº 03 a proteção à maternidade em âmbito internacional, ao estabelecer limites para o trabalho de gestantes, coibir a discriminação contra mulheres em idade reprodutiva e introduzir juridicamente os direitos à licença maternidade, à amamentação etc.

Após a criação da ONU em 1945, esses e outros direitos sexuais e reprodutivos passaram a ser afirmados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e incorporados em Pactos e Convenções Internacionais.

Dentre as declarações que já mencionavam direitos sexuais e reprodutivos, ainda que não sob esta alcunha, conforme enumera Ventura (2009, p. 23 s.s.) vale destacar as seguintes:

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, em seus artigos XII e XVI, respectivamente, dispunha sobre a não interferência à vida privada, na família e no lar e o direito de contrair matrimônio e fundar uma família.

A Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial de 1965 tratou do direito à liberdade, à igualdade no acesso à saúde e à igualdade no casamento e na constituição da família.

O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos de 1966 versou sobre os direitos à vida e à liberdade, à privacidade, ao casamento e à constituição familiar, à proteção da honra e da reputação e à igualdade entre homens e mulheres.

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do mesmo ano abordou especificamente o direito de proteção especial às mães no período

anterior e posterior ao parto, às mães trabalhadoras de licença remunerada, de acesso à assistência à saúde, proteção contra a interferência na privacidade, na família e no lar, bem como o direito ao casamento e à constituição de família.

Outrossim, com a efervescência dos movimentos feministas nos anos 60 os direitos das mulheres passaram a ocupar posição de destaque nas pautas humanistas. Assim, em 1975 ocorreu a I Conferência Mundial sobre a Mulher, na Cidade do México, com a qual a ONU deu início à Década da Mulher (1976-1985).

A partir das discussões travadas nesta Conferência, foi formulada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher⁴, documento aprovado em 1979 pela Assembleia Geral das Nações Unidas e ratificada por 188 países, inclusive o Brasil, muito embora com muitas reservas e objeções.

Pelo ineditismo ao tratar especificamente dos direitos das mulheres, muito embora viesse apenas reafirmar direitos humanos já previstos em outros Pactos e Convenções, inclusive da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que não obstante estivessem positivados permaneciam renegados a este sexo, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, ou CEDAW, é conhecida como a Carta Magna das Mulheres.

A CEDAW “reiterou o princípio da igualdade entre os sexos e a obrigatoriedade de adotar ações afirmativas para assegurar essa igualdade” (VENTURA, 2009, p. 24) e estabeleceu os seguintes direitos relativos à sexualidade e reprodução a serem garantidos (BRASIL, 2002):

Artigo 12

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1o, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

⁴ Também conhecida por seu acrônimo em inglês: CEDAW - *Convention on Elimination of Discrimination Against Women*

No tocante ao ambiente laboral, estabeleceu no artigo 11, item 1, alínea “f”, “O direito à proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho, inclusive a salvaguarda da função de reprodução.” e em seu item 2 propõe a adoção de medidas que visem proibir discriminações por motivo de casamento ou maternidade.

Quanto ao casamento e as relações familiares estabelece em seu artigo 16, item 1, a proteção estatal a:

- a) O mesmo direito de contrair matrimônio;
- b) O mesmo direito de escolher livremente o cônjuge e de contrair matrimônio somente com livre e pleno consentimento;
- c) Os mesmos direitos e responsabilidades durante o casamento e por ocasião de sua dissolução;
- d) Os mesmos direitos e responsabilidades como pais, qualquer que seja seu estado civil, em matérias pertinentes aos filhos. Em todos os casos, os interesses dos filhos serão a consideração primordial;
- e) Os mesmos direitos de decidir livre e responsabilmente sobre o número de seus filhos e sobre o intervalo entre os nascimentos e a ter acesso à informação, à educação e aos meios que lhes permitam exercer esses direitos;
- f) Os mesmos direitos e responsabilidades com respeito à tutela, curatela, guarda e adoção dos filhos, ou institutos análogos, quando esses conceitos existirem na legislação nacional. Em todos os casos os interesses dos filhos serão a consideração primordial;
- g) Os mesmos direitos pessoais como marido e mulher, inclusive o direito de escolher sobrenome, profissão e ocupação;
- h) Os mesmos direitos a ambos os cônjuges em matéria de propriedade, aquisição, gestão, administração, gozo e disposição dos bens, tanto a título gratuito quanto a título oneroso. (BRASIL, 2002)

Em proteção à infância e à adolescência, no mesmo artigo, item 2, determina-se a adoção de medidas legais para estabelecer idade mínima para o casamento.

Posteriormente, também expressaram os direitos sexuais e reprodutivos a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2006, para que, respeitadas suas condições peculiares fossem igualmente garantidos, sem discriminações, o acesso à saúde sexual e reprodutiva e o direito a buscar e receber informações.

Entretanto, não obstante a perceptível preocupação com a proteção aos direitos sexuais e reprodutivos observada nos Pactos e Convenções Internacionais acima elencados, ao tratar de demografia humana nas Conferências de População e Desenvolvimento organizadas pela ONU, demorou-se a encontrar um equilíbrio entre a tendência a associar as altas taxas de natalidade com o subdesenvolvimento e o respeito a liberdade e autonomia reprodutiva.

A Primeira Conferência sobre a População Mundial ocorreu em Roma, em 1954, com um viés claramente acadêmico, com o objetivo de compartilhar informações científicas quanto a variáveis demográficas e adotou como resolução “produzir informações mais abrangentes sobre a situação demográfica de países em desenvolvimento e promover a criação de centros de treinamento regionais para amparar a solução de problemas populacionais e formar especialistas em análise demográfica” (*Population Conferences, UN*, tradução nossa⁵).

Já a Segunda Conferência sobre a População Mundial, sediada em Belgrado, em 1965, adotou uma clara ênfase no controle da fertilidade como componente essencial no planejamento de políticas desenvolvimentistas, coincidindo com programas de controle populacional financiados pela USAID⁶, que serão abordados no subtópico destinado a exposição das políticas públicas de planejamento familiar.

Este enfoque foi mantido na Terceira Conferência sobre a População Mundial, ocorrida em 1974, em Bucareste. Neste encontro foi desenvolvido um Plano de Ação, que foram estipuladas metas demográficas como parte indispensável das políticas de desenvolvimento socioeconômico, vez que os estudos sugeriam uma correlação entre as variantes demográficas e o desenvolvimento social, econômico e cultural de um país.

Sequencialmente, na Quarta Conferência Internacional sobre a População, que aconteceu na Cidade do México, em 1984, o Plano de Ação de Bucareste foi revisado e aprovado, formulando-se com base nele um Plano de Ação para a População Global, com a incorporação de novas pesquisas e dados de diversos países. Noutro giro, foram trazidas à baila questões de direitos humanos que envolviam condições de saúde e bem-estar, trabalho e educação.

Por derradeiro, em 1994, no Cairo, ocorreu a Quinta Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (*International Conference on Population and Development - ICPD*) que, como a mudança na nomenclatura já sugere, representou uma significativa mudança de perspectiva quanto ao tema.

⁵ *This rather academic conference essentially resolved to produce more comprehensive information on the demographic situation of developing countries and to promote the creation of regional training centers which would help to solve population problems and to prepare specialists in demographic analysis.*

⁶ Acrônimo de *United States Agency for International Development*, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional.

Neste encontro foi formulado um novo programa de ação, conhecido como a Plataforma de Cairo, com o intuito de estabelecer diretrizes para guiar a ação dos Estados Participantes a curto e longo prazo.

Esta nova agenda enfatizou a relação indissolúvel entre população e desenvolvimento e foca em satisfazer às necessidades individuais entendidas por um viés de reconhecimento universal de direitos humanos ao revés de simplesmente buscar atingir metas demográficas (*Population Conferences*, UN, tradução nossa⁷).

Inicialmente, a Plataforma de Cairo estabelece um conjunto de 15 (quinze) princípios que servem como fundamentos basilares a serem observados pelos Estados Participantes ao implementarem o programa, dentre os quais se destacam: o respeito à dignidade da pessoa humana; a busca pelo desenvolvimento sustentável; a necessidade de cooperação entre os Estados para a erradicação da pobreza; o acesso à saúde (inclusive à saúde reprodutiva) e à educação (especialmente de meninas e mulheres); a centralidade da família como um instituto social etc.

Sobretudo, o princípio mais frisado no desenvolver do presente estudo é a importância da busca por igualdade de gênero, empoderamento das mulheres, eliminação de todas as formas de violência contra a mulher e da garantia de que todas as mulheres possam controlar sua própria fertilidade na elaboração de qualquer programa relacionado a população e desenvolvimento.

Após situar estes princípios fundamentais, o programa de ação estabelece diretrizes, objetivos e ações a serem adotadas pelos Estados Participantes, subdividindo-as em: (1) Interações entre Populações, Crescimento Econômico Sustentável e Desenvolvimento Sustentável; (2) Igualdade de Gênero, Equidade e Empoderamento das Mulheres; (3) Família, seus Papéis, Direitos, Composição e Estrutura; (4) Crescimento Populacional e Estrutura; (5) Direitos e Saúde Reprodutiva; (6) Saúde, Morbidade e Mortalidade; (7) Distribuição Populacional, Urbanização e Migração Interna; (8) Migração Internacional; (9) População Desenvolvimento e Educação; (10) Tecnologia, Pesquisa e Desenvolvimento.

Por fim, estabelece as formas como a atuação pode ser subdivida entre ações nacionais, cooperação internacional; parcerias com o setor não-governamental e

⁷ *This new agenda for action has emphasized the indissoluble relationship between population and development and focuses on meeting the needs of individuals within the framework of universally recognized human rights standards rather than simply responding to demographic goals.*

atividades de acompanhamento da conferência a nível nacional, regional e internacional.

O grande diferencial da Plataforma de Cairo é o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como bens jurídicos a serem protegidos e providos, não mais limitando seu alcance a pessoas casadas.

O Plano de Ação do Cairo não reconhece como sujeitos de direitos reprodutivos apenas os casais, mas também de adolescentes, mulheres solteiras, homens e pessoas idosas. (...) Até então, as pessoas que estivessem fora da estrutura de casal eram negligenciadas pelas políticas públicas relacionadas à sexualidade e à reprodução, resultando, por vezes, na restrição aos meios para exercer amplamente esses direitos. (VENTURA, 2009, p. 36)

Segundo Alves (CAETANO; ALVES; CORRÊA, 2004), a Plataforma de Cairo representou uma verdadeira mudança de paradigma por ter consagrado de vez o enfoque humanista no trato do problema populacional, destacando que a ampla pluralidade de vozes na Conferência foi essencial para garantir a democratização do debate quanto às questões populacionais.

Desde a ICPD de 1994, já ocorreram outras reuniões para reavaliar e revisar o andamento do Plano de Ação elaborado, sendo duas Sessões Especiais ocorridas durante as Assembleias Gerais das Nações Unidas, uma em 1999 e outra em 2014, ambas em Nova Iorque.

Em 2019, ocorreu uma Conferência de Cúpula em Nairobi, intitulada ICPD+25, em comemoração ao aniversário de 25 (vinte e cinco) anos da Conferência do Cairo, para deliberar quanto a novas iniciativas para levar adiante a implementação da Plataforma de Cairo e alinhá-la à implementação das Metas do Desenvolvimento Sustentável (SDG⁸) e da Agenda 2030 da ONU.

A Agenda 2030 é um plano de ação elaborado pela ONU que busca o desenvolvimento sustentável das pessoas e do planeta, traçando objetivos e metas que buscam “libertar a raça humana da tirania da pobreza e da penúria e curar e proteger nosso planeta” (ONU, 2015, p. 4), ao equilibrar as três dimensões do desenvolvimento sustentável: econômica, social e ambiental.

⁸ Do acrônimo em inglês: *Sustainable Development Goals*

Neste aspecto, o termo “Desenvolvimento Sustentável” foi inicialmente conceituado em 1987 no relatório “Nosso Futuro Comum” elaborado pela Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento da seguinte forma:

Essencialmente, desenvolvimento sustentável é um processo de mudança em que a exploração de recursos, o direcionamento dos investimentos, a orientação do desenvolvimento tecnológico e as mudanças institucionais estão em harmonia e buscam tanto o potencial atual como futuro para satisfazer as necessidades e desejos humanos (ONU, 1987, p.43, tradução nossa⁹).

A partir de então, a noção de Desenvolvimento Sustentável passou a acompanhar a trajetória da Organização das Nações Unidas na elaboração de documentos oficiais que visam garantir direitos a gerações futuras, sendo a Agenda 2030 o mais proeminente dos documentos da ONU em vistas de traçar metas que permitam o desenvolvimento sustentável.

Por fim, a Conferência de Cúpula de Nairobi (ICPD+25) elaborou também um Plano de Ação Estratégico, o UNFPA *Strategic Plan* 2018-2021 cujo objetivo principal é:

alcançar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, efetivar direitos reprodutivos e reduzir a mortalidade materna, (...) para melhorar a qualidade de vida das mulheres, adolescentes e jovens, viabilizado por dinâmicas populacionais, direitos humanos e igualdade de gênero (p. 1, tradução nossa)¹⁰

Até aqui foi exposto o tratamento internacional dado aos direitos sexuais e reprodutivos, em geral. Contudo, a partir do próximo tópico, passa-se a afunilar a concepção de planejamento familiar, que é apenas um dos muitos vieses dos direitos sexuais e reprodutivos.

⁹ *In essence, sustainable development is a process of change in which the exploitation of resources, the direction of investments, the orientation of technological development; and institutional change are all in harmony and enhance both current and future potential to meet human needs and aspirations.*

¹⁰ *achieve universal access to sexual and reproductive health, realize reproductive rights, and reduce maternal mortality (...) to improve the lives of women, adolescents and youth, enabled by population dynamics, human rights and gender equality.*

1.3 O PLANEJAMENTO FAMILIAR COMO DIREITO SEXUAL E REPRODUTIVO

Os direitos sexuais e reprodutivos envolvem diferentes aspectos, desde a liberdade, autonomia e segurança para exercer o comportamento sexual, de maneira saudável e livre de violências, como também o planejamento familiar com a garantia de acesso a métodos contraceptivos seguros e efetivos, passando pelo pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento do aborto legal etc.

O foco deste trabalho, contudo, é apenas o direito ao acesso ao planejamento familiar, entendido como o direito de cada indivíduo de escolher de forma livre e autônoma se deseja contrair matrimônio ou não, se deseja reproduzir-se ou não, e, em caso positivo, em que momento de sua vida e com quem deseja fazê-lo.

É comum que haja confusões entre os conceitos de políticas populacionais, planejamento familiar e controle de natalidade. Assim, de início, cumpre esclarecer as diferenças entre eles. Nas palavras de Alves:

(...) estes três conceitos não são sinônimos. Uma política populacional refere-se aos três componentes da dinâmica demográfica: mortalidade, natalidade e migração. Planejamento familiar, apesar de ser um termo ambíguo, tem a ver com idade do casamento e do primeiro filho, espaçamento das gestações, terminação da parturição e métodos de concepção e contracepção. O controle da natalidade, enquanto livre decisão da pessoa ou do casal é um direito, mas como uma imposição estatal e como uma ideologia neomalthusiana é uma forma coercitiva de retirar direitos e atribuir à população problemas que não são dela (CAETANO, ALVES e CORRÊA, 2004, p. 20)

Ocorre que, conforme exposto no tópico 1.1, por muito tempo o planejamento familiar e o controle de natalidade foram tratados como uma questão meramente demográfica, como se as taxas de fecundidade influenciassem diretamente o crescimento econômico e o desenvolvimento das nações.

No decorrer do século XX, discutia-se a ideia de que a concessão de liberdade e autonomia reprodutiva à população levaria a um aumento populacional desenfreado, que implicaria em precarização das condições de vida e problemas no desenvolvimento, o que justificaria a imposição de políticas restritivas e controlistas à natalidade (VENTURA, 2009)

Foi apenas com a insurgência dos movimentos feministas na segunda metade do século que se aventou de maneira generalizada a preocupação com as “interferências arbitrárias e inadequadas da procriação humana” (VENTURA, 2009, p.

86), o que resultou na criação de diversos tratados internacionais de direitos humanos com vistas a coibir a intervenção estatal nesta seara.

Com este debate em que se opunham aqueles que defendiam a imposição de políticas restritivas e aqueles que tinham a autonomia reprodutiva individual e a criação de políticas educativas como solução para os problemas demográficos, o direito ao planejamento familiar adquiriu uma dimensão política

Assim, a partir da década de 90 o foco das discussões sobre planejamento familiar altercou-se da questão demográfica para a área da saúde e dos direitos humanos, passando as restrições outrora comuns a serem vistas como uma violação aos direitos humanos.

Sobretudo após a Conferência do Cairo (ICPD-94), que é considerada como um marco do consenso internacional quanto ao tema, consolidou-se o entendimento de que:

O planejamento familiar e o livre acesso aos métodos contraceptivos para o controle de natalidade, devem fazer parte de uma política de promoção da liberdade de escolha individual, com fundamento no princípio ético e jurídico da dignidade da pessoa humana (VENTURA, 2009, p. 87)

Este entendimento restou consignado no item 7.12 do relatório da CIPD-94, como uma das bases de ação do que veio a de tornar a Plataforma de Cairo:

O objetivo dos programas de planejamento familiar deve ser permitir aos casais e aos indivíduos decidir livre e responsavelmente o número de filhos e o espaçamento entre eles e que tenham as informações e os meios necessários para fazê-lo, garantindo que tomem suas decisões de maneira informada e disponham de uma ampla variedade de métodos seguros e eficazes. O êxito dos programas de educação sobre questões de população e planejamento familiar em diversas situações mostra que, onde quer que estejam, as pessoas bem-informadas agirão com responsabilidade conforme suas necessidades e as de sua família e comunidade. O princípio da livre escolha é indispensável para o êxito a longo prazo dos programas de planejamento familiar. Não deve ser aplicado em nenhum programa qualquer forma de coação. Em todas as sociedades existem incentivos e impedimentos sociais e econômicos que influenciam as decisões individuais relacionadas à gestação e ao número de filhos. Neste século, muitos governos têm experimentado esquemas, usando sistemas de incentivo e desincentivo, a fim de diminuir ou aumentar as taxas de fecundidade. A maioria desses sistemas teve repercussão apenas na marginal e, em alguns casos, mostraram-se contraproducentes. Os objetivos governamentais deveriam ser definidos em função das necessidades não satisfeitas de informação e serviços. Os objetivos demográficos, para que sejam legitimados

como estratégias de desenvolvimentos, não devem ser impostos aos fornecedores de serviços de planejamento familiar sob a forma de metas ou quotas para conseguir clientes. (ONU, 2004, p. 64, tradução nossa)¹¹

Diante do consubstanciado na Plataforma de Cairo de 1994, extrai-se a conclusão de que o direito de acesso ao planejamento familiar é um direito humano fundamental que deve ser garantido e preservado por todos os Estados Participantes em relação a seus cidadãos, dentre eles o Brasil.

Para tanto, no próximo tópico expõe-se o posicionamento adotado pelo Brasil nesta seara em suas legislações e na formulação de políticas públicas.

1.4 A LEGISLAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

A abordagem adotada politicamente pelo Estado brasileiro em relação às taxas de fecundidade e aos direitos sexuais e reprodutivos de seus cidadãos passou por diferentes fases, tal como brevemente exposto no tópico que trata do desenvolvimento dos direitos sexuais e reprodutivos como bens jurídicos passíveis de tutela.

Por muito tempo prevaleceu o entendimento de que o crescimento populacional era um fator determinante para aferir o poderio de um Estado, o que era muito natural uma vez que o tamanho da população refletia diretamente no tamanho do exército e da mão de obra disponível.

¹¹ *The aim of family-planning programmes must be to enable couples and individuals to decide freely and responsibly the number and spacing of their children and to have the information and means to do so and to ensure informed choices and make available a full range of safe and effective methods. The success of population education and family-planning programmes in a variety of settings demonstrates that informed individuals everywhere can and will act responsibly in the light of their own needs and those of their families and communities. The principle of informed free choice is essential to the long-term success of family-planning programmes. Any form of coercion has no part to play. In every society there are many social and economic incentives and disincentives that affect individual decisions about childbearing and family size. Over the past century, many Governments have experimented with such schemes, including specific incentives and disincentives, in order to lower or raise fertility. Most such schemes have had only marginal impact on fertility and in some cases have been counterproductive. Governmental goals for family planning should be defined in terms of unmet needs for information and services. Demographic goals, while legitimately the subject of government development strategies, should not be imposed on family-planning providers in the form of targets or quotas for the recruitment of clients.*

Para o Brasil e outros estados latino-americanos o crescimento populacional também era indispensável para assegurar a efetividades dos processos colonizadores.

Desta forma, como não poderia ser diferente, desde o período colonial o Brasil adotou uma política populacional expansionista, tanto no que tange ao incentivo às imigrações, como também às altas taxas de fecundidade, o que foi amplamente cravado no imaginário da população brasileira. Neste sentido, descrevem Merrick e Graham (1981):

Os brasileiros foram, de há muito, atraídos pela idéia da grandeza, seja ela territorial, econômica, política ou demográfica; encontram-se referências freqüentes ao conceito, nas expressões oficiais e populares de consciência nacional (por exemplo, 'Brasil maior, você melhor'). Povoar as regiões escassamente colonizadas é uma aspiração desde os tempos coloniais, e o rápido crescimento da população é visto, em geral, como um fator positivo na realização desse objetivo (MERRICK; GRAHAM, 1981, p. 340).

