



Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de **DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS**

**DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA**



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS (OS) EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS.

Comissão de Elaboração

Conselheira Federal Responsável – XIX Plenário

Neuza Maria de Fátima Guareschi

Organização e Redação Final

Paula Rita Bacellar Gonzaga

Especialistas

Amanda De Almeida Schiavon

Arthur Fernandes Sampaio

Beatriz Adura Martins

Céu Cavalcanti

Cláudia Natividade

Cristiane Yukiko Kondo

Daniel Coelho Silva Brandão

Daniela Pedroso

Fabiana Villas Boas

Heloisa De Oliveira Salgado

Maria Juracy Filgueiras Toneli

Letícia Gonçalves

Paula Rita Bacellar Gonzaga

Rosângela Aparecida Talib

Sandra Elena Sposito

Sofia Favero

Lidiane De Melo Drapala –

Técnica do CREPOP CRP 19/SE

Cássia Maria Rosato (*colaboradora*)

1ª Edição
Brasília, abril de 2025.

© 2025 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Disponível também em: www.cfp.org.br

Projeto Gráfico: Agência Movimento

Capa e Diagramação: Diego Soares

Revisão e normalização: Jb Cardoso (Editora Gm Editorial)

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2,
Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília/DF
(61) 2109-0107 /Correio eletrônico: ascom@cfp.org.br/ www.cfp.org.br
Impresso no Brasil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C755 Conselho Federal de Psicologia(Brasil)
Referências técnicas para atuação de psicólogos (os)
em políticas públicas de direitos sexuais e direitos
reprodutivos [livro eletrônico] / Conselho Federal de
Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de
Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. –
1. ed. – São Paulo : GM Editorial ; Brasília : CFP, 2025.

Formato: PDF
ISBN: 978-65-83610-02-7

1. Psicologia - Manuais, guias etc. 2. Direitos
sexuais. 3. Direitos reprodutivos. 4. Psicologia social.
5. Políticas públicas. I. Conselhos Regionais de
Psicologia. II. Centro de Referência Técnica em Psicologia
e Políticas Públicas (CREPOP). III. Título.

CDD-301.1

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicologia social 301.1

Coordenação / CFP

Emanuelle Santos Silva – Coordenadora-Geral Estratégica

Rafael Taniguchi – Coordenador-Geral Executivo

Gerência de Comunicação (GCom)

Marília Mundim da Costa – Gerente

Raphael de Oliveira Gomes – Supervisor

Coordenação Nacional do CREPOP/CFP

Clarissa Paranhos Guedes – Conselheira CFP

Neuza Maria de Fátima Guareschi – Conselheira CFP

Mateus de Castro Castelluccio – Supervisor

Queli Cristina do Couto Araújo – Analista técnica – Psicóloga

Hugo Felipe da Silva Lima – Assessor

Jediael Lucas Rodrigues Araújo- Estagiário

Laís de Andrade Santos- Estagiária

Integrantes das Unidades Locais do CREPOP nos CRPs

Conselheiras(os): Isadora Cristine Dourado Araújo (CRP01); Marcos Paulo Cavalcanti dos Santos e Lucimary Bezerra Florentino Alves Serapião (CRP02); Glória Maria Machado Pimentel e Marcelo Tourinho de Garcia Soares (CRP03); Paula de Paula e Ana Maria Prates da Silva e Silva (CRP04); Luisa Bertrami D'Angelo e Isabel Scrivano Martins Santa Bárbara (CRP05); Mônica Cintrão França Ribeiro e Janaína Darli Duarte Simão (CRP06); Jéssica Prudente, Luis Henrique da Silva Souza (CRP07); Kathia Regina Galdino de Godoy (CRP08); Ana Flávia Vieira de Mattos (CRP09); Ana Tereza Frade de Araujo e Jureuda Duarte Guerra (CRP10); Andrea Ferreira Lima Esmeraldo e Francisco Theofilo de Oliveira Gravinis (CRP 11); Cleidi Mara dos Santos e Paula Helena Lopes (CRP12); Carla de Sant'Ana Brandão Costa (CRP13); Camilla Fernandes Marques e Bárbara Marques Rodrigues (CRP14); Everton Fabrício Calado (CRP15); Ana Claudia Gama Barreto e Marina Francisqueto Bernabé (CRP16); Flavia Alves da Silva (CRP17); Amaílson Sandro de Barros (CRP18); Mário Silvio de Souza Fraga (CRP19); Helione Lima Pontes (CRP 20); Rafa Moon Carvalho Pires da Silva (CRP21); Péricles de Souza Macedo (CRP22); Karla Milhomem Cardoso (CRP23); Edna Mônica da Silva Wobeto (CRP24).