A título de exemplo, o lema da presidência de Afonso Pena (1906-1909) era “Governar é Povoar”, que posteriormente foi adaptado pelo presidente Washington Luís (1926-1930) para “Governar é povoar; mas, não se povoa sem se abrir estradas, e de todas as espécies; governar é, pois, fazer estradas”.

Fonseca Sobrinho (*apud* CAETANO; ALVES e CORRÊA, 2004) avalia que até o final da década de 1960 houve uma hegemônica coalizão anticontrolista, sendo certo que diversas legislações proibiam expressamente o controle da fecundidade.

O Decreto nº 20.931/32, que regulamentava o exercício de profissionais da saúde, veda à classe médica, em seu artigo 16, “f” “dar-se a práticas que tenham por fim impedir a concepção (...)”. Insta salientar que este decreto a rigor permanece vigente até o presente momento, muito embora já exista projeto de lei (PL nº 137/2012 do Senado Federal) que vise sua revogação, considerando que existem leis posteriores que tratam dos conselhos de medicina e das atividades médica que revogaram tacitamente algumas das disposições daquele decreto.

Também a Lei das Contravenções Penais (Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941) proibia em seu artigo 20 “anunciar processo, substância ou objeto destinado a provocar aborto ou evitar a gravidez”. Tal proibição à divulgação de métodos contraceptivos vigeu até sua revogação pela Lei nº 6.734, de 1979, quando

foi alterada a redação do artigo 20 permanecendo apenas as proibições relativas ao aborto.

Não obstante as legislações e políticas claramente anticontrolistas, a partir da década de 1960 o Brasil passou organicamente por uma queda nas taxas de fecundidade.

Alves (CAETANO; ALVES; CORRÊA, 2004) aponta que esta redução nas taxas de fecundidade decorreu de diversos fatores multifacetados, de acordo com diferentes pesquisadores, tais como: a proletarização do país; a diversificação da cesta de consumo; a implementação de políticas sociais direcionadas ao crédito direto ao consumidor, telecomunicações, previdência e saúde no início da Ditadura Militar; o processo de industrialização, urbanização, aumento dos níveis educacionais e a entrada da mulher no mercado de trabalho; a mudança nas relações de gênero, com a conquista de maior autonomia e status pelas mulheres.

Lado outro, embora não haja consenso quanto às muitas causas possíveis da redução nas taxas de fecundidade, existe concordância quanto ao fato de que a significativa queda na mortalidade infantil e, assim, o aumento da sobrevivência do número de filhos colaborou para que as famílias começassem a praticar métodos de regulação da fecundidade (CAETANO; ALVES; CORRÊA, 2004).

Via de consequência, pelos diversos fatores supracitados, surgiu uma crescente demanda por métodos contraceptivos eficazes, ainda escassos no país, o que trouxe à baila as questões quanto ao papel do Estado nas políticas de saúde reprodutiva e nas políticas de planejamento familiar.

Na realidade, nos anos de 1960 a oferta de insumos destinados ao controle da fertilidade provinha de entidades privadas financiadas por agência internacionais que tinham interesse em reduzir o crescimento populacional de países subdesenvolvidos (NUNES; ESTEVÃO, 2020).

Esta oferta de métodos contraceptivos advinda de financiamento estrangeiro fazia parte da onda de teorias neomaltuasianas já abordada nos tópicos anteriores, cujos defensores propagavam “a disseminação de métodos contraceptivos, mesmo que contrariando os interesses individuais, pois se tratava de obter resultados coletivos de limitação global da população” (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 39).

Neste contexto, em 1965 foi criada a BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil), uma organização não governamental, de ação social, sem fins lucrativos, filiada à *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), que tinha por finalidade facilitar o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, principalmente por meio da distribuição gratuita de anticoncepcionais hormonais orais (ACO), a famosa pílula, independentemente de qualquer acompanhamento médico. A BEMFAM foi considerada “Entidade de Utilidade Pública Federal” pelo Governo Médici, condição exigida pela IPPF para doação de recursos e era beneficiada com a isenção de impostos.

Como consequência desta oferta indiscriminada, muito embora tenha se alcançado o objetivo de dissociar a sexualidade da procriação, a falta de assistência adequada provocou o comprometimento da saúde e a dependência do sistema médico a muitas mulheres que aderiram principalmente à contracepção hormonal (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Diante disso, os movimentos sociais brasileiros, em especial o movimento feminista, passou a defender que a regulação da fecundidade deveria ser tratada como uma questão de saúde pública e não ficar à mercê de entidades privadas ou do mercado (CAETANO; ALVES; CORRÊA, 2004).

Em atendimento a estes apelos, a primeira iniciativa governamental que se propunha a oferecer esta modalidade de serviços foi o Programa de Saúde Materno-Infantil, lançado em 1977. Contudo, este programa possuía um enfoque deveras limitado, vez que considerava a saúde reprodutiva da mulher restrita apenas ao papel materno. Assim, persistiu na pauta de reivindicações destes movimentos a questão do planejamento familiar, defendido no contexto da saúde integral da mulher (CAETANO; ALVES; CORRÊA, 2004).

Correspondendo às expectativas populares, o início de 80 trouxe grandes mudanças no que diz respeito ao acesso aos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, posto que a Lei 6.734/1979, sancionada em 04 de dezembro de 1979 alterou a redação do artigo 20 da Lei das Contravenções Penais (Decreto-lei nº 3.688/41) extinguindo a proibição do uso de substâncias ou processo para evitar a gravidez e mantendo tal proibição apenas quanto a substâncias abortivas.

Em 1983, Programa de Saúde Materno Infantil foi reformado pelo Ministério da Saúde, passando a se intitular Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

(PAISM) e responsabilizando-se o Estado, efetivamente, pela oferta de métodos anticoncepcionais.

Não obstante, a distribuição de anticoncepcionais continuou a ser realizada de forma bastante descontínua, sendo que a maioria provinha de doações pelas Nações Unidas como parte de um acordo de cooperação com o Fundo de População (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), chegando-se até mesmo a debater se o PAISM foi implementado na realidade dos fatos, ou se foi aproveitado apenas como uma orientação, do ponto de vista política, para a criação de programas posteriores (BRIGADÃO; RODRIGUES, 2011).

Quanto à importância deste programa, disserta Alves:

O PAISM representou um grande avanço em relação a toda a discussão anterior, pois assumiu uma postura de neutralidade diante dos objetivos natalistas ou controlistas das políticas macroeconômicas do país. Representou, também, o compromisso do poder público com as questões de reprodução, apesar de ter dado pouca ênfase na responsabilidade masculina no processo de regulação da fecundidade. Este tipo de enfoque foi importante para nortear os debates para a elaboração da Constituição Federal de 1988 (CAETANO; ALVES; CORRÊA, 2004, p. 28).

As reivindicações dos movimentos feministas e dos movimentos sanitários no Brasil tiveram uma importante participação na mudança de paradigma nos modelos de intervenção na saúde reprodutiva, que passaram a centralizar as questões do direito à saúde e da autonomia das pessoas na decisão quanto a regulação de sua fertilidade. Assim, o discurso promovido por estes movimentos refletiu grandemente tanto nas ideias centrais do PAISM, quanto no processo constituinte que logo se sucedeu.

Por fim, após os debates da Assembleia Constituinte a questão do planejamento familiar foi inserida no capítulo VII da Constituição Federal de 1988, da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso, com a aprovação da seguinte redação para o parágrafo 7º do artigo 226:

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

O tratamento constitucional dado aos direitos reprodutivos limitou-se a traçar os princípios basilares que deveriam ser observados ao tratar do assunto, e representou significativo avanço ao responsabilizar o Estado na garantia de recursos educacionais e científicos para que os indivíduos pudessem exercer tal direito.

A relevância desta responsabilização se percebe nos avanços vistos nos anos 1990 e 2000 na tentativa estatal de organizar a aquisição e oferta de anticoncepcionais orais, que até então dependiam das entidades privadas associadas à BENFAM.

Nos anos 1990 os anticoncepcionais passaram a ser adquiridos pela Central de Medicamentos (CEME), porém a aquisição foi interrompida em 1997 quando houve a decisão de descentralizar os recursos destinados ao financiamento da assistência farmacêutica do nível federais para os estados e municípios. Somente nos anos 2000 o Sistema Único de Saúde (SUS) retomou a responsabilidade pela aquisição dos medicamentos à federação, deixando a gestão da distribuição às secretarias estaduais (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Contudo, não obstante o entrevero instaurado entre as instâncias federativas quanto à responsabilidade por custear a aquisição de anticoncepcionais, pouco se preocupou a gestão de saúde com popularização e com educação para a utilização dos muitos outros métodos contraceptivos existentes com menores custos e menor frequência de consumo, conforme enumera a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu manual global para profissionais e serviços de saúde (OMS, 2007)

Ao analisar a realidade fática enfrentada, Paniz, Fassa e Silva (2005) constataram que, apesar de existirem diversos métodos contraceptivos disponíveis, os mais conhecidos pela população em geral são o anticoncepcional oral, o preservativo masculino, esterilização feminina, DIU e abstinência periódica, e os mais utilizados são os anticoncepcionais orais e a esterilização feminina.

Diante das informações colhidas quanto “a dificuldade no acesso e a limitada informação sobre a ampla variedade de métodos anticoncepcionais existentes”, os autores concluíram que existe “um descompasso entre o que é proposto pelo programa de planejamento familiar e aquilo que é efetivamente implementado” (PANIZ; FASSA; SILVA, 2005, p. 1747).

De fato, tal como constatado na pesquisa citada, a alta prevalência de esterilizações femininas já sido motivo de alarme nos anos 1990, ensejando a instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar a

incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil, que alcançou as seguintes conclusões:

Não há no Brasil uma política de saúde da mulher por parte do Governo Federal; O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM não passa de uma aspiração dos movimentos sociais e sua implementação na rede pública está em estado embrionário; Há claro interesse internacional na implementação de controle demográfico no Brasil; Os governos e os organismos internacionais interessados na implementação desta política demográfica investem vultosas quantias para atingir seus objetivos; (...) Na prevalência de uso competem como alternativas contraceptivas dois métodos considerados de alta eficácia: a esterilização cirúrgica feminina e o uso de pílula anticoncepcional; O uso da pílula se dá em um contexto de alto risco à saúde: não há controle da saúde da usuária e quase 50% são automedicados ou têm indicação no balcão da farmácia; Está confirmada a esterilização em massa de mulheres no Brasil, (...) O contexto em que as esterilizações são realizadas é bastante perverso: ausência de outras alternativas contraceptivas disponíveis e reversíveis e desinformações quanto aos riscos, sequelas e irreversibilidade da laqueadura. (BRASIL, CONGRESSO NACIONAL, 1993, p; 116-117).

E diante destas verificações, a Comissão propôs diversas recomendações, tanto ao Poder Executivo, em especial ações que possibilitassem a implementação de fato do PAISM, especificando as participações de cada um dos ministérios nesta empreitada, como ao Poder Legislativo, com a elaboração de um Projeto de Lei que regulamentasse o artigo 226, §7º da Constituição Federal, e a outras instituições.

O Projeto de Lei nº 3.633, de 1993, redigido por esta comissão, veio a se tornar a Lei nº 9.263, de 1996, que representou significativo avanço legislativo ao conceituar o planejamento familiar, especificar as responsabilidades estatais para sua garantia, impor requisitos para as práticas de esterilização voluntária e estabelecer penalidades para o seu não cumprimento.

A experiência brasileira adquirida com a participação de movimentos sociais na criação do PAISM, no processo constituinte e na investigação da CPI da esterilização permitiu que a delegação brasileira performasse um papel de destaque na CIPD-94 e na formulação da Plataforma de Cairo.

Martins (2019) descreve que a CIPD-94 foi o primeiro fórum multilateral para o qual o Brasil credenciou representantes da sociedade civil não acadêmica em sua delegação e a fase de preparação para a participação no fórum foi uma experiência inédita de diálogo entre movimentos sociais e governo.

Os representantes brasileiros mantiveram-se ativos nos demais temários atualizados do Programa de Ação da CIPD e também participou ativamente na aprovação do Consenso de Montevideo sobre População e Desenvolvimento da América Latina e Caribe (CRPDALC), em 2013 (MARTINS, 2019).

Contudo, desde 2019 observa-se uma ruptura paradigmática do atual governo brasileiro com as posições adotadas nos últimos encontros (MARTINS, 2019).

Logo em janeiro de 2019 a primeira ação relevante em política externa foi a solicitação à ONU para desvincular-se do Pacto Global de Migração aprovado em 2018, no qual o Brasil havia sido um dos líderes na negociação (MARTINS, 2019).

No fórum da CRPDALC de 2019, o Brasil foi um dos poucos participantes a não apresentar seu informe quanto ao *status* de implementação da agenda regional, mesmo porque a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), instituída em 1995 com a missão de contribuir para a formulação de políticas relativas ao tema, encontra-se extinta desde o início do atual governo. (MARTINS, 2019).

Na avaliação de Martins (2019):

Após 25 anos da CIPD, opera-se, desde o início de 2019 no Brasil, uma ruptura paradigmática no escopo de indução de políticas públicas em eixos centrais de disputa no interior desta agenda e emerge uma mudança histórica na tradição da política externa brasileira, de não alinhamento à defesa integral dos direitos humanos, perspectiva inédita desde a redemocratização.

Este quadro afetou diretamente uma análise integral por parte dos múltiplos atores relacionados com o aniversário da CIPD em âmbito nacional. As ações em torno da avaliação brasileira sobre a implementação do Cairo+25 estão coordenadas majoritariamente pela sociedade civil e não foi realizada nenhuma avaliação, informe documental e/ou evento sobre os 25 anos da CIPD pelo governo brasileiro (MARTINS, 2019, p. 4).

Vale lembrar que esta ruptura de paradigmas exposta tem sua razão de ser no discurso de enfrentamento à ideologia de gênero, na consideração em pauta de um único modelo de família e na promoção de uma agenda dissonante de todos os acordos internacionais aprovados desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos por parte do atual governo (MARTINS, 2019).

O posicionamento contrário aos princípios e recomendações das organizações internacionais adotado pelo governo brasileiro em suas manifestações pontuais quanto ao tema dos direitos sexuais e reprodutivos pode ser especialmente visualizado quando o Ministério da Saúde emitiu um ofício posicionando-se quanto ao

tema da violência obstétrica (NUNES; ESTEVÃO, 2019) e quando a Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damares Alves, defendeu o estímulo à abstinência sexual como política pública (NUNES; ESTEVÃO, 2020, p. 202).

Neste tópico foi demonstrado o tratamento destinado ao tema dos direitos reprodutivos e sexuais pelo Estado brasileiro no decorrer dos últimos tempos. Com esta base passa-se a investigar, no capítulo seguinte, como a realidade cotidiana nas mulheres brasileiras é impactada por estas políticas na atualidade.

2 A PESQUISA EMPÍRICA REALIZADA E O DIREITO DE ACESSO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Conforme visto no capítulo anterior, o direito ao planejamento familiar é o direito de cada indivíduo de escolher de forma livre e autônoma se deseja contrair matrimônio ou não, se deseja reproduzir-se ou não, e, em caso positivo, em que momento de sua vida e com quem deseja fazê-lo.

Também como explanado supra, nos anos 1990 houve uma mudança paradigmática quanto ao enfoque pelo qual este direito deveria ser tratado. Anteriormente as políticas populacionais eram analisadas a partir da perspectiva de desenvolvimento social e econômico de uma nação e, posteriormente, passou a ser entendido sob o viés também de direito individual.

De fato, com a elaboração de um Programa de Ação na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) da ONU, ocorrida em 1994 no Cairo, fora traçado como objetivo dos Estados Participante, dentre eles o Brasil, a busca pelo equilíbrio entre a busca pela estabilização do crescimento populacional e a interferência mínima nas liberdades individuais.

Assim, o direito de acesso ao planejamento familiar passou a ser entendido como um direito humano fundamental que deve ser garantido e preservado por todos.

O Brasil, seguindo as tendências internacionais, teve significativas alterações tanto no âmbito legislativo como nas políticas públicas destinadas à garantir o acesso ao planejamento familiar na segunda metade do século XX.

Já nos idos de 1983/1984 as políticas públicas de direitos sexuais e reprodutivos no Brasil detinham certo teor de defesa dos direitos individuais das mulheres que se utilizavam dos serviços de saúde sexual e reprodutiva ofertados publicamente por meio de Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM). Ademais, este entendimento foi consolidado no processo constituinte com a inclusão do artigo 226, parágrafo 7º ao texto da Constituição Federal de 1988.

Contudo, a situação fática enfrentada na busca pelo acesso ao direito ao planejamento familiar é totalmente diferente do idealizado na elaboração da legislação e das políticas públicas quanto ao tema.

Esta falta de efetividade é facilmente verificada em diversos indicativos estatísticos que serão a seguir abordados e, desta forma, com o objetivo de averiguar

os principais desafios opostos às mulheres brasileiras na efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos de acesso ao planejamento foi conduzida a pesquisa empírica deste presente estudo nos moldes que se expõe a seguir.

2.1 PROCEDIMENTOS ADOTADOS

Não obstante a movimentação organizada por feministas brasileiras na criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) elaborado em 1983 e publicado em 1984, para a inclusão do direito ao planejamento familiar no texto da Constituição Federal de 1988 e para a participação na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de 1994, no decorrer da década de 90 e no início do século seguinte ficou evidenciado que os ideais de garantia aos direitos sexuais e reprodutivos como direitos fundamentais que guiavam a elaboração de normas e de políticas públicas não se refletia na realidade fática.

Estes indicativos da falta de efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, em especial o direito de acesso ao planejamento familiar, justificam a realização da presente pesquisa empírica, cujo objetivo é averiguar a realidade enfrentada pelas mulheres brasileiras no que toca o seu acesso ao citado direito.

A pesquisa empírica mostra-se especialmente relevante na área jurídica pois, apesar de ser um dos principais artifícios utilizados na formulação de legislações, jurisprudência e políticas públicas, ainda são escassas as produções científicas desta seara que a utilizam, ou que a utilizam corretamente.

Neste aspecto, Epstein e King (2013) se debruçam sobre as principais preocupações quanto à produção de pesquisa empírica em direito e quanto a seu conceito propõem:

O que faz uma pesquisa ser empírica é que seja baseada em observações do mundo – em outras palavras, dados, o que é apenas um termo para designar fatos sobre o mundo. Esses fatos podem ser históricos ou contemporâneos, ou baseados em legislação ou jurisprudência, ou ser o resultado de entrevistas ou pesquisas, ou os resultados de pesquisas auxiliares arquivísticas ou de coletas de dados primários. Os dados podem ser precisos ou vagos, relativamente certos ou muito incertos, diretamente observados ou conseguidos indiretamente; podem ser antropológicos, interpretativos, sociológicos, econômicos, jurídicos, políticos, biológicos, físicos ou naturais. Desde que os fatos estejam de alguma maneira relacionados ao mundo, eles são dados, e, contanto que a pesquisa envolva dados

que são observados ou desejados, ela é empírica. (EPSTEIN; KING, 2013, p. 11-12)

Desta forma é patente que um dos objetivos basilares de uma pesquisa que se baseie em dados deve ser a sua coleta, tratamento e apresentação, para que somente então sejam traçadas inferências.

Conforme lecionam Epstein e King (2013), a coleta de dados é um dos objetivos específicos que um estudo deve considerar a fim de alcançar seu desígnio final.

Neste esboço, considerando que o objetivo principal da presente pesquisa é averiguar como é o acesso ao planejamento familiar no Brasil e investigar a razão da falta de efetividade dos direitos sexuais, o objetivo específico sobre o qual se debruça o presente capítulo é verificar, qualitativamente, por meio da observação participante, os problemas e dificuldades enfrentados pelas mulheres na efetivação de seu direito ao planejamento familiar.

A observação participante é uma parte essencial das pesquisas empíricas qualitativas e por vezes é utilizada como técnica exclusiva de pesquisa (MINAYO; COSTA, 2018). Esta técnica de pesquisa foi tornada clássica pelo antropólogo Malinowski, que assim descreve: “Há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados por meio de perguntas ou de documentos quantitativos, mas devem ser observados na realidade” (MALINOWSKI *apud* MINAYO; COSTA, 2018, p. 146).

A escolha científica pela adoção desta técnica e da não utilização das técnicas de entrevistas¹² deveu-se, por um lado em razão da dificuldade de contato pessoal entre a pesquisadora e as possíveis entrevistadas como consequência da pandemia de COVID-19 ocorrida no período destinado à esta fase da pesquisa, mas já havia sido ventilada anteriormente principalmente pela possibilidade de atribuir maior enfoque às subjetividades do público analisado.

Enquanto a entrevista se trata de uma interação em que o investigador colhe dados objetivos, quantitativos que poderiam ser obtidos por meio de outras fontes, quanto dados subjetivos, que dizem respeito à própria situação do indivíduo e à

¹² As entrevistas são a técnica mais frequentemente utilizada em trabalhos qualitativos empíricos (MINAYO; COSTA, 2018)

relação entre ele e a realidade que vivencia, a observação participante se foca na compreensão da realidade vivenciada pelo indivíduo (MINAYO; COSTA, 2018).

Nesta esteira, Malinowski destaca a necessidade de apreensão dos diversos “níveis de realidade”, posto que a ciência não deve perceber somente o “esqueleto da sociedade, mas também compreender “a vida que palpita” (MINAYO; COSTA, 2018).

A preocupação com a investigação do que não está aparente é especialmente relevante em se tratando de direitos das mulheres, diante do prevalecente silenciamento das experiências e conhecimentos das mulheres sofrido nas ciências, razão pela qual adota-se no presente trabalho uma epistemologia feminista.

A epistemologia feminista é uma manifestação particular da percepção geral de que a natureza das experiências das mulheres como indivíduos e seres sociais, nossas contribuições ao trabalho, à cultura e ao conhecimento, nossa história e nossos interesses políticos, têm sido sistematicamente ignorados ou mal representados pelos discursos dominantes em diferentes campos (NARAYAN, 1997, p. 276)

As epistemologias feministas são adotadas estrategicamente com o intuito de construir um saber científico fundamentado no ponto de vista das mulheres, desenvolvendo o que se costuma denominar “feminismo perspectiva” ou “feminismo *standpoint*”¹³.

Como destaca Sardenberg (2002, p. 17), “essa estratégia epistemológica já se faz presente na assertiva ‘o pessoal é político’, formulada nos grupos de conscientização e ação feministas que se formaram nos anos 60”.

Nesta toada, MacKinnon analisa como se engendram a epistemologia e a política ao declarar: “A teoria feminista do conhecimento é intrínseca à crítica feminista do poder porque o ponto de vista masculino se impõe sobre o mundo como sua forma de apreendê-lo (1983, p. 636, tradução nossa)¹⁴”.

¹³ O termo *feminist standpoint* foi cunhado por Sandra Harding em 1986, na obra “*The Science Question in Feminism*”, aprofundando-se na questão em 1987 e 1991, respectivamente, em “*Feminism & Methodology*” e “*Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women’s Lives*”. Feminismo perspectiva foi a tradução dada ao termo por Cláudia Lima Costa, em 1998. (SARDENBERG, 2002)

¹⁴ *The feminist theory of knowledge is inextricable from the feminist critique of power because the male point of view forces itself upon the world as its way of apprehending it.*

Isso exposto, passa-se a descrever os procedimentos adotados no levantamento de dados empíricos utilizados na presente pesquisa e a razão das escolhas científicas ora realizadas.

2.1.1 População alvo

O primeiro passo na escolha quanto a coleta de dados foi em relação à população de interesse.

Embora, muito naturalmente, a população alvo fosse as mulheres brasileiras em geral, seria inviável analisar esta abrangente categoria sem que fossem consideradas as profundas desigualdades impostas pelas diferenças entre usuárias de serviços de saúde público e privado, de região, de classe, de idade etc.

Sendo assim, havia que se escolher entre afunilar ao máximo o público a ser analisado dentre estas possíveis disparidades ou encontrar um meio absolutamente democrático de pesquisar a realidade de mulheres pertencentes aos mais diversos cenários.

Dentre estas possibilidades sopesou ainda um fator superveniente à projeção desta pesquisa: com a emergência pandemia de COVID-19 no ano programado para a fase da coleta de dados ficou impossibilitado o contato físico com a população a ser analisada, sobretudo nos locais de prestação de serviço de saúde e assistência social, tais como UBS e USF¹⁵, tal como era inicialmente planejado.

Desta forma, diante das dificuldades impostas no enfrentamento da crise sanitária decorrente do novo coronavírus, não restou outra alternativa senão a coleta de dados em meio virtual e para tanto, buscou-se por espaços em que as mulheres se sentissem seguras para compartilhar sua busca pessoal pela efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Vale destacar que a escolha deste amplo público-alvo somente fora viável pois a coleta de dados não pretende gerar informações estatísticas ou quantitativas,

¹⁵ Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família são os estabelecimentos de saúde que oferecem ações e serviços de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, conforme estabelece a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

mas apenas exemplificar, por meio da pesquisa qualitativa, quais são os problemas e dificuldades enfrentados por esta parcela da população.

Para tanto, foram utilizados como ferramenta para a coleta de dados os grupos privados e secretos criados na rede social *Facebook* voltados para o compartilhamento de informações e troca de experiências entre usuárias.

Os grupos do *Facebook* podem ser públicos ou privados, de acordo com as configurações de privacidade selecionadas por seus criadores, sendo que nos grupos públicos qualquer pessoa pode ver o que os membros publicam, comentam e compartilham no grupo, bem como a lista de membros do grupo, enquanto nos grupos privados somente os membros atuais podem visualizar tais informações.

Também é possível aos grupos privados selecionar se os grupos serão encontrados ou não em pesquisas, tornando-os visíveis ou ocultos, bem como gerenciar a admissão de novos membros impondo regras e criando questionários.

Os administradores são responsáveis por gerenciar as configurações do grupo e podem admitir moderadores responsáveis por aprovar ou negar solicitações de entrada, publicações no grupo, remover publicações e comentários em publicações, remover e bloquear pessoas do grupo e fixar ou desafixar publicações.

Com vistas a garantir uma ampla liberdade de discurso, adotou-se o critério de selecionar para a coleta de dados apenas os grupos de discussão que fossem privados, tanto ocultos como visíveis, somente permitissem a entrada de mulheres¹⁶, proibindo inclusive a admissão de perfis de casais, perfis “fake” e perfis comerciais, e que contassem com uma moderação ativa mediante a imposição de regras destinadas a regular a admissão de novos membros e manter o convívio harmonioso, evitar a proliferação de discursos intolerantes e informações falsas, bem como coibir o vazamento de informações.

Impostos estes requisitos para a confiabilidade dos dados colhidos, foi realizada uma criteriosa análise dos grupos existentes na rede social *Facebook* destinados a discussão de assuntos relacionados ao direito de acesso ao planejamento familiar e que atendesse cumulativamente a esses critérios e foram

¹⁶ Inclusive pessoas com sistema reprodutor feminino, ainda que não se identifiquem como mulheres. Para os fins da presente pesquisa, que não se aprofunda nos temas de identidade de gênero, utilizar-se-á forma genérica a palavra mulheres para descrever todo o população-alvo.

selecionados para solicitar a participação da pesquisadora os grupos: “Adeus Hormônios: Contracepção não-hormonal”, “Laqueadura: quero, posso, mas me impedem”, “Diafragma – método contraceptivo”, “Percepção da Fertilidade e Contracepção Natural”, “DIU de Cobre – o grupo” e “Contraceptivos – Trocando Experiências”.

Dos seis grupos selecionados, a participação da pesquisadora não foi admitida (ou somente foi admitida em momento posterior à fase de coleta de dados) nos dois últimos grupos: “DIU de Cobre – o grupo” e “Contraceptivos – Trocando Experiências”.

Vale salientar alguns dados quanto aos grupos investigados¹⁷: o grupo “Adeus Hormônios: Contracepção não-hormonal” conta com 128.525 (cento e vinte e oito mil e quinhentos e vinte e cinco) membros no total e foi criado há 6 (seis) anos; o grupo “Laqueadura: quero, posso, mas me impedem” conta com 9.377 (nove mil e trezentos e setenta e sete) membros no total e foi criado há 6 (seis) anos; o grupo “Diafragma – método contraceptivo” conta com 13.354 (treze mil e trezentos e cinquenta e quatro) membros no total e foi criado há 4 (quatro) anos, e; o grupo “Percepção da Fertilidade e Contracepção Natural” conta com 14.472 (catorze mil e quatrocentos e setenta e dois) membros e foi criado há 6 (seis) anos.

2.1.2 Coleta de dados

Após ser escolhido o público-alvo a ser analisado, com a admissão da pesquisadora em quatro dos grupos de *Facebook* selecionados, passou-se à fase da coleta de dados.

Inicialmente, tratou-se de observar a dinâmica dos grupos. Para tanto, de início, foram lidas na íntegra todas as publicações realizadas e as interações geradas em comentários nos grupos analisados, fossem elas relatos, dúvidas, pedidos de ajuda, agradecimentos, indicações ou conversas sobre quaisquer assuntos relacionados à saúde e à vida sexual destas mulheres.

Diante dos abrangentes assuntos compartilhados nos grupos, considerando os objetivos da presente pesquisa, foram identificados os tópicos que abordassem a

¹⁷ Dados colhidos em 08 ago. 2021.

dificuldade de acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes, denegatória de profissionais da saúde ao acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes, ausência de responsabilidade recíproca entre homens e mulheres pela contracepção etc.

Desta forma, foram buscadas as palavras-chave “relatos”, “experiência”, entre outras que possibilitassem encontrar detalhes sobre as experiências vivenciadas por membros dos grupos e relatassem sua jornada pessoa na busca por acesso ao direito ao planejamento familiar em primeira pessoa.

Dentre os vários relatos lidos, foram escolhidos cerca de 20 (vinte), por representarem com excelência os temas ora pesquisados e suas autoras foram contatadas pela própria rede social Facebook para que tivessem conhecimento e autorizassem a utilização de seus textos na presente pesquisa.

Neste aspecto, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) foi publicada em 14 de agosto de 2018, sob o número 13.709/2018, e entrou em vigor em 18 de setembro de 2020, razão pela qual a coleta e tratamento dos dados das pesquisadas observaram estritamente suas previsões no que toca às pesquisas acadêmicas.

As pesquisas acadêmicas, porém, estão isentas das aplicações da LGPD, desde que sejam realizadas por órgão de pesquisa e que seja garantida sempre que possível a anonimização dos dados, tanto pessoais como sensíveis (NUNES, 2021).

Ademais, uma vez que a presente pesquisa torna públicos os dados colhidos em sua íntegra, no Anexo I, possibilitando sua utilização em futuras pesquisas foram assinados digitalmente os termos de consentimento livre e esclarecidos constantes no Anexo II.

Dos aproximadamente 20 (vinte) relatos colhidos nos grupos selecionados, o total de 6 (seis) mulheres assinaram virtualmente o termo de consentimento livre e esclarecido enviado, possibilitando a reprodução integral de seus textos, exatamente como escritos nos grupos, preservando-se inclusive a ortografia original e ideogramas (emojis) eventualmente utilizados.

Frise-se que, visando anonimizar os dados colhidos, foram omitidas as informações que pudessem identificar a participante, tais como nomes de cidades e médicos, bem como os nomes de medicamentos, planos de saúde e outras marcas citadas nos relatos.

Por fim, tendo sido observadas as obrigações de finalidade, boa-fé e interesse público, considerando que foram informadas as pesquisadas da finalidade da pesquisa realizada, que consentiram com a publicização dos relatos apresentados nos grupos secretos analisados, passa-se a expor no tópico seguinte os resultados encontrados e a desenvolver-se as discussões.

2.2 RESULTADOS ENCONTRADOS E DISCUSSÕES

Conforme exposto no tópico anterior, após escolhido o público-alvo a ser pesquisado, selecionados grupos da rede social Facebook que atendessem aos critérios de segurança, confiabilidade e liberdade de expressão das participante elegidos, identificados os relatos que representassem a jornada pessoal das autoras na busca pela efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como assinados os termos de consentimento livre e esclarecido (Anexo II), esses foram colacionados na íntegra no Anexo I.

Neste tópico, destinado a compartilhar os resultados encontrados e discutidos, passa-se a elencar os aspectos relacionados a:

- a) dificuldade de acesso a serviços de saúde e assistência social, inclusive denegatória de profissionais da saúde e da assistência social a informações e prestação de serviços garantidos em lei;
- b) inobservância de critérios pautados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) para a oferta de métodos contraceptivos, em especial a utilização de métodos hormonais a pacientes de riscos;
- c) ausência de responsabilidade recíproca entre homens e mulheres pela contracepção, e;
- d) sentimento de injustiça, desamparo e de que a escolha de métodos contraceptivos eficazes e seguros corresponde a um privilégio e não a um direito.

Sendo assim, passa-se a analisar cada um destes aspectos, tal como encontrados nos relatos colhidos, definindo-se cada um deles e demonstrando-se eles impactam negativamente a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras, mediante a reprodução de trechos que permitem identificar estas dificuldades.

2.2.1 Dificuldade de acesso e denegatória de prestação de serviços de saúde e assistência social

A primeira, e talvez mais óbvia, dificuldade constatada na análise dos grupos selecionados e evidenciada pelos relatos colhidos, para a efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras é a falta de acesso a serviços de saúde e de assistência social.

Esta falta de acesso ocorre tanto pela carência de profissionais na rede pública de saúde, como também pela insuficiência dos serviços prestados pelos poucos profissionais disponíveis.

É perceptível nos grupos analisados a ideia geral das participantes é de que é extremamente difícil agendar uma consulta ginecológica pelo SUS e de que, mesmo que a consulta seja de fato agendada, o/a profissional não irá corresponder aos anseios da mulher que o busca.

Os comentários relativos a este aspecto selecionados dos relatos contidos na íntegra no Anexo I são os seguintes.

O relato nº 1 já se inicia levantando a questão da dificuldade de agendar uma consulta pelo SUS, razão pela qual a autora começou a se automedicar com pílulas anticoncepcionais logo que começou a exercitar sua sexualidade:

“Desde que me tornei sexualmente ativa, quando comecei a me auto medicar com [omissis] pois não conseguia marcar um consulta pelo SUS, ela era sempre remarcada” (relato nº 1)

No relato nº 4 a situação é ainda mais crítica pois na cidade em que reside a autora, sequer existe um/uma médico/médica ginecologista disponível. Neste caso em específico, a autora do relato buscava por profissional para realizar a medição do colo do útero para utilizar o diafragma como método contraceptivo.

No meu posto de saúde aqui em [omissis] não temos ginecologista e isso dificulta muito o acesso já de início para a tão sonhada medição já que temos uma quantidade bem limitada destes profissionais haptos a realizar o procedimento de forma eficaz, ainda pior em um centro de saúde que não tem nem mesmo este tipo de profissional, ou seja sempre que preciso mesmo para consulta de rotina era necessário fazer um consulta particular. (relato nº 4)

Além da escassez de agendamentos disponíveis, existem relatos sobre o tratamento ríspido a elas direcionado, a dificuldade para obter informações seguras e

corretas e sobre a ausência de oferta de métodos contraceptivos alternativos aos hormonais.

Neste sentido, o relato nº 4 prossegue descrevendo que teve que procurar por um médico particular para realizar a medição do diafragma e a inicial recusa em providenciar o método contraceptivo desejado na unidade de saúde, ensejando a busca da secretaria municipal da saúde para a efetivação de seu direito:

No meu caso assim que comecei a trabalhar me propus a fazer a consulta com um dos profissionais que fazem medição indicado na planilha aqui do grupo, Dr [omissis], que foi um amô e me atendeu maravilhosamente bem. Fiz a medição e o próprio me disse que eu poderia pegar o diafragma no meu posto de saúde, Como não esta sendo mais comercializado, não esta fácil a compra do produto e tem numerações como a minha (60mm) que esta em falta e e o retorno que falam quando liguei na [omissis] é que não tem previsão para voltar a ser fabricado. Pois bem fui ao posto de saúde na semana passada e logo que mostrei a receita a farmacêutica muito ríspida me disse

Isso não tem aqui, essa receita é de fora vai ter que comprar.

Me devolveu a receita e chamou o próximo da fila. Como eu percebi que ela estava com má vontade e nem sabia como funcionava nada e arrisco dizer que nem sabia o que era diafragma, eu fiquei indignada e liguei no mesmo momento para a secretaria de saúde onde fui muito bem amparada e atendida, a moça que me atendeu ligou imediatamente para a recepção do posto pedindo para falar com a farmacêutica que disse não saber nada a respeito do método e nem o protocolo adotado neste caso para esse tipo de demanda.

Resultado: No final da ligação ela pegou minha receita e disse que foi orientada pela moça da secretaria de saúde a fazer o pedido nominal na farmácia central e me retornaria com um posicionamento no dia seguinte.

Ontem me ligaram avisando que havia chegado.” (relato nº 4)

O relato nº 2 também apresenta uma situação em que a autora teve que passar por três médicas diferentes para que tivesse sua escolha por não utilizar anticoncepcionais orais em razão do medo acendido ao vivenciar os efeitos colaterais sofridos por uma amiga¹⁸:

Comecei tomar o AC [omissis] em 2011. Em 2016, acompanhei uma colega que sofreu as consequências do AC e decidi buscar ajuda médica para parar. Eu não sabia NADA sobre o assunto, não conhecia o meu corpo e o meu primeiro e mais importante passo foi acompanhar os relatos nesse grupo!

¹⁸ Observação: Não há informação se estas médicas atenderam a autora em rede pública ou particular.

Em Janeiro de 2017, os exames de rotina constatarem "ovários de padrão micropolicístico", por este motivo 02 Médicas Ginecologistas me negaram o DIU e quiseram mudar o AC para tratar os micro ovários. Recusei e procurei uma terceira opinião.

A terceira (e santa) médica aceitou a minha escolha, me explicou todos os métodos contraceptivos, constatou que tinha poucos micro ovários e pediu pra eu retornar quando estivesse pronta pro DIU.

Coloquei o DIU DE COBRE no meio do ano de 2017, desde então acompanho o posicionamento somente pela Ultrassom Transvaginal e resultado é perfeito: meu útero nunca esteve tão limpo! 😊 Nada de ovários micropolicístico, nada de bactéria (tinha sempre com AC) e DIU normoposicionado. (relato nº 2)

Da mesma forma, o relato nº 3 descreve a passagem por diversos médicos e o tratamento ríspido a ela direcionado por ter optado pela realização de esterilização voluntária¹⁹:

Vim hoje deixar meu relato! Acabei de voltar do retorno pós cirúrgico, fiz a minha salpingectomia bilateral no dia 17/12/20.

Bom, eu vou começar dizendo que passei por MUITOS médicos, ouvi absurdos, fui humilhada por alguns, outros foram grosseiros, me chamaram inclusive de louca. Pessoas próximas disseram: "Você nunca vai conseguir". Bom, me muni de todas as informações possíveis e nunca desisti! Descobri que um médico na Capital do Estado ([*omissis*]) fazia a Laqueadura em mulheres sem filhos, fui me consultar, já tinha levado tantos 'nãos' que só seria mais um, mas foi exatamente o contrário, ele só me informou de todas as minhas opções reversíveis, pediu se eu tinha certeza e me deu a papelada. Por motivos de pandemia, tive que esperar mais de um ano pra fazer, mas consegui. (relato nº 3)

Vale mencionar que a Lei nº 9.263/96 permite em seu artigo 10 a esterilização voluntária para "homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade".

Também quanto ao tratamento desrespeitoso dispensado pelos profissionais da saúde dispôs o relato nº 5:

Moro em [*omissis*] e fui consultar com uma médica que conheço tem uns 2 anos. Em nossa penúltima consulta ela foi bem ríspida e hoje novamente, perguntei muitas coisas que estava com dúvida:

- queria parar o ac pois estou sentindo que ele irrita meus olhos (uso lente as vezes), meu apetite aumentou (talvez devido ansiedade, não pelo ac), meu humor tb está uma gangorra. Ela disse que isso talvez não seja do ac (apesar de na bula constar alguns desses efeitos) e não me sugeriu outro.
- perguntei sobre diu e ela simplesmente disse que não coloca ali, tem que ser através do SUS

¹⁹ Observação: Não há informação se os muitos médicos consultados pertenciam à rede pública ou particular.

- falei sobre sentir coceira após o sexo e associei ao preservativo, ela disse para eu testar outros

Além disso um tempo depois de eu iniciar minha vida sexual fui consultar com ela que me perguntou com quantos parceiros eu já havia transado, falei que tinham sido 4 (sim, comecei e não parei mais hehehe sexo é muito bom né?) e ela disse que antigamente isso era visto como "promiscuidade". No momento eu achei engraçado mas depois parei para pensar e achei bem chato o que ela falou (entendi mal ou ela realmente brincou?). (relato nº 5)

Outro comentário quanto à dificuldade em agendar consulta pelo SUS encontra-se no relato nº 6, este especificando inclusive a razão pela dificuldade: as vagas são destinadas às gestantes.

Boa noite meninas...finalmente chegou o dia da minha consulta com o ginecologista...decepcionante...mas nada de novo sob o sol pelo que já li.

A consulta foi marcada no início de outubro depois de duas horas e meia na fila da UBS e depois de 3 meses tentando sem sucesso o agendamento (só tem vagas para grávidas).

Hoje finalmente no dia da minha consulta, marcada pras 13h30, o médico chegou com 45min de atraso e eu só fui atendida as 16h40...

Na continuidade, o relato nº 6 narra a dificuldade enfrentada para a utilização do diafragma, método escolhido para a contracepção, diante do desconhecimento do primeiro médico consultado para a realização da medição do colo do útero e, após, o desincentivo do segundo médico consultado aliado a prestação de informações inverídicas e falta do dispositivo na farmácia pública.

Na consulta:

Ele perguntou o motivo da consulta...disse que fui fazer o preventivo...E que gostaria de parar de tomar a pílula e começar a usar o diafragma. Para minha surpresa ouvi um "OK"...Eu perguntei quais seriam os passos seguintes...Se ele faria a medição...ele disse que não faz a medição...que não sabe me indicar como fazer pelo sus...que é um "método antigo"...disse para marcar planejamento familiar e tentar lá...mas que acha que não daria certo.

Me entregou um pedido de ultra Transvaginal (sem me explicar o porquê e sem nenhuma queixa minha) e fui para a maçã fazer o preventivo...

Após isso ele pediu pra entregar o preventivo na enfermagem e me dispensou.

"TUDO" isso não levou 5min no consultório.