Técnicas(os): Sara da Silva Meneses (CRP01); Luísa Marianna Vieira da Cruz (CRP02); Natani Evlin Lima Dias, Amanda Rocha Oliveira, Chaiane dos Santos, Gabriella Maria Sampaio Porto e Indyara Indi Andrade de Souza (CRP03); Liziane Karla de Paula (CRP 04) e Luciana M. S. Franco (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa (CRP05); Caio Vinícius Infante de Melo (CRP06); Jordan Severo de Mello (CRP07); Altieres Edemar Frei (CRP08); Regina Magna Fonseca (CRP09); Letícia Maria Soares Palheta (CRP10); Djanira Luiza Martins de Sousa (CRP11); Pâmela Lunardelli Trindade (CRP12); Katiuska Araújo Duarte (CRP13); Rebeca de Lima Pompilio e Thalia Ternovoe Nepomuceno (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Dilcineia Souza Bragança (CRP16); Zilanda Pereira Lima (CRP17); Jackeline Jardim Mendonça (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); Frank Lindoso da Silva

(CRP20); Lindionne Ribeiro de Sousa (CRP21); Francisco Valberto dos Santos Neto (CRP22); Rhanielle Rodrigues Silva (CRP23); Cleyanne Alves (CRP 24).

Estagiários(os): Maria Moniely Martins Ferreira (CRP02); Andrei Oliveira do Amaral, João Pedro Nascimento Sousa e Vitória das Mercês Pinho (CRP03); Cássia Gabriela Fagundes (CRP04); Gabriela Santos de Paiva (CRP04); Amanda da Conceição Silva dos Santos (CRP05); Lucas Alexandrino de Oliveira e Julia Santos Rocha (CRP06); Mikaella Vicente (CRP06); Cecília da Silva Freitas (CRP07); Helena Vicente (CRP08); Jessica Sofia Batista de Aquino (CRP10); Isadora Silva Rodrigues (CRP12); Ana Clara Rotilli Vieira e Anna Clara Santos Lucati (CRP14); Wanna Franciene Oliveira de Albuquerque (CRP15); Andreza Ribeiro de Sousa (CRP17); Mariana Espindola Borgato (CRP18); Maria Clara Aquino Silva (CRP22); Valéria de Oliveira Santos (CRP23); Denner Victor Araújo da Silva Amorim (CRP24).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
XIX Plenário
Gestão 2022-2025

Conselheiras(os) Efetivas(os)

Pedro Paulo Gastalho de Bicalho	Presidente
Alessandra Santos de Almeida	Vice-Presidente (a partir de 23/4/2024)
Izabel Augusta Hazin Pires	Secretária
Célia Mazza de Souza	Tesoureira
Ivani Francisco de Oliveira	Vice- Presidente de 16/12/2022 a 19/04/2024
Carla Isadora Barbosa Canto	Secretária Região Norte
Juliana de Barros Guimarães	Secretária Região Nordeste
Carolina Saraiva	Secretária da Região Centro Oeste
Roberto Chateaubriand Domingues	Secretário Região Sudeste
Neuza Maria de Fátima Guareschi	Secretária Região Sul

Conselheiras(os) Suplentes

Edilaise Santos Vieira- Nilta Tuxá	Suplente
Evandro Morais Peixoto	Suplente
Rodrigo Acioli Moura	Suplente
Fabiane Rodrigues Fonseca	Suplente Região Norte
Clarissa Paranhos Guedes	Suplente Região Nordeste
Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo	Suplente Região Centro Oeste
Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro	Suplente Região Sudeste
Marina de Pol Poniwas	Suplente Região Sul

Convidados

Antônio Virgílio Bittencourt Bastos
Raquel Souza Lobo Guzzo
Rosana Mendes Éleres de Figueiredo
Jefferson de Souza Bernardes