Na recepção atenderam o planejamento pra fevereiro...duas sextas seguidas as 15h e já avisaram (a assistente social não tolera de jeito nenhum faltas). Quem faz o planejamento na minha ubs é somente ela...ela está de férias então não foi possível perguntar do diafragma diretamente pra ela...nem o médico...nem as enfermeiras souberam me informar como conseguir.

Infelizmente não tenho esperanças com o sus...mas mais infelizmente ainda o valor do coletivo feminista ainda é muito alto pra minha realidade.

Agora é esperar esse planejamento que não vai dar em nada...E ir juntando aos pouquinhos pra conseguir pagar um particular.

(...)

Depois de uma negativa do meu ginecologista do sus, marquei uma consulta com o outro gineco da minha UBS...(não, não foi a consulta perfeita...mas consegui)

Disse que queria trocar de método contraceptivo...ele disse que não posso por o diu pq nunca tive filhos (nem discuti pq não tenho interesse no diu)...e disse que minha opção era só a camisinha já que não quero nenhum método hormonal. Eu concordei com a camisinha mas disse que tinha interesse no diafragma, ele alegou ser um método complicado.. e aí que eu perguntei:

- O Dr. Não sabe realizar e medição ?

Ele prontamente disse um "claro que sim"...então eu disse que queria que ele fizesse pois esse era o motivo da consulta. Ele tentou argumentar dizendo que só a camisinha era suficiente...que era difícil de usar...alegou até que ia dar trabalho pra esterilizar o kit novamente. Mas depois que ele disse que media eu fiquei surda e minha única resposta pra tudo que ele dizia é que eu queria a medição e ponto!

Então ele mediu. Mostrou primeiro como coloca...como deve ficar encaixado...mediu...logo de primeira o 60 ficou bom... mas pedi pra testar o 65...e sai de lá feliz da vida enquanto ele dizia que eu iria desistir de usar e eu rebatia dizendo que vou voltar pra contar que deu certo.

Na farmácia não havia diafragma...alegaram que não vem pro SUS.. eu disse que vem sim...a moça disse que deve ir só pra UBS do estado (???)

Mas só de conseguir a medição já me ajudou bastante...comprar ele fica um pouco mais fácil pra mim...mas ainda vou procurar em alguns postos. " (relato nº 6)

Esta noção geral de que é extremamente difícil agendar consulta ginecológica no SUS e que, ainda que a consulta seja agendada, os profissionais não respeitarão a escolha de métodos contraceptivos além da pílula oral e não saberão instruir a paciente a como conseguir e utilizar outros métodos comentada nos grupos e exemplificada pelos comentários acima transcritos não é nada surpreendente. Pelo contrário, esta constatação é plenamente lógica a qualquer um que analisa o PNS (Plano Nacional da Saúde).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento balizador para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas do Ministério da Saúde. Ele deve orientar a atuação da esfera federal em sua coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes, prioridades, metas e indicadores para o período (...). (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Isso porque o PNS 2020-2023 (atual) somente menciona a saúde da mulher de maneira específica no subtópico “3.6.4. Saúde da Mulher” que faz parte do tópico “3.6. Saúde nos Ciclos de Vida”, que trata única e exclusivamente acerca da redução da mortalidade materna, referindo-se apenas às questões de “gestação-parto-puerpério” e desconsiderando totalmente as outras fases da vida da mulher, dentre elas os cuidados com a saúde reprodutiva e sexual voltadas ao planejamento familiar.

Vale mencionar que até mesmo no subtópico “3.6.2. Saúde do Adolescente” a principal preocupação externada relaciona-se às taxas de fecundidade na adolescência e ao número de nascidos vivos de mães adolescentes.

Nos objetivos, metas e projetos, as mulheres somente são mencionadas nas metas nº 7 “Alcançar a proporção de 80 % de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação”, nº 18 “Alcançar 48% de mulheres usuárias do SUS na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico de rastreamento realizado nos últimos 3 anos”, nº 19 “Alcançar 35% de mulheres usuárias do SUS na faixa etária de 50 a 69 anos com realização de mamografias de rastreamento nos últimos 2 anos” e nº 20 “Reduzir para 52,4% a proporção de partos cesáreos”.

Como se vê, o PNS 2020-2023 desconsidera totalmente as diretrizes traçadas pelo PAISM de 1983 e as reivindicações que nele culminaram que objetivavam justamente a observância da saúde da mulher em sua integralidade para que as ações e serviços de saúde pública não se dirigissem apenas ao cuidado com a gestação e o parto.

Em melhores termos, o atual PNS ignora por completo a necessidade de promover ações que asseguram a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras, violando, assim, seus direitos humanos fundamentais.

Considerando que os relatos que compõem a presente pesquisa empírica, colhidos dos grupos de Facebook selecionados, foram escritos a partir do ano de 2016, cuidou-se também de analisar os PNS do quadriênio anterior (2016-2019).

Neste aspecto, no PNS 2016-2019, a saúde da mulher é tratada na “Análise situacional” no subtópico “2.5.5. Atenção a populações específicas”, compartilhando os quatro parágrafos do subtópico “2.5.5.1.” com as crianças.

Neste plano, a expressão direitos sexuais e reprodutivos chega a ser utilizada, bem como a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) é mencionado.

A PNAISM foi elaborada em 2004, a partir de diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil e com base no PAISM lançado em 1983 e publicado em 1984, a fim de orientar a formulação de políticas que norteiem a atenção à saúde da mulher no período 2004-2007 e nunca mais foi reeditada.

Estas questões são tratadas no “Objetivo 03. Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde”, com o seguinte teor:

Considerando as questões de gênero, estudos referentes às necessidades da população feminina e acordos internacionais firmados pelo Brasil orientam ações a serem desenvolvidas pelo MS, reafirmando os direitos humanos das mulheres. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) estabelece a necessidade de qualificação das ações de prevenção, assistência e recuperação da saúde das mulheres com abordagens que considerem a integralidade do cuidado e os direitos sexuais e direitos reprodutivos. A PNAISM atua de forma intersetorial e com especial atenção a segmentos específicos e vulneráveis da população feminina. É necessário o investimento na promoção do cuidado integral a mulheres em situação de violências, especialmente a doméstica/intrafamiliar e sexual; ampliação e qualificação da atenção obstétrica; a atenção ginecológica/climatério e fortalecer a prevenção e controle das DST/AIDS na população feminina. Outro importante desafio para os próximos anos é formular e implantar, em parceria com Estados, Distrito Federal e Municípios, uma política de direitos sexuais e reprodutivos, em parceria com movimentos de mulheres, e com outras áreas do Governo Federal (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Não obstante à alusão aos direitos sexuais e reprodutivos, o PNS 2016-2019 nada menciona quanto ao planejamento familiar nem introduz em suas metas quaisquer ações que promovam esta seara.

As metas relativas à saúde da mulher estão contidas no objetivo 2, que refere ao aprimoramento das redes de atenção à saúde, incluindo a “Rede Cegonha” e no objetivo 3, já mencionado, e são as seguintes:

Objetivo 02. (...)

Adequar a ambiência de 120 maternidades (reforma e aquisição de equipamentos) para a atenção humanizada ao parto e nascimento.

Implantar 20 novas Casas de Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP.
 Implantar 60 novos Centros de Parto Normal – CPN.
 Realizar 15 milhões de mamografias bilaterais para rastreamento do câncer de mama em mulheres de 50- 69 anos.
 Realizar 30 milhões de exames citopatológicos para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres de 25-64 anos.
 (...)

 Objetivo 03. (...)

 Implantar 80 serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual em hospitais de referência do SUS, para a realização do registro de informações e da coleta de vestígios. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Diante da análise dos Planos Nacionais de Saúde (PNS), é perceptível que o direito ao acesso ao planejamento familiar não é sequer remotamente uma das prioridades dos governos brasileiros desde 2016.

2.2.2 Da prescrição (ou automedicação) com anticoncepcionais hormonais em descon sideração a riscos e reclamações das pacientes com efeitos colaterais.

Outro aspecto relevante ao direito ao acesso ao planejamento familiar encontrado nas publicações dos grupos de Facebook selecionados para embasar a presente pesquisa empírica foram os frequentes relatos de mulheres acerca do uso indevido de contraceptivos hormonais.

Muitas participantes dos grupos estavam descontentes com os efeitos anticoncepcionais, sendo que diversos dos efeitos colaterais sinalizados representavam riscos inaceitáveis de problemas circulatórios incompatíveis com a prescrição deste tipo de medicação, e tinham seus desconfortos desconsiderados pelos profissionais da saúde consultados.

Antes de expor os trechos dos relatos colhidos que se referem a este aspecto observado, cumpre explicar algumas questões relativas aos métodos contraceptivos existentes, as orientações da Organização Mundial da Saúde para o seu uso e as contraindicações para o uso de anticoncepcionais hormonais.

Métodos contraceptivos são aqueles destinados a regular a fecundidade, impedindo temporária ou definitivamente uma gravidez, subdividindo-se em métodos naturais: de calendário ou de percepção da fertilidade; métodos artificiais/ hormonais: pílulas, injetáveis, implantes subdermais; métodos de barreira: preservativos, diafragma, capuz cervical, espermaticida; métodos de ação mecânica: dispositivo

intrauterino (DIU) e; métodos de esterilização: vasectomia e laqueadura (BATISTA; VANDERLEI, 2017).

Os principais documentos que abordam os temas de planejamento familiar e métodos contraceptivos são os produzidos pela Organização Mundial da Saúde, que, em sua própria descrição, fornecem orientações baseadas em evidência científica, elaboradas por meio de colaboração em âmbito mundial, sendo o mais recente e completo deles o “Planejamento Familiar: um Manual Global para Serviços de Saúde” (OMS, 2007)

Este manual é direcionado a profissionais da saúde e enfatiza a necessidade de ao atender as pacientes, especialmente as mais jovens, dedicar tempo para esclarecer dúvidas decorrentes da falta de informação sobre sexo, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e métodos anticoncepcionais, sempre acautelando-se para não expressar julgamentos (OMS, 2007, p. 268).

Ele contém orientações que visam melhorar a qualidade dos serviços de planejamento familiar ofertados e maximizar o acesso a eles, desde a escolha do método, e também no apoio à utilização eficaz, listando métodos contraceptivos e apresentando como eles funcionam, qual sua eficácia diante do uso típico e do uso perfeito, os efeitos colaterais, benefícios e riscos à saúde, quem pode ou não os utilizar.

Quanto à realidade vivenciada no Brasil, Nunes e Estevão (2020, p. 201) sintetizam o estudo de Paniz, Fassa e Silva (2005):

apesar da vasta gama de métodos existentes e disponíveis, os mais conhecidos são o anticoncepcional oral, preservativo masculino, esterilização feminina, DIU e abstinência periódica e, no entanto, a utilização geralmente se restringe ao anticoncepcional oral e esterilização feminina [o que] demonstra a precariedade da atenção dada à mulher e da limitação do acesso à informação.

Os autores destacam o fato de que um número significativo de pacientes que utilizam anticoncepcionais orais como método contraceptivo (mais de 40%) possuía um ou mais fatores de risco para seu uso, ainda que o método tenha sido indicado por um serviço de saúde (PANIZ; FASSA; SILVA, 2005).

A prevalência da indicação de métodos hormonais por serviços de saúde mesmo para pacientes que apresentam fatores de risco incompatíveis com a

utilização deste tipo de contraceptivo são mais um indicativo da precariedade do serviço oferecido.

Isso porque a OMS (2007) indica que a utilização de anticoncepcionais hormonais em pacientes que apresentem riscos (tais como colesterol alto, predisposição a enxaquecas, tabagismo, pressão arterial não controlada, histórico familiar de AVC, doença cardíaca, trombose, embolia pulmonar e câncer de mama) podem causar coágulos sanguíneos em forma de trombose de veia profunda ou embolia pulmonar, derrame e infarto do miocárdio.

Nesta toada, “o que se nota é que a mera aquisição e distribuição de anticoncepcionais hormonais pelo SUS é insuficiente para atender a demanda de acesso ao planejamento familiar, sendo necessária também a disponibilização de métodos não hormonais.” (NUNES; ESTEVÃO, 2020, p. 203).

Isso exposto, vejamos os relatos das participantes dos grupos de Facebook selecionados quanto ao tema.

A autora do relato nº 1 descreve o processo de ter iniciado a utilização de anticoncepcional oral por conta própria, seguido pela experiência de desconfortos causados pelos efeitos colaterais e a passagem por 3 (três) médicos ginecologistas que desconsideraram completamente as queixas da paciente.

POR QUE EU DECIDI PARAR E COMO FOI O PROCESSO?

Eu já o tomava há um ano e meio quando parei (desde que me tornei sexualmente ativa, quando comecei a me auto medicar com [*omissis*] pois não conseguia marcar um consulta pelo SUS, ela era sempre remarcada). Acontece que desde agosto de 2016 eu já estava bem descontente com contraceptivo hormonal, isso porque eu estava sofrendo muito com enxaquecas e ânsia de vômito todo o santo dia. Nesse período até eu parar de vez, eu mudei de casa e passei por 2 postos de saúde e 3 ginecologistas diferentes. O primeiro me disse que meu estômago não estava mal por conta do ac e me dispensou sem mais discussões. O segundo, me receitou [*omissis*] e disse que pelo menos minha enxaqueca melhoraria por ser uma pílula de baixa dosagem (não melhorou). Na terceira, eu já havia lido mais sobre efeitos colaterais dos anticoncepcionais e encontrado esse grupo (já estava abominando ac e morrendo de medo de ter algo sério, tipo um AVC ou trombose), então já cheguei dizendo que gostaria de colocar DIU de cobre. Como não tenho filhos, levei um balde de água fria da ginecologista, que me recomendou injeção (pra melhorar meu estômago). Aí eu parei o ac por conta própria e parti pro preservativo. (relato nº 1)

Registre-se ainda que a última médica consultada inclusive negou a prescrição de método não hormonal (DIU: Dispositivo Intrauterino) mediante fundamento equivocado, segundo as orientações da OMS (2007):

Após a mudança de método contraceptivo a autora relatou os pontos positivos observados, inclusive o fim dos efeitos colaterais que os médicos consultados disseram não serem relacionados ao uso de contraceptivo hormonal e refletiu sobre persistir na busca pelo DIU em outras instâncias da rede de saúde pública.

PONTOS POSITIVOS

Minhas dores e enjoos passaram, inclusive alguns incômodos nos membros que eu chegava a sentir. Até hoje não tenho certeza se tudo o que eu passei valeu a pena pra que elas fossem embora, mas sei que eu não voltaria pro AC jamais. (...) Ainda penso no DIU, acho que eu deveria ter ligado na Ouvidoria do SUS e lutado por ele, mas se um dia eu conseguir, vou conciliar com a camisinha. Em suma, sinceramente, me sinto muito mais feliz. (relato nº 1)

O relato de número 5 também descreve a desconsideração da médica consultada quanto aos incômodos associados ao uso do anticoncepcional oral e ignorou os questionamentos da paciente quanto a métodos não hormonais.

- queria parar o ac pois estou sentindo que ele irrita meus olhos (uso lente as vezes), meu apetite aumentou (talvez devido ansiedade, não pelo ac), meu humor tb está uma gangorra. Ela disse que isso talvez não seja do ac (apesar de na bula constar alguns desses efeitos) e não me sugeriu outro.
- perguntei sobre diu e ela simplesmente disse que não coloca ali, tem que ser através do SUS
- falei sobre sentir coceira após o sexo e associei ao preservativo, ela disse para eu testar outros (relato nº 5)

Na mesma esteira, a autora do relato nº 6 narra a troca de método contraceptivo diante da experiência de efeitos adversos decorrentes do uso de anticoncepcional oral.

Pq optei pelo diafragma: Efeitos colaterais dos métodos hormonais (TPM, enxaqueca, inchaço, falta de libido, irritabilidade e um nódulo crescendo no seio), não queria algo tão "invasivo" quanto o DIU e não gosto de camisinha (me julguem haha)

(...) Prós:

- em 18 meses já economizei 450\$ que seriam gastos com AC
- o nódulo do seio está regredindo cada vez mais
- libido subiu nas alturas
- enxaquecas e o inchaço deram adeus
- não incomoda nem eu nem meu parceiro (relato nº 6)

Extraí-se das considerações quanto às recomendações da Organização Mundial de Saúde contidas no “Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde” e dos relatos acima transcritos que é perceptível e escancarado o despreparo dos médicos e médicas brasileiros para atuar nos serviços de planejamento familiar.

2.2.3 Ausência de responsabilidade masculina pela contracepção

Outro aspecto essencial à efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos mencionado nos relatos extraídos dos grupos de Facebook selecionados para a realização da presente pesquisa empírica é a responsabilidade recíproca entre homens e mulheres pela contracepção.

Este é um dos assuntos abordados pela Plataforma de Cairo, documento resultante da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, no Capítulo IV, item C. Responsabilidade e participação do homem, que assim dispõe:

4.24 (...). É essencial melhorar a comunicação entre homens e mulheres sobre questões de sexualidade e de saúde reprodutiva e a compreensão de suas responsabilidades recíprocas, para que homens e mulheres sejam parceiros iguais na vida pública e privada. (ONU, 2004, p. 36, tradução nossa²⁰)

A seguir estabelece como meta:

4.25 O objetivo é promover a igualdade de gênero em todas as esferas da vida, incluindo a vida familiar e comunitária, e encorajar e capacitar homens para assumir a responsabilidade por seu comportamento sexual e reprodutivo e seu papel na família e na sociedade. (ONU, 2004, p. 36, tradução nossa²¹)

Nas ações a serem tomadas a fim de atingir o objetivo traçado, a busca pela maior responsabilização masculina no planejamento familiar está presente em todas: 4.26 pareamento da licença maternidade e paternidade para que haja mais equilíbrio entre as responsabilidades domésticas e públicas; 4.27 esforços para enfatizar a

²⁰ *It is essential to improve communication between men and women on issues of sexuality and reproductive health, and the understanding of their joint responsibilities, so that men and women are equal partners in public and private life.*

²¹ *The objective is to promote gender equality in all spheres of life, including family and community life, and to encourage and enable men to take responsibility for their sexual and reproductive behaviour and their social and family roles.*

responsabilidade masculina e promoção da sua participação ativa na paternidade, no comportamento sexual e reprodutivo, inclusive planejamento familiar; 4.28 ações governamentais para criar políticas e leis que assegurem a responsabilidade masculina na criação de seus filhos e de sua família; 4.29 promoção da participação integral do homem na vida familiar e integração da mulher na vida comunitária.

A falta de participação do homem nas decisões relativas ao planejamento familiar e a ausência de responsabilização masculina pela participação ativa na contracepção ficou evidente em alguns dos relatos colhidos para a presente pesquisa.

O relato nº 1 aborda a decisão pela troca de método contraceptivo do anticoncepcional oral para o preservativo masculino e neste processo de troca a autora descreve a participação do namorado da seguinte forma:

CHOQUE DOS PRIMEIROS MESES

Sobre apoio do meu namorado: não tive muito. Ele claramente não concordava com a decisão, mas não me disse isso diretamente, apenas que o corpo era meu, quem sentia os efeitos era eu, então deveria fazer o que achasse melhor. (...)

PONTOS POSITIVOS

Meu namorado passou a participar da contracepção e o peso não fica todo pra mim, ele finalmente encara o método contraceptivo como uma preocupação nossa, não só minha. (...) (relato nº 1)

A autora do relato nº 3 também menciona a ideia de responsabilização masculina pelo comportamento sexual: “Nunca deixaria de usar preservativo pq além da proteção contra IST, acho que meu esposo tem a obrigação de fazer a parte dele na contracepção e é mais uma garantia de que não vou engravidar.” (relato nº 3)

Ademais, quanto à ausência de participação masculina no planejamento familiar, vale mencionar que todos os grupos de Facebook que tratam da temática de métodos contraceptivos são direcionados a mulheres e, aqueles que o fazem, somente proíbem a participação masculina para evitar o vazamento de informações e para promover um ambiente seguro para a discussão feminina, o que já sinaliza um comportamento social e cultural de exclusão dos homens deste tipo de decisão que deveriam ser conjunta.

Outro indicativo significativo é o fato de que, dos 6 (seis) relatos colhidos, apenas 2 (dois) mencionaram a participação dos homens envolvidos no relacionamento.

Desta forma, os resultados da presente pesquisa também permitem concluir que ainda há um longo caminho a percorrer para que haja de fato a responsabilização dos homens por seu comportamento sexual e reprodutivo e para que o planejamento familiar seja uma escolha conjunta dos casais heterossexuais.

2.2.4 Sentimento em relação à justiça

O último aspecto observado nos relatos colhidos para fazerem parte da presente pesquisa foram as reflexões realizadas por suas autoras quanto ao sentimento de injustiça experimentado.

Muitas das mulheres nos grupos de Facebook analisados, ora exemplificados pelos relatos cuja reprodução foi autorizada pelas autoras, referiam sentir-se abandonadas, desacreditadas, injustiçadas etc.

Outras referem a sensação de que a escolha do método contraceptivo é um privilégio disponível a poucas, que a informação e o acesso aos serviços de planejamento familiar não são acessíveis a maioria.

O relato nº 1 descreve a exasperação de ter que esforçar-se mais que o razoável para alcançar um direito humano e narra sentir-se incompreendida por seu namorado, citando inclusive o “privilégio masculino” de não ter a obrigação de se preocupar com estas questões.