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAI	Associação Brasileira Intersexo
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALAP	Associação Latino Americana de População
Antra	Articulação Nacional de Travestis e Transexuais
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Associação Norte-Americana de Psiquiatria
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CLADEM	Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CPMI	Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
Covid-19	Coronavírus Disease 19
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializado de Assistência Social
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRP	Conselho Regional de Psicologia

CSW	Comissão sobre a Situação da Mulher
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DIU	Dispositivo intra-uterino
DML	Departamento Médico Legal
DPP	Depressão pós-parto
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FBPF	Federação Brasileira pelo Progresso Feminino
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FWCW	Fourth World Conference on Women
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICPD	International Conference on population and Development
IHRA	Intersex Human Rights Australia
IML	Instituto Médico Legal
ISNA	Intersex Society of North America
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo e Assexuais e outros
LGBTQIAPNB+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Queers, Intersexo, Pansexuais, Não Binários e demais formas de identificação não-cis e não-hetero
MHB	Movimento Homossexual Brasileiro
MP	Ministério Público
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais

ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SEPIR	Secretaria de Políticas de Promoção e Igualdade Racial
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade
TEPT-PP	Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VIJ	Vara de Infância e Juventude

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	12
--------------------------	-----------

INTRODUÇÃO	14
-------------------------	-----------

O CREPOP e o Processo de Elaboração da Referência Técnica:	14
--	----

Consulta Pública	17
------------------------	----

Notas sobre fluxos de atendimento e rede de atendimento	18
---	----

Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	20
--	----

Sobre a Comissão:	23
-------------------------	----

EIXO 1 - DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA PSICOLOGIA E A ÁREA DOS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS - HISTÓRICO, DEFINIÇÕES, MARCOS LEGAIS.	29
--	-----------

EIXO 2 - DESIGUALDADES NO ÂMBITO DOS DIREITOS SEXUAIS E DOS DIREITOS REPRODUTIVOS	51
--	-----------

2.1 - Saúde da População Negra	54
--------------------------------------	----

2.2 - Capacitismo e sexualidade na velhice	57
--	----

2.3 - A atuação da Psicologia junto a populações não cis e não hétero.....	70
--	----

2.4 - Contribuições para a práxis da Psicóloga(o)	97
---	----

**EIXO 3 – A IDEALIZAÇÃO DA MATERNIDADE NA PSICOLOGIA:
REORIENTANDO ALGUNS PRESSUPOSTOS PARA ATUAÇÃO ÉTICA
EM DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS..... 104**

3.1 - Aleitamento	106
3.2 - Gravidezes e adolescência: repactuando nosso olhar	109
3.3 - Quem pode ser mãe? A romantização da maternidade e a retirada de bebês	116
3.4 - Quem pode ser mãe? Esterilização	127
3.5 - Perda gestacional perinatal e óbito neonatal: acolher o luto	135
3.6 - Entrega voluntária para adoção	142
3.7 - Contribuições para a práxis da Psicologia	150

**EIXO 4 – VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS NO ÂMBITO DOS
DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS.....153**

4.1 - Violência Obstétrica	155
4.2 - Violência Sexual.....	176
4.3 - Acolhimento pós-abortamento inseguro.....	208
4.4 - Contribuições para a práxis da(o) Psicóloga(o)	217

**ANEXO 01
Crimes descritos no Código Penal 223**

Crimes contra a liberdade sexual	223
--	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 229

CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP277

APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresenta à categoria e à sociedade em geral, a **REFERÊNCIA TÉCNICA PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS**, produzido no âmbito do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP).

As referências construídas pelo CREPOP têm como base os princípios éticos e políticos do trabalho das psicólogas e dos psicólogos, possibilitando a elaboração de parâmetros compartilhados e legitimados pela participação crítica e reflexiva da categoria em serviços, ações e programas de atendimento, assistência e prevenção, fornecendo referências consolidadas para a atuação da Psicologia na área.

Nesta Referência são desenvolvidas considerações sobre os direitos sexuais e reprodutivos, discussões sobre a dimensão ético-política do tema, as desigualdades enfrentadas pelas diversas populações, atuação ética das (os) profissionais e múltiplos cenários no contexto da defesa às violações de direitos humanos no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, considerando que todas as atividades profissionais devem estar alinhadas ao Código de Ética que a(o) profissional deve

“promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Código de Ética do Psicólogo, Princípio Fundamental II).