REFLEXÃO

Fico pensando em tudo o que a gente tem que passar sozinha pra conseguir TRANSAR. É sério, chega a ser desumano. Porque por mais que eu conversasse com minha mãe e meu namorado sobre o que eu tava passando e eles fingissem que entendiam, eu continuava sozinha, eles não estavam no meu corpo para poder entender (talvez minha mãe entendesse um pouco mais, porque ela também largou o ac por conta de problemas estomacais quando jovem). Em vários momentos em que meu emocional estava abalado eu pensei em parar de fazer sexo (olha o nível), porque simplesmente não valia a pena. Meu namorado jamais vai passar por isso em toda a vida dele. Por que tem que ser assim? Não sei, mas enquanto a sociedade não muda, vamos tentar fazer com que isso não seja tão forte dentro de nossos relacionamentos, vamos trocar informações. (relato nº 1)

No relato nº 3, a autora narra o sucesso de ter alcançado a sonhada laqueadura e descreve como as ações envidadas na busca do método contraceptivo escolhido por ela são inacessíveis a todas, encorajando as demais a buscarem por seus direitos ao descrever como sentiu-se no processo.

Viajei mais de 4mil km entre idas e vindas e sei que isso é um privilégio, principalmente por não ter alguém que dependa de mim, mas vim com isso incentivar vocês pra que NUNCA desistam se tem CERTEZA que é isso que querem! Eu batalhei muito, chorei muito, fui muito desacreditada mas era uma meta e, eu sabia que ia conseguir. Abri mão de muita coisa pra pagar um convênio médico, pra ir e voltar várias vezes (no meu caso foi necessário, mas nem sempre precisa tantas vezes) e arcar com os custos de estar longe de casa, mas estou muito feliz e realizada. (relato nº 3)

Da mesma forma o relato nº 4 é concluído com uma reflexão quanto à luta das mulheres para ter um “simples” direito efetivado: “Mas isso tudo só corrobora ao fato de que temos que sempre esta lutando loucamente para utilizar simplesmente um método livre de hormônios menos invasivo e que da autonomia a mulher.” (relato nº 4)

A autora do relato nº 5 também conclui sua publicação com um desabafo quanto a este sentimento: “Enfim gurias, me senti um pouco desamparada ☹️ desculpem pelo texto longo, só queria relatar e me sentir acolhida, afinal, acho que médicos principalmente dessa area deviam nos respeitar e ter um pouco de "compaixão".” (relato nº 5)

Como se viu, todos os aspectos relacionados ao direito ao acesso ao planejamento familiar abordados nos subtópicos acima culminam em um perceptível sentimento de injustiça no público-alvo investigado.

3 A FALTA DE EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS POR UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

Todo o exposto no decorrer da presente pesquisa deixa claro que existe um forte viés de gênero nas afrontas aos direitos sexuais e reprodutivos vivenciadas pelas mulheres brasileiras em seu dia a dia.

Os problemas vivenciados pelas mulheres na busca pela efetivação de seu direito ao planejamento familiar a princípio parecem ser individualizados, pontuais, específicos, excepcionais, porém a existência dos grupos de Facebook ora analisados e as publicações e comentários lá contidos tornam patente a constatação de que estes problemas não são restritos a uma pequena parcela de mulheres em idade reprodutiva, pelo contrário, são a regra.

Esta constatação acende novamente o questionamento que este estudo busca responder: se ofertar às mulheres informação e acesso a métodos contraceptivos para que possam exercer seu direito ao planejamento familiar parece ser algo tão simples, por que persistem tantas dificuldades em sua efetivação?

Assim, chega a hora de explorar a hipótese inicialmente suscitada: a dominação patriarcal em nossa sociedade obstaculiza a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Para a averiguação desta hipótese a presente pesquisa parte do estudo das teorias feministas radicais que constataam que o reconhecimento formal de direitos das mulheres é insuficiente para modificar a posição social de submissão ocupada pelas mulheres.

Isso porque o direito e as normas jurídicas são instituições criadas em um sistema social onde prevalece um paradigma de dominação-submissão pautado em diferenças de gênero, e como tal exercem um papel essencial na manutenção deste sistema que convencionou chamar-se patriarcado, a fim de perpetuar a dominação das mulheres a partir dos interesses masculinos.

Ou seja, no tocante ao presente objeto de estudo, a positivação de direitos sexuais e reprodutivos não basta para que a mulher se desvencilhe de sua função social de reprodutora.

Isso exposto, em um primeiro momento este capítulo destina-se a analisar a correlação entre as diferenças biológicas entre os sexos em suas funções reprodutivas e a persistente falta de equidade de direitos entre homens e mulheres.

Por fim, o último tópico passa a analisar a Jurisprudência Feminista de Catharine MacKinnon como alternativa para solucionar os problemas na efetivação do direito ao planejamento familiar identificados no decorrer da presente pesquisa.

3.1 AS FUNÇÕES REPRODUTIVAS E A FALTA DE EQUIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES

Naturalmente, existem diferenças biológicas entre os sexos. Contudo, essas diferenças foram historicamente utilizadas para justificar - e naturalizar - o tratamento desigual dispendido a homens e a mulheres, não com o objetivo a minimizar os impactos desta diferença, mas a fim de manter e perpetuar um sistema de dominação dos homens sobre as mulheres: o patriarcado.

De fato, a divisão das classes sexuais desenvolveu-se a partir das diferenças nas funções reprodutivas e na “*família biológica* – unidade básica de reprodução homem/ mulher/ criança, em qualquer forma de organização social” (FIRESTONE, 1976, p. 18, grifos originais).

Conforme descreve Firestone (1976, p.18), esta família biológica:

[...] se caracteriza por estes fatos, se não imutáveis, pelo menos fundamentais:

- 1) que as mulheres, através de toda a História, antes do advento do controle da natalidade, estavam a mercê constante de sua biologia – menstruação, menopausa, e “males femininos”, de contínuos partos dolorosos, amamentação e cuidado com crianças, todos os quais fizeram-nas dependentes de homens (seja irmão, pai, marido, amante, ou clã, governo, comunidade em geral) para a sobrevivência física.
- 2) que os filhos do homem exigem um tempo ainda maior para crescer do que os dos animais, sendo portanto indefesos e, pelo menos por um pequeno período, dependentes dos adultos para a sobrevivência física.
- 3) que a interdependência básica mãe/ filho existiu de alguma forma em todas as sociedades, passadas ou presentes, e consequentemente mudou a psicologia de toda mulher madura e de toda criança.
- 4) que a diferença natural da reprodução entre os sexos levou diretamente à primeira divisão de trabalho baseada no sexo, que está nas origens de toda divisão posterior em classes econômicas e culturais e possivelmente se encontra na raiz de todas as castas

(discriminação baseada no sexo e outras características biologicamente determinadas, como a raça, a idade, etc.).

Porém, não obstante as diferenças biológicas que determinaram a divisão sexual de trabalho nos primórdios do desenvolvimento da sociedade humana, este desequilíbrio sexual do poder somente pode resistir até os tempos atuais em razão de decisões políticas.

Isso porque “a humanidade não é uma espécie animal, mas uma realidade histórica” (BEAUVOIR, 2016, p. 83).

Na análise de Firestone (1976), em termos políticos, não haveria razões para que os homens renunciassem ao poder que as condições biológicas criaram. Em consequência, ainda que superadas as diferenças impostas pela natureza, o sistema de opressão baseado em classes sexuais é mantido.

E mais, ainda que tenha desenvolvido seus estudos na década de 1970, época em que estavam sendo desenvolvidos e popularizados os anticoncepcionais hormonais, Firestone cita especificamente os prováveis efeitos do desenvolvimento de tecnologias de controle da fertilidade, asseverando que: “Ao contrário, a nova tecnologia, especialmente o controle da fertilidade, pode ser usada contra elas, para reforçar o sistema de exploração estabelecido” (1976, p. 20).

Nesta esteira, Carole Pateman (1993) teoriza que as diferenças sexuais foram mantidas em razão de um “pacto social-sexual”, o contrato original, arguindo que as teorias políticas contratualistas clássicas (Hobbes, Locke, Rousseau etc.) deixaram de analisar a história em sua totalidade, suprimindo a questão da dominação dos homens sobre as mulheres e o direito masculino de acesso sexual regular a elas.

O contrato social é uma história de liberdade; o contrato sexual é uma história de sujeição. O contrato original cria ambas, a liberdade e a dominação. A liberdade do homem e a sujeição da mulher derivam do contrato original e o sentido da liberdade civil não pode ser compreendido sem a metade perdida da história, que revela como o direito patriarcal dos homens sobre as mulheres é criado pelo contrato. (PATEMAN, 1993, p. 16-17)

Para a autora, as teorias contratuais clássicas já partem de um pressuposto equivocado, o de que no estado de natureza todos os indivíduos são livres e iguais entre si, quando de fato já descrevem que sujeição entre homens e mulheres está contida neste estado, sendo que para os teóricos clássicos (exceto Hobbes) as

mulheres sequer possuem os atributos e capacidades necessárias para que fossem consideradas indivíduos (PATEMAN, 1993).

Desta forma, em sua análise:

As mulheres não participam do contrato original através do qual os homens transformam sua liberdade natural na segurança da liberdade civil. As mulheres são o objeto do contrato. O contrato sexual é o meio pelo qual os homens transformam seu direito natural sobre as mulheres na segurança do direito patriarcal civil (PATEMAN, 1993, p. 21).

Sendo assim, as diferenças sexuais vistas a partir da concepção dos homens são incorporadas estruturalmente em nossa sociedade e as mulheres excluídas social e legalmente da categoria de indivíduos, de maneira que a consolidar o patriarcado moderno.

Pateman (1993) ensina que um dos motivos desta omissão histórica se deve ao fato de que os teóricos políticos somente deram atenção a uma das esferas da sociedade civil: a esfera pública; tratando a esfera privada como politicamente irrelevante.

Todavia, ao contrário da conclusão até então perpetrada, a autora argui que estas esferas são de fato inseparáveis, vez que o “domínio público não pode ser totalmente compreendido sem a esfera privada e, do mesmo modo, o sentido do contrato original é desvirtuado sem as duas metades interdependentes da história” (PATEMAN, 1993, p. 19).

Para a autora, na realidade dos fatos, o contrato original introduz consigo a dicotomia entre o que é público/civil, onde os homens são livres para firmar contratos, e o que é privado/natural, onde as mulheres estão sujeitas ao “poder paternal”, a fim de refletir a divisão sexual presente no estado de natureza para a sociedade civil, tornando, assim, esta diferença política (PATEMAN, 1993).

O contrato original é constituído parte por um contrato social e parte por um contrato sexual, mas nenhum deles se restringe a esfera pública ou privada, pelo contrário. “O contrato original cria a sociedade civil patriarcal em sua totalidade. Os homens passam de um lado para outro, entre a esfera privada e pública, e o mandato da lei do direito sexual masculino rege os dois domínios” (PATEMAN, 1993, p. 29).

O patriarcado é entendido, então, como um problema privado e familiar que pode ser resolvido se as leis e políticas públicas tratarem as mulheres como sendo exatamente iguais aos homens. Entretanto,

o patriarcado moderno não é relativo, primordialmente, à sujeição familiar da mulher. As mulheres têm relações sexuais com homens e são esposas antes de se tornarem mães de família. A história do contrato sexual é sobre relações (hetero)sexuais e sobre mulheres personificadas como seres sexuais (PATEMAN, 1993, P. 35-36)

E nesta toada, o pressuposto de que a esfera privada está além do domínio público e de que os problemas ocorridos na esfera privada são irrelevantes à vida política somente vieram a reforçar a dominação dos homens sobre suas esposas e filhas, garantida legal e judicialmente.

Na realidade, “no patriarcado, a exclusão do Estado do âmbito privado não implica emancipação feminina, já que é a primeira esfera de restrição das mulheres. Manter a liberdade em um espaço de confinamento é um paradoxo invencível” (TAVARES; LOIS, 2018, p. 162).

A título de exemplo, no Brasil, somente com a sanção do Estatuto da Mulher Casada de 1962 (Lei nº 4.121), foi reconhecida a capacidade civil plena da mulher, suprimindo diversos dispositivos do Código Civil de 1916 que condicionavam atos da vida civil da mulher à autorização do marido, tais como exercer profissão, litigar em juízo, entre outros.

Já o Código Penal brasileiro é mais uma demonstração de que a mulher só teria proteção do direito na esfera pública se comprovasse ter “qualidade moral” em sua vida privada, persistindo até 2005 o instituto da “mulher honesta” como sujeito passivo de crimes sexuais.

Quanto ao elemento normativo “mulher honesta”, definiu Nelson Hungria:

A vítima deve ser *mulher honesta*, e como tal se entende, não somente aquela cuja conduta, sob o ponto de vista da moral sexual, é irrepreensível, senão também aquela que ainda não rompeu com o *minimum* de decência exigido pelos *bons costumes*. Só deixa de ser *honestas* (sob o prisma jurídico penal) a mulher francamente desregrada, aquela que, inescrupulosamente, *multorum libidini patet*, ainda que não tenha descido à condição de autêntica prostituta. Desonesta é a mulher fácil, que se entrega a uns e outros, por interesse ou mera depravação (*cum cel sine pecúnia accepta*). Não perde a qualidade de honesta nem mesmo a amásia, a concubina, a adúltera, a atriz de cabaré, desde que não se despeça dos banais preconceitos ou elementares reservas de pudor. (*apud* BUENO, 2011, p. 124, grifos originais)

Na prática, esta “definição que variava ao ‘gosto’ dos juízes e doutrinadores – significava a representação máxima de um Direito Penal criador de gênero e discriminações inaceitáveis” (BUENO, 2011, p. 124).

Assim, com esta tardia reforma, fora excluído o termo “honesta” dos crimes de “Posse sexual mediante fraude” do artigo 215²², “Atentado ao pudor mediante fraude” do artigo 216²³ e substituído o termo “mulher” por “pessoa” no crime de “Tráfico de mulheres” do artigo 231²⁴; foram revogadas as criminalizações das condutas de “sedução” do artigo 217²⁵, “raptos” dos artigos 219 a 222²⁶ e “adultério” do artigo 240²⁷ e foram excluídas as extinções de punibilidade dos crimes contra os costumes pelo casamento da vítima contra o agressor ou contra terceiro previstas no artigo 107, incisos VII e VIII²⁸.

Desta forma, o que se denota é que o direito não foi formulado para proteger a mulher ou sua dignidade, mas sim para garantir o “direito político dos homens sobre as mulheres” e o “acesso sistemático dos homens aos corpos das mulheres” (PATEMAN, 1993).

²² Art. 215 - Ter conjunção carnal com mulher honesta, mediante fraude

²³ Art. 216 - Induzir mulher honesta, mediante fraude, a praticar ou permitir que com ela se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal.

²⁴ Art. 231 - Promover ou facilitar a entrada, no território nacional, de mulher que nele venha exercer a prostituição, ou a saída de mulher que vá exercê-la no estrangeiro.

²⁵ Art. 217 - Seduzir mulher virgem, menor de dezoito anos e maior de quatorze, e ter com ela conjunção carnal, aproveitando-se de sua inexperiência ou justificável confiança.

²⁶ Rapto violento ou mediante fraude Art. 219 - Raptar mulher honesta, mediante violência, grave ameaça ou fraude, para fim libidinoso

Rapto consensual Art. 220 - Se a raptada é maior de catorze anos e menor de vinte e um, e o rapto se dá com seu consentimento.

Diminuição de pena Art. 221 - É diminuída de um terço a pena, se o rapto é para fim de casamento, e de metade, se o agente, sem ter praticado com a vítima qualquer ato libidinoso, a restitue à liberdade ou a coloca em lugar seguro, à disposição da família.

Concurso de rapto e outro crime Art. 222 - Se o agente, ao efetuar o rapto, ou em seguida a este, pratica outro crime contra a raptada, aplicam-se cumulativamente a pena correspondente ao rapto e a cominada ao outro crime.

²⁷ Art. 240 - Cometer adultério.

²⁸ Art. 107 – Extingue-se a punibilidade:

VII - pelo casamento do agente com a vítima, nos crimes contra os costumes, definidos nos Capítulos I, II e III do Título VI da Parte Especial deste Código;

VIII - pelo casamento da vítima com terceiro, nos crimes referidos no inciso anterior, se cometidos sem violência real ou grave ameaça e desde que a ofendida não requeira o prosseguimento do inquérito policial ou da ação penal no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da celebração;

Tendo esta condição em mente, passa-se a debater a seguir qual é o papel que o direito exerce na vida das mulheres.

3.2 O TRATAMENTO LEGAL À SEXUALIDADE FEMININA

Diversas teorias feministas buscam analisar qual é a participação do direito em relação a desigualdade entre os sexos, variando entre elas a percepção de que ou o direito pode ser utilizado como ferramenta para pôr fim à dominação patriarcal ou que o direito opera exclusivamente para a manutenção deste sistema.

No presente estudo, adota-se a perspectiva do feminismo radical que entende que “as normas jurídicas, tidas como instituições do patriarcado, exercem um papel essencial manutenção deste sistema e são responsáveis pela perpetuação da dominação das mulheres, uma vez que são moldadas a partir dos interesses masculinos” (NUNES, 2020, p. 107).

As teóricas do feminismo radical compartilham do entendimento de que “a mera afirmação dos direitos das mulheres é insuficiente para que os ordenamentos jurídicos promovam a igualdade” (NUNES, 2020, p. 107).

O pressuposto fundamental desta vertente teórica do feminismo é de que “as mulheres são definidas e situadas como mulheres em razão da desigualdade sexual” (MACKINNON, 1989, p. 215, tradução livre²⁹).

Diferentemente das correntes de teorias feministas existentes anteriormente, que buscavam explicar a condição feminina a partir de teorias políticas já consolidadas, e se baseavam na busca pela igualdade entre os sexos por meio da concretização destas teorias, o feminismo radical pauta-se na investigação das diferenças socialmente construídas na vivência de homens e mulheres que implicam na dominação a partir do sexo, gerando uma teoria política originalmente feminista, daí o adjetivo “radical”³⁰.

De um lado, o feminismo liberal se fundamenta no liberalismo e entende que ao serem reconhecidas como cidadãos instituídos dos direitos civis de liberdade as mulheres alcançarão a igualdade de sexos.

²⁹ *Inequality because of sex defines and situates women as women.*

³⁰ Relativo à raiz, origem ou ao fundamento; fundamental, básico, essencial (RADICAL, 2021)

Lado outro, o feminismo marxista entende que a subordinação sexual possui as mesmas bases da subordinação de classe e que ao extinguir as estruturas do capitalismo também serão extintas as estruturas do patriarcado.

Assim, o feminismo radical inova ao ser a primeira teoria originalmente formulada como uma teoria feminista.

Para MacKinnon, o feminismo radical é o único feminismo, pois não teria se valido de outras teorias políticas originalmente formuladas sem atenção para a situação das mulheres e, metodologicamente, é pós-marxista, pois surge das condições concretas de todas as mulheres enquanto grupo, buscando identificar as semelhanças das situações das mulheres sem admitir que todas sejamos iguais. De acordo com a metodologia pós-marxista que MacKinnon vê como indissociável do feminismo radical, a relação entre Estado e sociedade deve ser analisada sob a óptica de uma teoria da determinação social de acordo com a especificidade dos sexos. (TAVARES; LOIS, 2016, p. 160-161).

Ademais, esta corrente feminista rompeu as barreiras dos “feminismos da igualdade”, inaugurando, assim, a classe dos “feminismos das diferenças”.

Essas diferenças, que passam pela gravidez e pela maternidade e que chegam à baixa proporção de mulheres nos espaços de poder e nas profissões de prestígio social, à remuneração inferior para o exercício das mesmas funções, à jornada de trabalho mais longa em razão da vinculação aos afazeres domésticos e à feminização da pobreza, devem ser levadas em conta sob pena de se obter uma igualdade esvaziada de sentido prático (SANTOS, 2015, 301).

Ao concluírem que as breves conquistas igualitárias (direito ao voto, ao trabalho, à escolaridade etc.) seriam [e são] insuficientes para alterar a condição de inferioridade das mulheres em relação aos homens, as teóricas do feminismo radical entenderam que existe uma estrutura de relações de poder – o patriarcado –, alicerçada sobre a construção de socializações diferenciadas para homens e mulheres, não necessariamente por motivos biológicos, mas por motivos políticos, que cria benefícios à classe dos homens em prejuízo à classe das mulheres.

Na perspectiva radical, a desigualdade consiste em um modo de atuação do patriarcado, que põe em prática a separação hierárquica entre os sexos para atender a propósitos políticos. Assim, “homem” e “mulher” não são categorias naturais, mas sim, políticas, com comportamentos, desejos e características moldados culturalmente. (TAVARES; LOIS, 2016, p. 157-158)

Nesta dinâmica, por meio das instituições do Estado, inclusive o direito, constrói-se uma realidade social que se pretende neutra, objetiva e universal, quando na realidade parte de uma perspectiva masculina e serve para legitimar a

subordinação das mulheres e perpetuar a dominação dos homens, tal como explica MacKinnon:

A princípio, entendo que o estado é masculino, em um sentido feminista. O direito vê e trata as mulheres da forma que os homens veem e tratam as mulheres. O estado liberal, coercitiva e autoritariamente, constitui a ordem social no interesse dos homens como gênero, por meio de suas normas legitimadoras, da relação com a sociedade e de políticas substantivas. Isso, por meio da incorporação e da reafirmação do controle masculino sobre a sexualidade feminina em todos os níveis, ocasionalmente abrandando, moderando ou restringindo excessos juridicamente se necessário para a normalização. Substantivamente, a forma que uma experiência é percebida pelo ponto de vista masculino é a forma como essa experiência será percebida pela política estatal. (1983, p. 644, tradução nossa³¹)

Para demonstrar na prática como o direito e as normas jurídicas são erigidos sobre uma perspectiva masculina, a autora utiliza o exemplo do estupro e da dominação sexual: “estupro é sexo com uma mulher que não é sua, a menos que o ato tenha o objetivo de torná-la sua” (MACKINNON, 1983, p. 644, tradução nossa³²).

Embora a violência sexual não seja objeto da presente pesquisa, por meio deste exemplo demonstrar-se-á como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são afetados pela prevalência da dominação masculina no sistema político e legal sob a égide do patriarcado.

Sob a ótica do feminismo radical, o estupro é um ato relacionado diretamente com a dinâmica dominação-subordinação cuja motivação é não apenas um ato de violência física desviante que se manifesta por meio da sexualidade, como crê o feminismo liberal (TAVARES; LOIS, 2016).

Nesta dinâmica, as normas jurídicas que criminalizam a violência sexual não visam resguardar a integridade física e a dignidade sexual das vítimas, mas apenas

³¹ *As a beginning, I propose that the state is male in the feminist sense. The law sees and treats women the way men see and treat women. The liberal state coercively and authoritatively constitutes the social order in the interest of men as a gender, through its legitimizing norms, relation to society, and substantive policies. It achieves this through embodying and ensuring male control over women's sexuality at every level, occasionally cushioning, qualifying, or de jure prohibiting its excesses when necessary to its normalization. Substantively, the way the male point of view frames an experience is the way it is framed by state policy.*

³² *Rape is sex with a woman who is not yours, unless the act is so as to make her yours.*

coibir a violação do domínio de outros homens, sempre pautando-se na perspectiva masculina de consentimento ou sua ausência (NUNES, 2020).

Esta realidade é facilmente verificada na interpretação jurídica das acusações de estupro, em que primeiro o é julgado o comportamento da vítima para analisar se ela consentiu a prática sexual, ainda que tacitamente, para somente depois analisar o comportamento do agressor, avaliando o grau de violência utilizado.

Ocorre que esta ideia do que caracterizaria o ato do estupro na visão masculina, que foi introjetada pelo Estado, está muito distante da realidade fática de como ocorre a grande maioria dos casos de violência sexual reportados.

De acordo com o senso comum masculino, rege juridicamente a ideia de que estupradores são “homens frios, covardes e truculentos” (MASSON, 2021, p. 15) e de que sua caracterização depende de inquestionável e amplamente comprovada discordância da vítima, que “precisa ser séria e firme, capaz de demonstrar sua efetiva oposição ao ato sexual” (MASSON, 2021, p. 14), ressaltando inclusive que “esta resistência não pode ser confundida com o simples jogo da sedução, indicativo de charme e de provocação, com a relutância que em verdade representa a anuência com o encontro carnal (MASSON, 2021, p. 14).

Como descrevem Tavares e Lois, “a configuração ideal do estupro teria uma jovem, branca, virgem e de classe média (ou alta) que expressamente dissesse a palavra “não” e se digladiasse ferozmente contra um homem adulto, negro e de classe baixa” (2016, p. 165).

Lado outro, na realidade dos fatos, 84,1% dos casos de estupros registrados em 2020 foram cometidos por conhecidos da vítima, sendo que 70,5 desses foram classificados como estupros de vulnerável³³ (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

Ou seja, o agressor na maioria das vezes não se enquadra na fantasia de “monstruosidade” do imaginário popular, ele está presente nos mesmos grupos sociais que as vítimas, e o dissenso da vítima não apenas dificilmente pode ser comprovado, como na maioria das vezes sequer deve ser posto em questão.

³³ Ou seja, contra menor de 14 anos de idade ou contra pessoa que não possa oferecer resistência ao ato, na forma do artigo 217-A, *caput* e parágrafo 1º do Código Penal, incluído pela Lei nº 12.015/2009.

Com base na experiência das vítimas, MacKinnon sustenta que “o sexo forçado, no patriarcado, é o paradigma do poder masculino, já que a agressividade e a dominação compõem o próprio centro da sexualidade masculina” (TAVARES; LOIS, 2016, p. 163).

Para a autora, existe uma tentativa de dissociar sexualidade de gênero com o intuito de reafirmar o sexo (heterossexualidade) e rejeitar a violência (estupro), porém, para as vítimas que sobrevivem a um estupro, estes institutos não são fáceis de distinguir nas condições impostas sob um sistema de dominação masculina, vez que “assim como a heterossexualidade, o crime de estupro é centrado na penetração” (MACKINNON, 1983, p. 647).

Diante desta fundamentação, MacKinnon conclui que:

O elemento definitivo que caracteriza o estupro é centrado numa definição de perda masculina, e não coincidentemente na mesma definição da perda do acesso exclusivo. Neste aspecto, estupro, como definido legalmente, parece ser mais um crime contra a monogamia feminina que contra a sexualidade feminina (MACKINNON, 1983, p. 646, tradução nossa³⁴)

É neste ponto, ao analisar o tratamento do direito à sexualidade feminina, que o exemplo utilizado por MacKinnon passa a ser relevante para a presente pesquisa. Isso porque, assim como em se tratando de direitos sexuais e reprodutivos,

a lei de estupro divide o mundo das mulheres em esferas de consentimento de acordo com quanto poder de decisão se presume legalmente que tenhamos sobre que categorias de homem podem ter acesso sexual a nós. Meninas não podem consentir; esposas devem (MACKINNON, 1983, p. 648, tradução nossa³⁵)

Assim, o direito divide mulheres nas categorias “que não podem fazer sexo (meninas) e as que devem fazê-lo (casadas), colocando as demais (não meninas e não casadas) em áreas paralelas a essas” (TAVARES; LOIS, 2016, p. 164).

As mulheres da primeira categoria são consideradas estupráveis e as da segunda, inestupráveis. Na prática, isso significa que as mulheres do primeiro grupo

³⁴ *The definitive element of rape centers upon a male-defined loss, not coincidentally also upon the way define loss of exclusive access. In this light, rape, as legally defined, appears more a crime against female monogamy than against female sexuality.*

³⁵ *The law of rape divides the world of women into spheres of consent according to how much say we are legally presumed to have over sexual access to us by various categories of men. Little girls may not consent; wives must.*

são protegidas pela lei, por não serem capazes de consentir, enquanto as mulheres do segundo grupo têm seu consentimento presumido. Ou seja, a proteção legal às vítimas de violência sexual é discriminatória e limitadora. (MACKINNON, 1983)

A presunção de consentimento torna-se especialmente problemática diante da constatação de que:

Faz parte da socialização feminina a imposição para que as mulheres pareçam desejáveis aos homens, o que, em vez de significar o poder de determinar se haverá ou não relação sexual (consentimento), consiste em verdadeiro disfarce para a postura passiva, na qual a mulher aguarda a aproximação do homem. (TAVARES; LOIS, 2016, p. 166)

Desta forma, o direito entende plausível a “justificativa” do agressor de que não perceberam o dissenso da vítima, pelo contrário, interpretaram que a mulher estivesse interessada na relação sexual e, assim, “a grande maioria dos registros de ocorrência por estupro não result[a] em condenação penal” (TAVARES; LOIS, 2016, p. 166).

Como se percebe, a experiência feminina quanto ao que constitui a violência sexual é mais uma vez silenciada pelo direito.

Nesta toada, conclui-se que a sexualidade feminina nunca “pertence” à mulher. Assim que a mulher exerce um comportamento sexual, ela não tem mais nada a perder, pois já dispôs de sua “liberdade sexual”. E isto impacta diretamente no seu poder de decisão no tocante às suas escolhas relacionadas à concepção ou contracepção.

3.3 DA JURISPRIDÊNCIA FEMINISTA COMO ALTERNATIVA

O primeiro registro do termo “jurisprudência feminista” data de 1978, utilizado pela Professora Ann Scales, à época ainda estudante, atuando como moderadora em um painel durante conferência comemorativa do vigésimo quinto aniversário de graduação da primeira turma da *Harvard Law School* que admitiu mulheres, e, em 1981, intitulou seu primeiro artigo acadêmico “*Towards a Feminist Jurisprudence*”³⁶. (CAIN, 1989).

³⁶ Em direção a uma jurisprudência feminista, em tradução livre.

Cain (1989) narra que Scales receava que o termo “jurisprudência feminista” fosse mal interpretado como uma luta política por leis que favorecessem mulheres, quando o que ela pretendia era questionar, a partir de uma perspectiva feminista, a integralidade de uma jurisprudência que não consegue se adequar a questões enfrentadas exclusivamente pelas mulheres, como por exemplo, a gestação.

Quando o termo é traduzido para o português as chances de mal-entendidos se ampliam em razão das diferenças inerentes ao sistema de *Common Law*, utilizado nos países de origem das autoras ora trabalhadas, e o sistema de *Civil Law*, aplicado no Brasil.

Na língua inglesa, *jurisprudence* possui três significados: (1) ciência ou filosofia da lei; (2) um conjunto de leis ou o curso das decisões judiciais, em oposição a legislação e doutrina; (3) um departamento da lei (*JURISPRUDENCE*, 2021, tradução nossa³⁷).

Já em português, embora também seja reconhecida como “análise do direito e/ou das leis”, jurisprudência usualmente se refere à “reunião de decisões tomadas num tribunal no âmbito do direito” (*JURISPRUDÊNCIA*, 2021).

Assim, de proêmio, cumpre trazer à baila o conceito de jurisprudência nos moldes utilizados por MacKinnon (1989, p. 237, tradução nossa):

Uma jurisprudência é uma teoria da relação entre vida e lei. Na vida, “mulher” e “homem” são amplamente vivenciados como características existenciais e não como construções perceptivas, culturais, interventivas, ou identidades forçadas. (...) A lei participa ativamente na transformação de perspectiva em realidade. Em regimes liberais, a lei é uma fonte e emblema particularmente potente de legitimidade e se abriga sob o manto da força. A força alicerça a legitimidade enquanto a legitimidade encobre a força. Quando a vida se torna lei neste sistema, a transformação é tanto formal como substantiva. Ela reentra na vida marcada pelo poder.³⁸

³⁷ 1: the science or philosophy of law; 2 a: a system or body of law b: the course of court decisions as distinguished from legislation and doctrine; 3: a department of law.

³⁸ A jurisprudence is a theory of the relation between life and law. In life, “woman” and “man” are widely experienced as features of being, not constructs of perception, cultural interventions, or forced identities. (...) Law actively participates in this transformation of perspective into being. In liberal regimes, law is a particularly potent source and badge of legitimacy, and site and cloak of force. The force underpins the legitimacy as the legitimacy conceals the force. When life becomes law in such a system, the transformation is both formal and substantive. It reenters life marked by power.

MacKinnon (1983) avalia que as normas formais do estado, desde sua concepção, recapitulam o ponto de vista masculino e, em sua aplicação, almeja-se a neutralidade e impessoalidade, contudo, como resultado, acaba por refletir a divisão hierárquica dos sexos, disseminando a experiência masculina como se experiência humana fosse e assegurando, assim, a manutenção das posições de poder já existentes.

Em suma, “o discurso jurídico adquire legitimidade e traz invisibilidade para a dominação sexual, de modo que a subordinação das mulheres seja percebida como algo natural e não socialmente construído com a intenção de assegurar a posição do grupo dominante” (TAVARES; LOIS, 2016, p. 168).

Desta forma, o que existe na realidade dos fatos é uma jurisprudência que se pretende imparcial e objetiva, mas é, de fato, masculina, vez que “é uma conexão entre as leis patriarcais e seres humanos, que são presumidos pelas leis como sendo masculinos” (CAIN, 1989, p. 193).

Conforme acusa MacKinnon:

(...) Quanto mais próximo do mais criterioso distanciamento perspectivado o Estado parece estar, mais firmemente ele impõe o ponto de vista masculino. Quanto mais impiedosamente neutro, mais masculino ele é; quanto mais indiferente ao sexo, mais ele ignora padrão sexual sendo aplicado. Quanto mais em conformidade com os precedentes, os “fatos”, a intenção do legislador, mais o Estado reforça normas sexuais masculinas e mais abrangentemente previne que sejam se questione a existência de um ponto de vista em seus conteúdos. (1989, p. 248, tradução nossa³⁹)

Sendo assim, uma jurisprudência feminista somente poderá existir quando o patriarcado for abolido. No entanto, MacKinnon (1989) elabora o caminho a ser traçado para alcançá-la.

De proêmio, MacKinnon (1989) elege o direito como a via para efetivar a mudança social necessária por entender que enquanto o poder político somente pode emancipar os indivíduos pertencentes a determinado grupo pré-existente em uma

³⁹ (...) *the state appears most relentless in imposing the male point of view when it comes closer to achieving its highest formal criterion of distanced aperspectivity. When it is most ruthlessly neutral, it is most male; when it is most sex blind, it is most blind to the sex of the standard being applied. When it most closely conforms to precedents, to “facts”, to legislative intent, it most closely enforces socially male norms and most thoroughly precludes questioning their content as having a point of view at all.*

ordem **social**, o direito pode alterar as hierarquias de uma ordem social e assim causar a verdadeira emancipação de um grupo.

Por exemplo, em relação à sexualidade feminina, a política por si só não poderia libertar as mulheres da dualidade da dominação/submissão sexual e econômica, mas apenas permitiria a elas ocupar o papel de dominância. Ou seja, não extinguiria a “tirania e exploração reprodutiva”, mantendo, assim, a realidade coletiva de inferioridade hierárquica vivenciada pelas mulheres coletivamente (MACKINNON, 1989).

Desta maneira, para questionar os códigos da sociedade civil, faz-se necessário evidenciar a perspectiva das mulheres quanto a sua inequidade social em relação aos homens com base nas diferenças sexuais e sua subordinação em relação aos homens (MACKINNON, 1989).

Com este objetivo, a primeira tarefa é enfrentar e caracterizar as condições coletivas das mulheres. Para MacKinnon (1989), ao dar voz e descrever quais são as situações enfrentadas pelas mulheres em razão de sexo de forma coletiva, é possível perceber que situações que até então eram amplamente percebidas como particularidades naturais ao sexo feminino tratam-se de condições coletivas.

O método feminista adota a perspectiva da inequidade das mulheres em relação aos homens. Captando a realidade das mulheres a partir de dentro, desenvolvendo suas especificidades, encarando a espinhoso e perverso poder masculino, incansavelmente criticando a condição feminina pois ela é identificada em todas as mulheres, ele cria estratégias para a mudança, começado pela tomada de consciência. (MACKINNON, 1989, p. 242, tradução nossa⁴⁰)

Neste exercício de tomada de consciência, passou-se a desvendar os dispositivos legais que fundamentam a manutenção das mulheres em posição social de inferioridade, de forma a perpetuar o poder social dos homens.

A autora acusa o sistema legal de realocar a dinâmica da definição social de gênero em forma de sexualidade, criando, assim, a falta de equidade da sexualidade: “Como é inequidade sexual é marcada por gênero em homem e mulher, as diferenças

⁴⁰ *Feminist method adopts the point of view of women's inequality to men. Grasping women's reality from the inside, developing its specificities, facing the intractability and pervasiveness of male power, relentlessly criticizing women's condition as it identifies with all women, it has created strategies for change, beginning with consciousness raising.*

de gênero são sexualizadas como dominação e subordinação” (MACKINNON, 1989, p. 241, tradução nossa⁴¹)

Isso significa que, ainda que em alguns Estados a igualdade entre os sexos seja prevista legalmente, a inequidade sexual persiste. De fato, as leis de igualdade sexual existentes são definidas e limitadas pelo ponto de vista masculino – aquele que se diz imparcial e objetivo – para corresponder à realidade social existente de inequidade sexual. Assim, sem que ocorram mudanças sociais, a lei não se efetiva (MACKINNON, 1989).

De acordo com esta interpretação, a falta de equidade entre os sexos não é uma questão de igualdade ou diferenças, mas sim de dominação e subordinação que leva à construção de uma realidade social pautada em abusos sexuais.

Esta realidade de abusos sexuais construiu-se pela combinação de destituição material das mulheres, submetidas a dependência forçada e a trabalhos desrespeitosos e mal pagos, com a vasta prevalência de violências contra as mulheres, tais como estupros, tentativas de estupros, violência doméstica e prostituição, quanto as quais nada é feito (MACKINNON, 1989).

Como se vê, esta realidade não se trata de uma diferença em razão de gênero, mas de uma diferença imposta pela condição de subordinação relegada às mulheres.

A relegação sistemática de uma inteira classe de pessoas a uma condição de inferioridade é atribuída a ela, tratada como uma característica dela e, por ser tratada como “diferença”, é excluída de demandas e leis igualitárias. Essa condição é integralmente ignorada, assim como todas as mulheres que são determinadas por ela, quando somente características compartilhadas com o grupo privilegiado são passíveis de justificar reivindicações igualitárias (MACKINNON, 1989, p. 243, tradução nossa).⁴²

⁴¹ *As sexual inequality is gendered as man and women, gender inequality is sexualized as dominance and subordination.*

⁴² *The systematic relegation of an entire people to a condition of inferiority is attributed to them, made a feature of theirs, and read out of equality demands and equality law, when it is termed a “difference”. This condition is ignored entirely, with all the women who are determined by it, when only features women share with the privileged group are allowed to substantiate equality claims.*

De fato, a realidade dos abusos sexuais foi largamente ignorada pela lei, tanto a nível doutrinário como jurisprudencial, inclusive pelas doutrinas majoritárias de igualdade sexual, porque ela é vista como sexo em si.

Porque a objetificação sexual e a violência sexual são praticadas quase que exclusivamente em relação a mulheres, elas foram tratadas sistematicamente como a diferença sexual, quando elas representam uma situação social de sujeição das mulheres aos homens (MACKINNON, 1989, p. 243, tradução nossa⁴³).

Desta forma, a dominância masculina no direito se expressa na classificação das questões de desigualdade sexual como relevantes ou não (MACKINNON, 1989).

Ao apontar a diferença entre a igualdade entendida substantivamente e não abstratamente, conforme definida pelas próprias mulheres a partir de suas próprias experiências, MacKinnon percebe uma brecha no espalhamento entre lei e sociedade: “A lei não costuma proteger direitos que não existem. Deve ser por isso que as questões de igualdade ocasionaram tantas disputas jurisprudenciais sobre o que é o direito e o que ele pode e deve fazer” (MACKINNON, 1989, p. 244, tradução nossa⁴⁴).

Assim, após concretizado o primeiro passo proposto por MacKinnon para a construção da jurisprudência feminista – a reivindicação da realidade concreta das mulheres -, o segundo passo seria reconhecer que as formas do poder masculino sobre as mulheres são afirmativamente incorporadas como direitos individuais pela lei.

MacKinnon (1989) cita como exemplos destes poderes que são traduzidos como direitos são a tese defensiva de erro de consentimento para excluir a caracterização de um crime de estupro; a liberdade de expressão que explora imagens de mulheres como pornografia; a inviolabilidade do lar que protege agressores de denúncias de violência doméstica; e as regras de custódia infantil que controlam as mulheres por medo de perderem a guarda de seus filhos.

⁴³ *Because sexual objectification and sexual violence are almost uniquely done to women, they have been systematically treated as the sex difference, when they represent the socially situated subjection of women to men.*

⁴⁴ *Law does not usually guarantee rights to things that do not exist. This may be why equality issues have occasioned so many jurisprudential disputes about what law is and what it can and should do.*

Assim, “igualdade sexual real para o direito deveria categorizar ou eliminar estes poderes masculinos, que são verdadeiros ‘direitos’ do homem de usar, acessar, possuir e traficar mulheres e crianças” (MACKINNON, 1989, p. 244, tradução nossa⁴⁵)

Apesar de o principal exemplo do direito dos homens de controlar o corpo das mulheres ser a violência sexual, este controle se estende também à reprodução, tornando-se especialmente interessante à presente pesquisa.

MackKinnon (1989, p. 246, tradução nossa⁴⁶) descreve que:

O contexto social da desigualdade de gênero denega às mulheres o controle sobre os usos reprodutivos de seus corpos e realoca o controle para as mãos dos homens. Em um contexto de tecnologias contraceptivas inadequadas e perigosas, as mulheres são socialmente destituídas do controle ao acesso sexual de seus corpos por meio do aprendizado social, falta de informação, pressão social, costumes, pobreza e dependência econômica forçada, força sexual e pela falta de efetivação das leis contra abusos sexuais. Via de consequência, elas frequentemente não controlam as condições em que engravidam.

A autora afirma que, uma vez que não se pode presumir que a mulher tenha controle sobre as condições em que ocorre uma relação sexual, o mesmo se aplica à gestação (MACKINNON, 1989).

E ainda, neste contexto, dada a ausência de controle feminino sobre as condições em que ocorrem as relações sexuais e sobre o controle de fecundidade, “o acesso ao aborto torna-se necessário para que as mulheres sobrevivam a circunstâncias sociais desiguais” (MACKINNON, 1989, p. 246, tradução nossa⁴⁷);

Por fim, MacKinnon defende que a mudança de perspectiva quanto a igualdade sexual por ela sugerida permite também uma mudança de paradigma na própria previsão legal da igualdade sexual. E, assim, a relação entre a vida e a lei também iria mudar.