A publicação tem como intuito estimular que psicólogas e psicólogos conheçam o tema sobre diversos aspectos considerando os desafios da criação de políticas públicas neste campo que possam suprir às demandas da população refletindo, inclusive, em possíveis mudanças culturais que produzam uma nova visão sobre o tema baseada nos princípios da cidadania, com liberdade, igualdade e garantia de direitos.

Deve-se lembrar a interseccionalidade deste tema, quando se menciona a temática de gravidez, de qual classe social, qual a cor da pele, deficiência qual sexualidade e gênero, são as imagens que aparecem no imaginário das pessoas, de quem pode ter filho e quem não pode? Esta referência também visa enfrentar, a partir de argumentos científicos, técnicos e éticos, uma discussão complexa, para a qual o Sistema Conselhos de Psicologia não pretende se furtar: os direitos sexuais e reprodutivos já garantidos nas situações de aborto previstas em lei, para os quais a categoria profissional precisa estar técnica e eticamente orientada pelo CFP.

O XIX Plenário do CFP agradece a todas e a todos os envolvidos na elaboração deste documento, em especial aos membros da comissão *ad-hoc* responsáveis pela redação. Desejamos que esta publicação seja um instrumento de orientação e qualificação da prática profissional, de reafirmação do compromisso ético-político da Psicologia, que possa auxiliar profissionais e estudantes pensando essa área em uma perspectiva ampliada, crítica, sensível e não estigmatizada.

XIX Plenário Conselho Federal de Psicologia

INTRODUÇÃO

O CREPOP e o Processo de Elaboração da Referência Técnica:

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) é uma ação estratégica do Sistema Conselhos de Psicologia, em funcionamento desde 2006. Seu trabalho é voltado para a orientação profissional, por meio da sistematização e difusão de conhecimento sobre a prática da Psicologia nas políticas públicas, contribuindo para a qualificação da atuação das(os) profissionais da área. O CREPOP busca evidenciar a contribuição da Psicologia na elaboração e implementação de políticas públicas, promovendo a interlocução em espaços de formulação, gestão e execução dessas políticas. Esses objetivos demonstram o esforço do Sistema Conselhos de Psicologia em ampliar a atuação de psicólogas¹² e psicólogos na esfera pública, destacando a importância dessa presença na garantia dos direitos humanos.

Em 2022, o CFP publicou a Resolução n.º 14/2022, institucionalizando o CREPOP como uma ferramenta permanente de gestão no Sistema Conselhos de Psicologia. Essa iniciativa pretende garantir o funcionamento e a expansão de um recurso fundamental que faci-

-
- 1 A Psicologia é uma profissão composta por 79,2% de mulheres (CFP, 2022). Para garantir a visibilidade das mulheres não utilizamos como regra gramatical o “masculino universal”, além de toda vez que o texto referir à categoria, as psicólogas aparecerão em primeiro plano.
 - 2 Em casos de citação de textos e documentos que não utilizem a regra apresentada na Nota 1, optou-se pela manutenção do texto original.

lita o acesso da população à Psicologia, com base na participação coletiva, no diálogo e na construção colaborativa. A metodologia de trabalho do CREPOP está alicerçada na Lei n.º 5.766, que cria o CFP e os Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs). O artigo 9, alínea “b”, especifica como funções do CFP: “orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de Psicólogo” (CFP, 1971), conferindo ao CFP e aos CRPs a prerrogativa de dialogar continuamente com as profissionais de Psicologia sobre suas atuações. Assim, os esforços do CREPOP objetivam integrar a experiência prática das psicólogas e psicólogos que atuam em políticas públicas à revisão da literatura científica sobre questões que muitas vezes não estão suficientemente abordadas.

Nos últimos quatro anos, o CREPOP tem passado por um intenso processo de revisão das Referências Técnicas e pela publicação de novas edições. O número de publicações aumentou de 13 em 2013 para 21 volumes disponíveis, que orientam o exercício ético da profissão. O CREPOP também é responsável pela realização do Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas, um espaço dedicado ao encontro e ao compartilhamento de experiências e conhecimentos.