⁴⁵ *Real sex equality under law would qualify or eliminate theses powers of men, hence men's current "rights" to use, access, possess, and traffic women and children.*

⁴⁶ *The social context of gender inequality denies women control over the reproductive uses of their bodies and places the control in the hands of men. In a context of inadequate and safe contraceptive technology, women are socially disadvantaged in controlling sexual access to their bodies through social learning, lack of information, social pressure, custom, poverty and enforced economic dependence, sexual force, and ineffective enforcement of laws against sexual assault. As a result, they often do not control the conditions under which they become pregnant.*

⁴⁷ *In this context, access to abortion is necessary for women to survive unequal social circumstances.*

Em conclusão, MacKinnon reflete que para modificar a relação entre vida e lei e criar uma nova jurisprudência feminista:

Será necessário (...) conjecturar uma igualdade possível, sem minimizar a tenacidade da falta de equidade, rejeitar o medo que impregnou a sexualidade feminina e a negativa que circuncidou a política feminina e exigir paridade civil sem fingir que esta demanda é neutra ou que a igualdade sexual já existe (1989, p. 248, tradução nossa)

Assim, em relação aos direitos sexuais e reprodutivos e o acesso ao planejamento familiar, somente com a criação de uma jurisprudência feminista será possível superar a persistente falta de equidade empiricamente constatada na presente pesquisa.

CONCLUSÃO

O tema abordado neste estudo foi a efetivação de direitos sexuais e reprodutivos por meio do acesso ao planejamento familiar, analisando-o por meio da realização de um levantamento empírico de depoimentos de mulheres colhidos em grupos de Facebook destinados a troca de informações quanto a métodos contraceptivos.

A princípio foram levantados dados que indicavam que as mulheres brasileiras não estavam dispondo de autonomia e liberdade quanto ao exercício de sua sexualidade, tais como o número de gravidezes não planejadas e a prevalência quase exclusiva da responsabilidade materna pelo cuidado familiar da prole.

Não obstante os dados alarmantes quanto ao tema, poucos são os estudos que abordam a falta de efetividade do direito ao acesso ao planejamento familiar na seara jurídica, demonstrando-se a relevância da presente pesquisa desenvolvida a fim de investigar quais as possíveis abordagens legais e jurídicas para concretizar este direito fundamental.

Desta maneira, o primeiro capítulo destinou-se a caracterizar os conceitos utilizados na presente pesquisa, narrando o desenvolvimento da proteção jurídica aos direitos ora investigados a nível nacional e internacional.

Tal como exposto, houve uma mudança paradigmática no estudo dos direitos sexuais e reprodutivos na segunda metade do século XX, com a alavancada dos movimentos feministas de segunda onda, quando o foco da análise deixou de ser exclusivamente uma preocupação demográfica, com a imposição de políticas restritiva, e passou a ser a busca pela promoção da autonomia reprodutiva individual, culminando no documento produzido pela CIPD-94 (Conferência Internacional de População e Desenvolvimento), o primeiro documento jurídico a tratar o direito ao acesso ao planejamento familiar como um direito fundamental.

Mais especificamente em relação ao Brasil, neste capítulo também são expostas as legislações nacionais e as políticas públicas de planejamento familiar desenvolvidas no contexto do SUS (Sistema Único de Saúde), que demonstrou o foco quase exclusivo na distribuição de pílulas anticoncepcionais e o escândalo das esterilizações em massa investigado por CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) em

1993 e acabou por propor projeto de lei que viria se tornar a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996).

O capítulo seguinte descreveu o levantamento empírico realizado, explicitando como ocorreu a escolha da população alvo, a coleta de dados e sua anonimização e discutiu os resultados alcançados, subdividindo-os em quatro fenômenos encontrados: a dificuldade de acesso a serviços de saúde e assistência social, inclusive denegatória de profissionais da saúde e da assistência social a informações e prestação de serviços garantidos em lei; a inobservância de critérios pautados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) para a oferta de métodos contraceptivos, em especial a utilização de métodos hormonais a pacientes de riscos; a ausência de responsabilidade recíproca entre homens e mulheres pela contracepção, e; o sentimento de injustiça, desamparo e de que a escolha de métodos contraceptivos eficazes e seguros corresponde a um privilégio e não a um direito.

Por fim, o último capítulo trata o assunto por uma perspectiva de gênero, investigando se a dominação patriarcal em nossa sociedade obstaculiza a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Para tanto, adota-se como fundamento teórico o feminismo radical e a Jurisprudência Feminista de Catharine MacKinnon.

Neste aspecto cuidou-se de demonstrar como as diferenças biológicas entre mulheres e homens passaram a construir os sexos feminino e masculino como categorias políticas e como a separação entre público e privado e a relegação das mulheres ao segundo garantiu juridicamente a dominação dos homens sobre suas esposas e filhas.

Diante da investigação conduzida, os resultados encontrados permitiram concluir que a falta de efetividade dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é inerente à sociedade patriarcal, uma vez que é garantido aos homens, por meio das normas jurídicas inclusive, o controle sobre o corpo e a sexualidade feminina.

Assim, para superar a condição de subordinação das mulheres aos homens que implica na falta de efetividade de seus direitos sexuais e reprodutivos, propõe-se a busca da Jurisprudência Feminista, com a denúncia da realidade coletiva experimentada pelas mulheres e das normas jurídicas que garantem o poder dos homens sobre os corpos femininos, alcançando-se um novo processo legal que permite uma nova relação entre vida e lei.

Só então, com o fim da sociedade patriarcal e da sujeição das mulheres e suas funções reprodutivas ao controle dos homens poderão se efetivar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com a garantia de sua liberdade e autonomia para exercer a sexualidade de forma segura e responsável.

REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv31808.pdf>. Acesso em 20 fev. 2021.

ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 382, jan. 1993. ISSN 1806-9584. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16070> Acesso em: 01 ago. 2020.

BATISTA, Maxwell do Nascimento; VANDERLEI, Ana Fabíola de Medeiros. Planejamento Familiar: Métodos e Contraceptivos. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Edição 07. Ano 02, Vol. 01. pp 18-27, Outubro de 2017. ISSN:2448-0959 Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/metodos-e-contraceptivos> Acesso em: 06 abr. 2020.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo Sexo**: Volume 1. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BONATTI, Angélica Fátima; SANTOS, Gefferson Wandelles Soares dos; RIBEIRO Thomaz Ademar Nascimento, et al. Fatores Associados ao Tipo de Gestação não Planejada na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Fund Care Online**. 2018 jul./set.; 10(3):871-876. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6256> Acesso em: 13 set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.871-876>

BRASIL. **Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932**. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Brasília, DF: Presidência da República, 1932. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm Acesso em 04 abr. 2021.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm Acesso em 30 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 4.121, de 27 de agosto de 1962.** Dispõe sobre a situação jurídica da mulher casada. Brasília, DF: Presidência da República, 1962. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4121.htm Acesso em 04 abr. 2021.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 06 abr. 2020.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm Acesso em: 06 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002.** Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm Acesso em 06 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm Acesso em 09 out. 2020.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Relatório n. 2, de 1993 - CN:** relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1993. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/85082> Acesso em 29 abr. 2021.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010: Famílias e domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/97/cd_2010_familias_domicilios_amostra.pdf Acesso em: 14 abr. 2020

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Aspectos dos Cuidados das Crianças de Menos de 4 Anos de Idade**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100137.pdf> Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html Acesso em 01 ago. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência em Planejamento Familiar: manual técnico**. 4ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf> Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em 13 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/plano-nacional-de-saude-pns/plano-nacional-de-saude-2013-pns-2012-2015> Acesso em 13 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015: Proposta de Revisão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/plano-nacional-de-saude-pns/plano-nacional-de-saude-2013-pns-2012-2015> Acesso em 13 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2016-2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/plano-nacional-de-saude-pns/plano-nacional-de-saude-2013-pns-2016-2019> Acesso em 13 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2020-2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/plano-nacional-de-saude-pns/plano-nacional-de-saude-pns-2020-2023> Acesso em 13 set. 2021.

BRIGADÃO, Jacqueline; RODRIGUES, Marlene Teixeira. A mulher como sujeito: direitos sexuais, reprodutivos e políticas na área de saúde. In: ABREU, Maria Aparecida. **Redistribuição, reconhecimento e representação**: diálogos sobre igualdade de gênero. Brasília: Ipea, 2011. p. 58-82. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_redistreconhecimento.pdf Acesso em: 15 abr. 2020.

BUENO, Mariana Guimarães Rocha da Cunha. **Feminismo e direito penal**. Dissertação (Mestrado em Direito Penal) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-14052012-161411/publico/Mariana_Guimaraes_Rocha_da_Cunha_Bueno_ME.pdf Acesso em 30 set. 2021.

CAETANO, André Junqueira; ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia (org.). **Dez anos do Cairo**: tendências da fecundidade e de direitos reprodutivos no Brasil. Campinas, SP: ABEP, 2004. Disponível em: https://www.unfpa.org.br/Arquivos/livro_dezanos.pdf Acesso em 15 mai. 2020.

CAIN, Patricia A. Feminist Jurisprudence: Grounding the theories. **Berkeley Journal of Gender, Law & Justice**, v. 4, n. 2, 1989, p. 191-214, 1989. Disponível em: <https://lawcat.berkeley.edu/record/1113361> Acesso em 31 mar. 2021. DOI: 10.15779/Z38FG5W.

COELHO, Ednéia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes de; SILVA, Ana Tereza de Medeiros. O planejamento familiar no Brasil contexto das políticas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 1, p. 37-44, mar. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a05.pdf> Acesso em 29 mar. 2021.

CORRÊA, Sônia; ALVES, José Estácio Diniz; JANUZZI, Paulo de Martino. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (org.) **Indicadores Municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. (pp. 14-26). Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/view/142/140> Acesso em 29 mar. 2021.

CORRÊA, Sônia e ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.), **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

DELATORRE, Marina Zanella; DIAS, Ana Cristina Garcia. Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitários. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 60-73, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000100006&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20 set. 2019.

DUANE, Marguerite *et al.* The Performance of Fertility Awareness-based Method Apps Marketed to Avoid Pregnancy. **J Am Board FamMed** Jul 2016, 29 (4) 508-511; Disponível em: <https://www.jabfm.org/content/29/4/508> Acesso em: 15 mai. 2019. DOI: <https://www.jabfm.org/content/29/4/508>

EPSTEIN, Lee; KING, Gary. **Pesquisa empírica em direito**: as regras de inferência. Coleção acadêmica livre. Vários tradutores. São Paulo: Direito GV, 2013. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/11444/Pesquisa_empirica_em_direito.pdf;pesquisa Acesso em 09 out. 2020.

FIRESTONE, Shulamith. **A dialética do sexo**: um manifesto da revolução feminista. Tradução de Vera Regina Rebello Terra. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1976.

FRANK-HERRMAN, P. *et al.* The effectiveness of a fertility awareness-based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behavior during the fertile time: a prospective longitudinal study. **Human Reproduction** [online]. vol. 22, n. 5, May 2007, p. 1310–1319. Disponível em: <https://academic.oup.com/humrep/article/22/5/1310/2914315> Acesso em: 14 mai. 2019.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**: 2020. São Paulo: FBSP, 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-14/> Acesso em 31 out. 2021.

JURISPRUDENCE. In: **Merriam-Webster.com Dictionary**. Springfield, MA: Merriam-Webster, 2001. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/jurisprudence>. Acesso em: 11 nov. 2021.

JURISPRUDÊNCIA. In: *In: DÍCIO, Dicionário Online de Português*. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/jurisprudencia/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

MACKINNON, Catharine A. Feminism, Marxism, Method, and the State: Toward Feminist Jurisprudence. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, Vol. 8, No. 4. The University of Chicago, 1983, pp. 635-658.

MACKINNON, Catharine A. **Toward a Feminist Theory of the State**. Cambridge: Mass.: Harvard University Press, 1989.

MARTINS, Richarlles. Do Cairo a Nairóbi: 25 anos da agenda de população e desenvolvimento no Brasil. **Revista Brasileira de estudos de população**, São Paulo, v. 36, e0094, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982019000100552&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 mai. 2021. DOI: <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0094>.

MASSON, Cleber. **Direito Penal**: Parte especial (arts. 213 a 359-H). Vol. 3. 11ª ed. São Paulo: Método, 2021.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 60-83, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/v5n8a04.pdf> Acesso em 03 fev. 2020.

MERRICK, T.W, GRAHAM, D. **População e desenvolvimento econômico no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MEZZAROBBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. **Manual de Metodologia da Pesquisa no Direito**. 5ª edição. São Paulo: Saraiva, 2009

MENDONÇA, Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de. Análise da produção científica sobre o uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1040-1045, Dec. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600026&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 20 set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600026>

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, vol. 40 n. 40, p. 139-153, Ago. 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439/3910> Acesso em 12 jul. 2021.

MOGLIA, Michelle L. *et al.* Evaluation of smartphone menstrual cycle tracking applications using an adapted applications scoring system. **Obstetrics&Gynecology**. June 2016, vol. 127, n. 6, pp. 1153-1160. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2016/06000/Evaluation_of_Smartphone_Menstrual_Cycle_Tracking.24.aspx#pdf-link Acesso em: 16 mai. 2019.

NARAYAN, Uma. O projeto da epistemologia feminista: perspectivas de uma feminista não ocidental. In: JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R. (orgs) **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997, p.276-290

NEGRÃO, Telia. Uma ação sinérgica por direitos reprodutivos: uma história sem fim. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.164-176, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2012.v21supl1/164-176/pt/> Acesso em 26 fev. 2020.

NUNES, Iris Rabelo. Das contribuições dos feminismos às teorias do direito. In: DI PIETRO, Josilene Hernandes Ortolan, BREGA FILHO, Vladimir; BERTONCINI, Carla (org.). **Hermenêutica Constitucional & História e Teorias Críticas do Direito (Anais do X Simpósio Internacional de Análise Crítica do Direito)**, (p. 103-115), 1ª ed. Jacarezinho/PR: UENP, 2020. Disponível em: <https://siacrid.com.br/repositorio/2020/hermeneutica-constitucional-historia-e-teorias-criticas-do-direito.pdf> Acesso em 29 mar. 2021.

NUNES, Iris Rabelo. Da proteção de dados coletados em pesquisas empíricas na área jurídica. In: PIVETO, Lucas Colombero Vaiano; FURLANETO NETO, Mário (coord.) **Direito, tecnologia e inovação**, 1ª ed. (p. 53-64). Curitiba: CRV, 2021.

NUNES, Iris Rabelo. ESTEVÃO, Roberto da Freiria. Do acesso ao planejamento familiar: políticas públicas de direitos reprodutivos. In: DIAS, Renato Duro; TAVARES, Silvana Beline; ORNELAS, Sofia Alves Valles Ornelas. **Gênero, Sexualidades e Direito II (Anais do I Encontro Virtual do CONPEDI)**. (p. 193-208) Florianópolis: CONPEDI, 2020. Disponível em: <http://conpedi.danilolr.info/publicacoes/olpbq8u9/1iq1sv37/SVk3fyBSFrp0483X.pdf> Acesso em 29 mar. 2021.

NUNES, Iris Rabelo. ESTEVÃO, Roberto da Freiria. Violência Obstétrica: comentários sobre o posicionamento do Ministério da Saúde a respeito o termo. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**. Belém, v. 5, n. 2, p. 1-15, Jul/Dez 2019. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/5783> Acesso em 29 mar. 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.26668/2525-9849/Index_Law_Journals/2019.v5i2.5783

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future**. Oslo, 1987. Disponível

em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5987our-common-future.pdf> Acesso em: 22 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração do Milênio das Nações Unidas**. Nova Iorque, 2000. Disponível em: https://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/ODM/undp-br-declaracao_do_milenio.pdf Acesso em 22 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf> Acesso em 22 fev. 2020

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Programme of Action**: adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994. 20th Anniversary Edition. New York: United Nations Population Fund, 2004. Disponível em: <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action> Acesso em 14 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Planejamento Familiar**: um manual global para profissionais e serviços de saúde. OMS: Genebra, 2007. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/6/9780978856304_por.pdf Acesso em: 06 abr. 2020.

PANIZ, Vera Maria Vieira; FASSA, Anaclaudia Gastal; SILVA, Marcelo Cozzensa da. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(6):1747-1760, nov-dez, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2005.v21n6/1747-1760/pt> Acesso em: 06 abr. 2020.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, história e poder. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p.15-23, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v18n36/03.pdf> Acesso em 09 mar. 2020.

Population Conferences. United Nations (UN). Disponível em:
<https://www.un.org/en/conferences/population> Acesso em: 06 abr. 2020.

RABENHORST, E. R. Feminismo e Direito. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Direito**. Vol.1, n.1, jan/jun/2010. Disponível em:
<https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/issue/view/823> Acesso em: 31 mai. 2020.

RADICAL. In: **DICIO, Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2021.
 Disponível em: <https://www.dicio.com.br/radical/>. Acesso em: 22 out. 2021.

SANTOS, M. F. Teorias Feministas do Direito: Contribuições a uma Visão Crítica do Direito. *Revista Brasileira de Filosofia do Direito*. Florianópolis, v. 1, n. 1, 2015.
 Disponível em:
<https://www.indexlaw.org/index.php/filosofiadireito/article/view/954/949> Acesso em 31 mai. 2020.

SARDENBERG, Cecilia Maria Bacellar. “Da crítica feminista à ciência a uma ciência feminista?”. In: COSTA, Ana Alice Alcântara; SARDENBERG, Cecilia Maria Bacellar. **Feminismo, ciência e tecnologia**. Salvador: REDOR/NEIM-FFCH/UFBA, 2002. p. 89-120. Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6875/1/Vers%C3%A3o%20Final%20Da%20Cr%C3%ADtica%20Feminista.pdf> Acesso em 07 ago. 2021.

SOUSA, Thaís Barbosa Corrêa de. **A Agenda 2030 da ONU e a busca pela igualdade de gênero**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Relações Internacionais) – UnB. Brasília, 2018. Disponível em:
https://bdm.unb.br/bitstream/10483/21497/1/2018_ThaisBarbosaCorreaDeSousa_tcc.pdf Acesso em: 22 fev. 2020.

TAVARES, L.M.L.; LOIS, C.C. Anotações sobre a teoria feminista do direito de Catharine MacKinnon. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**. Curitiba, v.2., n.2., p.151-170, Jul/Dez. 2016. Disponível em:
<https://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/1367> Acesso em: 31 mai. 2020.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **Programme of Action of the International Conference on Population Development**: 20th anniversary edition.

2014. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf Acesso em 06 abr.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **UNFPA Strategic Plan 2018-2021**. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/18-044_UNFPA-SP2018-EN_2018-03-12-1244_0.pdf

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf> Acesso em: 14 abr. 2020.

WESCHLER, Toni. **Taking charge of your fertility**: The definitive guide to natural birth control, pregnancy achievement, and reproductive health. [e-book]. 20th anniversary edition, Seattle, WA: Harper Collins, 2015.

ANEXO A – RELATOS COLHIDOS NA ÍNTEGRA

RELATO Nº 1

[1 ano sem ac] [relato positivo, mas sofrido] [senta que lá vem textão]

Primeiro, me desculpem pelo tamanho do texto. dividi ele em tópicos, caso queiram saber de algum que as interesse mais. Acho importante compartilhar experiências, pois as de vocês me ajudaram muito a refletir esse ano.

Spoiler pra quem tá com preguiça de ler: a adaptação foi muito difícil, mas hoje ta tudo 10 (ou quase).

Esse post poderia ter sido feito em novembro, que foi quando eu parei de tomar ac pela primeira vez (na época, o [omissis]). Vou explicar.

POR QUE EU DECIDI PARAR E COMO FOI O PROCESSO?

Eu já o tomava há um ano e meio quando parei (desde que me tornei sexualmente ativa, quando comecei a me auto medicar com [omissis] pois não conseguia marcar um consulta pelo SUS, ela era sempre remarcada). Acontece que desde agosto de 2016 eu já estava bem descontente com contraceptivo hormonal, isso porque eu estava sofrendo muito com enxaquecas e ânsia de vômito todo o santo dia. Nesse período até eu parar de vez, eu mudei de casa e passei por 2 postos de saúde e 3 ginecologistas diferentes. O primeiro me disse que meu estômago não estava mal por conta do ac e me dispensou sem mais discussões. O segundo, me receitou [omissis] e disse que pelo menos minha enxaqueca melhoraria por ser uma pílula de baixa dosagem (não melhorou). Na terceira, eu já havia lido mais sobre efeitos colaterais dos anticoncepcionais e encontrado esse grupo (já estava abominando ac e morrendo de medo de ter algo sério, tipo um AVC ou trombose), então já cheguei dizendo que gostaria de colocar DIU de cobre. Como não tenho filhos, levei um balde de água fria da ginecologista, que me recomendou injeção (pra melhorar meu estômago). Aí eu parei o ac por conta própria e parti pro preservativo.

CHOQUE DOS PRIMEIROS MESES

Sobre apoio do meu namorado: não tive muito. Ele claramente não concordava com a decisão, mas não me disse isso diretamente, apenas que o corpo era meu, quem sentia os efeitos era eu, então deveria fazer o que achasse melhor. Foi o que fiz. Baixei o [omissis] para acompanhar meu ciclo. Não tive efeitos colaterais no primeiro mês. No segundo mês, a camisinha estourou no dia da minha ovulação. Tomei uma pílula do dia seguinte, mas continuei completamente desesperada, paranoica, bem

louca mesmo. Perto da menstruação, eu tive a pior TPM da minha vida (quando eu digo TPM, no meu caso, são sintomas físicos, não emocionais: muitas dores nos seios, incômodo forte no útero e sensações estranhas) e sangramento de escape, que me fez acreditar mais ainda que eu estava grávida, então passei 3 noites sem dormir. Sim, eu imaginei que seria efeito da parada do ac + o fato de eu ter tomado PDS, porém no início sua cabeça só pensa o pior. Quando comecei a menstruar, comprei uma cartela nova de [omissis], não queria mais passar por isso. Mas acontece que no fundo eu sabia que eu já passava por coisas assim quando meu ac falhava, eu já havi tomado 3 PDS em um ano e meio de uso do AC, eu tinha que cuidar do meu psicológico, não voltar a tomar hormônios. Pensei muito nisso enquanto tomava aquela cartela. Em fevereiro, parei com ele novamente, até porque todos os efeitos do ac voltaram pro meu corpinho naquele mês. Passei a usar camisinha + método sintotermal, sem transar dos dias férteis, li bastante sobre a camisinha e descobri que ela havia rompido por falta de lubrificação, aprendi uns macetes e como chegar ao uso perfeito. É claro que esse vai-e-volta foi uma bomba pro meu corpo e os efeitos começaram. O principal deles, e que me afeta até hoje, foram as espinhas. Minha cara empipocou de-mais. Eu sabia que elas voltariam, pois eu já as tinha antes do ac, mas foi muito mais do que eu imaginei. Eu via vídeos na internet de como tentar controlar (pq não tinha como pagar um dermatologista), cheguei a gastar 180 reais em uma farmácia com produtos que não me adiantaram de nada. Parti para os naturais, que foram ótimos em alguns aspectos, mas nada eficazes contra as espinhas. Eu também engordei muito nessa época, mas não sei se foi pela parada do AC, afinal minha alimentação havia mudado muito também. Além disso eu parei de alisar o cabelo e não estava sabendo como lidar com ele. Resultado: minha autoestima foi pro chão. Às vezes eu me olhava no espelho e sentia vontade de chorar. Sem falar dos efeitos da TPM que continuavam fortes. E eu continuava paranoica, mesmo que tudo tivesse dado certo durante o mês.

A ADAPTAÇÃO

Minha prima, esteticista, me recomendou 3 produtos para as espinhas (quem quiser, posso recomendar). Para mim, eles custam uma facada que eu peno até hoje pra pagar quando acaba, mas é a única coisa que resolve meu problema. Se eu deixo de usar, por não ter como comprar no momento, elas logo voltam. Não sei se elas vão embora definitivamente tão cedo, mas minha autoestima melhora muito quando elas não estão aqui, então continuo nessa sina. Tento melhorar minha alimentação pra ver

se elas vão embora de vez, mas não está sendo fácil, continuo tentando rs. Sobre a TPM, ela melhorou muito esse ano, mas continuo sentindo seus sintomas. Acontece que eu aprendi a tornar ela minha aliada, e isso ajudou muito a melhorar meu estado psicológico. Quando começo a senti-la, a encaro como aliada, ou seja, um sinal de que a menstruação vai vir, não sintoma de gravidez. Não foi fácil encará-la dessa forma, mas minha vida ficou muito mais leve quando consegui. O uso perfeito da camisinha é outro fator que me ajuda (posso dar dicas sobre também). Hoje não me preocupo mais, fico positiva de que vai dar tudo certo. Não uso mais o sintotermal, que mantive por 4 meses, pois ele exige uma disciplina que não consegui manter, mas ele é ótimo, me ajudou a conhecer muito mais o meu corpo e como ele funciona, o que também me ensinou a ficar mais tranquila com relação à eficácia da minha contracepção. Hoje uso camisinha + CI nos dias férteis.

PONTOS POSITIVOS

Minhas dores e enjoos passaram, inclusive alguns incômodos nos membros que eu chegava a sentir. Até hoje não tenho certeza se tudo o que eu passei valeu a pena pra que elas fossem embora, mas sei que eu não voltaria pro AC jamais. Meu namorado passou a participar da contracepção e o peso não fica todo pra mim, ele finalmente encara o método contraceptivo como uma preocupação nossa, não só minha. Eu conheço meu corpo melhor e os sinais que ele me dá. Me sinto mais saudável. Não sei se minha libido aumentou, talvez ela nunca tenha sido realmente baixa, mas o sexo ficou muito melhor. Acho que é porque eu me conheço melhor e compartilho o que aprendo sobre mim com ele. E no final desse ano percebi que depois de tudo, eu me amo mais, amo meu corpo e como ele funciona. Além disso, estou protegida contra DSTs, uma preocupação que eu deveria ter a qualquer momento, mesmo com um companheiro fixo, e isso é uma lição que levo. Ainda penso no DIU, acho que eu deveria ter ligado na Ouvidoria do SUS e lutado por ele, mas se um dia eu conseguir, vou conciliar com a camisinha. Em suma, sinceramente, me sinto muito mais feliz.

REFLEXÃO

Fico pensando em tudo o que a gente tem que passar sozinha pra conseguir TRANSAR. É sério, chega a ser desumano. Porque por mais que eu conversasse com minha mãe e meu namorado sobre o que eu tava passando e eles fingissem que entendiam, eu continuava sozinha, eles não estavam no meu corpo para poder entender (talvez minha mãe entendesse um pouco mais, porque ela também largou o

ac por conta de problemas estomacais quando jovem). Em vários momentos em que meu emocional estava abalado eu pensei em parar de fazer sexo (olha o nível), porque simplesmente não valia a pena. Meu namorado jamais vai passar por isso em toda a vida dele. Por que tem que ser assim? Não sei, mas enquanto a sociedade não muda, vamos tentar fazer com que isso não seja tão forte dentro de nossos relacionamentos, vamos trocar informações.

É isso gente, quem leu até aqui, muito obrigada ♡ uahauhah e boa sorte pra todas nós.

RELATO Nº 2

[Relato sobre 2 anos e meio de DIU DE COBRE]

Esse é o relato sobre a melhor escolha que fiz pelo meu corpo! ♡

Comecei tomar o AC [*omissis*] em 2011. Em 2016, acompanhei uma colega que sofreu as consequências do AC e decidi buscar ajuda médica para parar. Eu não sabia NADA sobre o assunto, não conhecia o meu corpo e o meu primeiro e mais importante passo foi acompanhar os relatos nesse grupo!

Em Janeiro de 2017, os exames de rotina constataram "ovários de padrão micropolicístico", por este motivo 02 Médicas Ginecologistas me negaram o DIU e quiseram mudar o AC para tratar os micro ovários. Recusei e procurei uma terceira opinião.

A terceira (e santa) médica aceitou a minha escolha, me explicou todos os métodos contraceptivos, constatou que tinha poucos micro ovários e pediu pra eu retornar quando estivesse pronta pro DIU.

Coloquei o DIU DE COBRE no meio do ano de 2017, desde então acompanho o posicionamento somente pela Ultrassom Transvaginal e resultado é perfeito: meu útero nunca esteve tão limpo! 🥰 Nada de ovários micropolicístico, nada de bactéria (tinha sempre com AC) e DIU normoposicionado.

RELATO Nº 3

[Laqueadura] [Sem filhos] [Alerta de TEXTÃO]

Vim hoje deixar meu relato! Acabei de voltar do retorno pós cirúrgico, fiz a minha salpingectomia bilateral no dia 17/12/20.

Bom, eu vou começar dizendo que passei por MUITOS médicos, ouvi absurdos, fui humilhada por alguns, outros foram grosseiros, me chamaram inclusive de louca. Pessoas próximas disseram: "Você nunca vai conseguir". Bom, me muni de todas as informações possíveis e nunca desisti! Descobri que um médico na Capital do Estado ([*omissis*]) fazia a Laqueadura em mulheres sem filhos, fui me consultar, já tinha levado tantos 'nãos' que só seria mais um, mas foi exatamente o contrário, ele só me informou de todas as minhas opções reversíveis, pediu se eu tinha certeza e me deu a papelada. Por motivos de pandemia, tive que esperar mais de um ano pra fazer, mas consegui. Viajei mais de 4mil km entre idas e vindas e sei que isso é um privilégio, principalmente por não ter alguém que dependa de mim, mas vim com isso incentivar vocês pra que NUNCA desistam se tem CERTEZA que é isso que querem! Eu batalhei muito, chorei muito, fui muito desacreditada mas era uma meta e, eu sabia que ia conseguir. Abri mão de muita coisa pra pagar um convênio médico, pra ir e voltar várias vezes (no meu caso foi necessário, mas nem sempre precisa tantas vezes) e arcar com os custos de estar longe de casa, mas estou muito feliz e realizada. Nunca deixaria de usar preservativo pq além da proteção contra IST, acho que meu esposo tem a obrigação de fazer a parte dele na contracepção e é mais uma garantia de que não vou engravidar.

Fiz a cirurgia por videolaparoscopia, pela [*omissis*], com o Dr [*omissis*] (eu amo ele, de verdade) em [*omissis*]. Boa sorte a todas e não desistam 💕

Edit: usei o Mirena por mais de 3 anos e foi um pesadelo pra mim, só usei pq não confio só no preservativo e a laqueadura era a meta e eu sabia que ia conseguir. Tirei na cirurgia.

RELATO Nº 4

[Relato pessoal] [SUS]

Oii manas decidi contar aqui meu relato como finalmente consegui o método.

No meu posto de saúde aqui em [*omissis*] não temos ginecologista e isso dificulta muito o acesso já de inicio para a tão sonhada medição já que temos uma quantidade bem limitada destes profissionais haptos a realizar o procedimento de forma eficaz, ainda pior em um centro de saúde que não tem nem mesmo este tipo de profissional, ou seja sempre que preciso mesmo para consulta de rotina era necessário fazer um consulta particular.

No meu caso assim que comecei a trabalhar me propus a fazer a consulta com um dos profissionais que fazem medição indicado na planilha aqui do grupo, Dr [omissis], que foi um amô e me atendeu maravilhosamente bem. Fiz a medição e o próprio me disse que eu poderia pegar o diafragma no meu posto de saúde, Como não esta sendo mais comercializado, não esta fácil a compra do produto e tem numerações como a minha (60mm) que esta em falta e e o retorno que falam quando liguei na [omissis] é que não tem previsão para voltar a ser fabricado. Pois bem fui ao posto de saúde na semana passada e logo que mostrei a receita a farmacêutica muito ríspida me disse

Isso não tem aqui, essa receita é de fora vai ter que comprar.

Me devolveu a receita e chamou o próximo da fila. Como eu percebi que ela estava com má vontade e nem sabia como funcionava nada e arrisco dizer que nem sabia o que era diafragma, eu fiquei indignada e liguei no mesmo momento para a secretaria de saúde onde fui muito bem amparada e atendida, a moça que me atendeu ligou imediatamente para a recepção do posto pedindo para falar com a farmacêutica que disse não saber nada a respeito do método e nem o protocolo adotado neste caso para esse tipo de demanda.

Resultado: No final da ligação ela pegou minha receita e disse que foi orientada pela moça da secretaria de saúde a fazer o pedido nominal na farmácia central e me retornaria com um posicionamento no dia seguinte.

Ontem me ligaram avisando que havia chegado.

Obs: meu numero da medição foi 60mm, mas como a escassez deste produto esta alta, até mesmo a entrega e repasse para o SUS esta prejudicada e o menor numero que tinham na farmácia central era o 65mm. Vou no meu retorno com o Dr [omissis] e ver se vai funcionar com essa leve diferença de tamanho.

Mas isso tudo só corrobora ao fato de que temos que sempre esta lutando loucamente para utilizar simplesmente um método livre de hormônios menos invasivo e que da autonomia a mulher.

RELATO Nº 5

[primeiro relato] [ginecologista] [ac] [parar com ac]

Oi gurias! Entrei fazem alguns dias no grupo e esperei consultar com minha Dra. para fazer meu relato. Estou sendo muito incentivada por vocês () a largar o ac e colocar o diu.

Relato: Moro em [omissis] e fui consultar com uma médica que conheço tem uns 2 anos. Em nossa penúltima consulta ela foi bem ríspida e hoje novamente, perguntei muitas coisas que estava com dúvida:

- queria parar o ac pois estou sentindo que ele irrita meus olhos (uso lente as vezes), meu apetite aumentou (talvez devido ansiedade, não pelo ac), meu humor tb está uma gangorra. Ela disse que isso talvez não seja do ac (apesar de na bula constar alguns desses efeitos) e não me sugeriu outro.
- perguntei sobre diu e ela simplesmente disse que não coloca ali, tem que ser através do SUS
- falei sobre sentir coceira após o sexo e associei ao preservativo, ela disse para eu testar outros

Além disso um tempo depois de eu iniciar minha vida sexual fui consultar com ela que me perguntou com quantos parceiros eu já havia transado, falei que tinham sido 4 (sim, comecei e não parei mais hehehe sexo é muito bom né?) e ela disse que antigamente isso era visto como "promiscuidade". No momento eu achei engraçado mas depois parei para pensar e achei bem chato o que ela falou (entendi mal ou ela realmente brincou?).

Enfim gurias, me senti um pouco desamparada 😞 desculpem pelo texto longo, só queria relatar e me sentir acolhida, afinal, acho que médicos principalmente dessa area deviam nos respeitar e ter um pouco de "compaixão".

RELATO Nº 6

[Consulta][SUS][decepção][relato]

Boa noite meninas...finalmente chegou o dia da minha consulta com o ginecologista...decepçionante...mas nada de novo sob o sol pelo que já li.

A consulta foi marcada no início de outubro depois de duas horas e meia na fila da UBS e depois de 3 meses tentando sem sucesso o agendamento (só tem vagas para grávidas).

Hoje finalmente no dia da minha consulta, marcada pras 13h30, o médico chegou com 45min de atraso e eu só fui atendida as 16h40...

Na consulta:

Ele perguntou o motivo da consulta...disse que fui fazer o preventivo...E que gostaria de parar de tomar a pílula e começar a usar o diafragma. Para minha surpresa ouvi um "OK"...Eu perguntei quais seriam os passos seguintes...Se ele faria a medição...ele disse que não faz a medição...que não sabe me indicar como fazer pelo sus...que é um "método antigo"...disse para marcar planejamento familiar e tentar lá...mas que acha que não daria certo.

Me entregou um pedido de ultra Transvaginal (sem me explicar o porquê e sem nenhuma queixa minha) e fui para a maça fazer o preventivo...

Após isso ele pediu pra entregar o preventivo na enfermagem e me dispensou.

"TUDO" isso não levou 5min no consultório.

Na recepção atenderam o planejamento pra fevereiro...duas sextas seguidas as 15h e já avisaram (a assistente social não tolera de jeito nenhum faltas). Quem faz o planejamento na minha ubs é somente ela...ela está de férias então não foi possível perguntar do diafragma diretamente pra ela...nem o médico...nem as enfermeiras souberam me informar como conseguir.

Infelizmente não tenho esperanças com o sus...mas mais infelizmente ainda o valor do coletivo feminista ainda é muito alto pra minha realidade.

Agora é esperar esse planejamento que não vai dar em nada...E ir juntando aos pouquinhos pra conseguir pagar um particular.

Se interessar a alguém...passei no Dr. [omissis] na UBS [omissis]

[Indicação][SUS][[omissis]]

UBS [omissis]

Médico: [omissis]

*tem kit medidor

*2 ginecologistas: [omissis] (não faz medição) [omissis] (faz medição)

*não tem diafragma disponível

Conseguiii!!

Manas...vim compartilhar minha felicidade com vcs.

Depois de uma negativa do meu ginecologista do sus, marquei uma consulta com o outro gineco da minha UBS...(não, não foi a consulta perfeita...mas consegui)

Disse que queria trocar de método contraceptivo...ele disse que não posso por o diu pq nunca tive filhos (nem discuti pq não tenho interesse no diu)...e disse que minha

opção era só a camisinha já que não quero nenhum método hormonal. Eu concordei com a camisinha mas disse que tinha interesse no diafragma, ele alegou ser um método complicado.. e aí que eu perguntei:

- O Dr. Não sabe realizar a medição ?

Ele prontamente disse um "claro que sim"...então eu disse que queria que ele fizesse pois esse era o motivo da consulta. Ele tentou argumentar dizendo que só a camisinha era suficiente...que era difícil de usar...alegou até que ia dar trabalho pra esterilizar o kit novamente. Mas depois que ele disse que media eu fiquei surda e minha única resposta pra tudo que ele dizia é que eu queria a medição e ponto!

Então ele mediu. Mostrou primeiro como coloca...como deve ficar encaixado...mediu...logo de primeira o 60 ficou bom... mas pedi pra testar o 65...e sai de lá feliz da vida enquanto ele dizia que eu iria desistir de usar e eu rebatia dizendo que vou voltar pra contar que deu certo.

Na farmácia não havia diafragma...alegaram que não vem pro SUS.. eu disse que vem sim...a moça disse que deve ir só pra UBS do estado (???)

Mas só de conseguir a medição já me ajudou bastante...comprar ele fica um pouco mais fácil pra mim...mas ainda vou procurar em alguns postos.

Espero ter ajudado e encorajado vocês...não desistam...sejam firmes em suas decisões... e mais uma vez obrigada pelos esclarecimentos e apoio que recebi de vcs...

[relato] [experiência]

Pq optei pelo diafragma: Efeitos colaterais dos métodos hormonais (TPM, enxaqueca, inchaço, falta de libido, irritabilidade e um nódulo crescendo no seio), não queria algo tão "invasivo" quanto o DIU e não gosto de camisinha (me julguem haha)

Onde medi: UBS

Onde comprei/qual modelo/quanto paguei: [omissis]

Adaptação: já estava há 1 mês sem AC, fazendo uso da camisinha, quando comprei. No primeiro mês associamos a camisinha depois mantivemos só o diafragma. A adaptação foi super tranquila, só tive dificuldade para tirar no início, mas logo me acostumei.

Uso: 1 ano e 5 meses sem associação com nenhum outro método (se não pode engravidar de maneira alguma não faça isso). Faço percepção de fertilidade apenas por autoconhecimento, não uso como auxílio contraceptivo. Durante todo o período

usei corretamente colocando antes da penetração, conferindo se estava cobrindo e retirando apenas depois de 8h da última relação.

Falhas: até o momento ZERO sustos com ele, só "falhei" (eu não quis colocar uma vez e outra esqueci em casa) 2x e nessas vezes fizemos coito interrompido, uma delas atrasou a menstruação 5 dias (lembrando que EU falhei e não coloquei)

Prós:

- em 18 meses já economizei 450\$ que seriam gastos com AC
- o nódulo do seio está regredindo cada vez mais
- libido subiu nas alturas
- enxaquecas e o inchaço deram adeus
- não incomoda nem eu nem meu parceiro

Contras:

- já esqueci em casa uma vez

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa desenvolvida pela Mestranda Iris Rabelo Nunes no Programa de Mestrado em Teoria do Direito e do Estado do Centro Universitário "Eurípedes de Marília" - UNIVEM/SP.

Em razão de um relato postado no grupo de Facebook "---", estou sendo convidada para participar voluntariamente da pesquisa "Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma pesquisa quanto ao acesso ao planejamento familiar". Para tanto, declaro ter sido esclarecida sobre os seguintes pontos:

1. Este trabalho tem como objetivo de verificar quais são as perspectivas das mulheres brasileiras quanto aos serviços de planejamento familiar que lhes foram prestados por médicas/os e outras/os profissionais da saúde, da assistência social e da educação e se estes foram efetivos em garantir seu direito humano e fundamental ao exercício autônomo e seguro de seu comportamento sexual e suas funções reprodutivas. Cabe esclarecer que essa pesquisa não tem finalidade de realizar diagnóstico individual, mas apenas um levantamento coletivo.
 2. A minha participação nesse trabalho será importante para auxiliar os profissionais da área jurídica a entender quais são as dificuldades enfrentadas na efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras e assim sugerir teorias que justifiquem a falta de acesso a estes direitos, bem como analisar meios alternativos para efetivá-los.
 3. Estes objetivos e resultados esperados do projeto me foram apresentados pela pesquisadora responsável no momento do convite realizado via mensagem *inbox* em meu perfil pessoal do Facebook®.
 4. O meu nome e dados serão mantidos em sigilo, assegurando, assim, a minha privacidade e anonimidade. Se eu quiser conhecer os resultados da pesquisa realizada, poderei solicitar à pesquisadora pelo e-mail: irisrabelonunes@gmail.com, identificando-me com o nome utilizado em minha página pessoal do Facebook e identificando o assunto do e-mail como "Pesquisa Planejamento Familiar". Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos adicionais, poderá ser sanada por meio do mesmo contato acima citado.
 4. Os resultados desta pesquisa e meu relato pessoal na íntegra serão apresentados na dissertação de mestrado acima identificada, que poderá ser divulgada e publicada tanto em meio impresso como digital, sempre preservada a minha identidade e privacidade, o que desde já autorizo.
-

O preenchimento deste termo de consentimento está sendo realizado em meio virtual e por esse motivo, sua participação estará condicionada ao aceite do convite assinalando abaixo a opção “Diante dos esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntária, da pesquisa “Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma pesquisa quanto ao acesso ao planejamento familiar”.

DESTACA-SE A IMPORTÂNCIA DE GUARDAR EM SEUS ARQUIVOS UMA CÓPIA DO DOCUMENTO ACIMA (DE REGISTRO DE CONSENTIMENTO) ou caso seja de seu interesse, você poderá solicitar à pesquisador uma via deste documento devidamente assinado por meio do e-mail irisrabelonunes@gmail.com.