Um dos principais instrumentos de orientação do CREPOP são as Referências Técnicas, documentos que possuem conteúdo técnico, ético e político. Sua elaboração reflete o processo democrático que fundamenta o CREPOP, que escuta a categoria sobre as práticas desenvolvidas nas políticas públicas. Além disso, a sociedade em geral tem a oportunidade de manifestar sua opinião por meio de consultas públicas sobre o documento preliminar antes do lançamento da versão final. Essa abordagem implica uma construção coletiva das lógicas da assistência, pautada na elaboração horizontal do currículo, das práticas e do significado da ciência.

A elaboração de uma Referência Técnica envolve várias etapas. A primeira consiste na coleta de dados quantitativos (por meio de questionários online, com ampla participação da categoria) e

qualitativos (entrevistas em grupo e/ou individuais). Este processo conta com o apoio das equipes do CREPOP nos CRPs, compostas por técnicas e técnicos, conselheiras e conselheiros, que realizam investigações sobre a prática profissional, além de desenvolver uma extensa agenda local de atividades que inclui seminários, contato com instituições formadoras, pesquisas locais e diálogos com gestoras e gestores de políticas públicas e com a própria categoria.

É importante ressaltar que cada referência técnica lançada conta com a contribuição de muitas pessoas que participaram do processo: são centenas de psicólogas e psicólogos que atuam na ponta e compartilham suas experiências com técnicas(os), conselheiras(os) e estagiárias(os) do CREPOP nos CRPs; às vezes, mil ou até duas mil profissionais respondem às coletas online; há também as equipes de sistematização de dados, especialistas convidadas e conselheiras e conselheiros do CFP, além de centenas que contribuem durante as consultas públicas. As referências técnicas são elaboradas pela categoria e para a categoria. Além disso, profissionais de outras áreas, representantes da sociedade civil e da comunidade científica também podem contribuir com a construção do documento.

Os dados coletados são sistematizados e servem como subsídio para a comissão de especialistas responsável pela redação do documento, que integra as contribuições de diferentes perspectivas, entidades e setores. Após essa etapa, o documento é finalmente lançado. O CREPOP considera temas distintos de especial interesse, frequentemente associados a quadros de desigualdade, relações de poder e atenção à saúde pública. O que torna uma questão importante para nós é a maneira como profissionais de Psicologia lidam com as interpelações éticas nos seus locais de trabalho. Assim, a presente Referência Técnica se propõe a discutir a dimensão ético-política da Psicologia e a área de direitos sexuais e reprodutivos, a atuação da Psicologia junto ao tema apresentado, os desafios profissionais e a

gestão do trabalho, bem como incentivar a categoria para a discussão e melhor aprofundamento acerca da questão.

O tema direitos sexuais e direitos reprodutivos chega até o CREPOP em 2015, com a indicação de elaboração de referência técnica com a realização de ciclo de pesquisa. O processo foi atravessado por diversas dificuldades. No mesmo ano foi realizado um levantamento exploratório (totalmente *on-line*), que contou com 540 respostas de todo o Brasil, cujo objetivo foi construir um banco de dados de profissionais e serviços para futura realização de entrevistas. Questões técnicas levaram a uma pausa nas atividades, que foram retomadas em 2017. Em 2018 o CREPOP inicia uma pesquisa nacional, com realização de entrevistas com profissionais que atuam em todas as regiões do Brasil e conduzidas pelas(os) técnicas(os) do CREPOP nos CRPs.

Em 2019 o CFP constitui uma comissão de psicólogas(os) especializadas(os) na temática, com reconhecida atuação e pesquisas na área, que se debruçou sobre os relatórios dos CRPs, produzindo um levantamento a respeito dos principais temas trazidos pelas entrevistas. Nos anos seguintes, em função da pandemia de *coronavirus disease 2019 (covid-19)*, a elaboração também foi impactada. Em meados de 2022 os trabalhos são plenamente retomados, até que em março de 2024 uma versão para consulta pública é finalizada e apresentada à categoria para contribuições.

Consulta Pública

A consulta pública é uma etapa muito importante no processo de elaboração da referência técnica, considerando que o texto preliminar recebe críticas e sugestões que contribuem significativamente para que sua versão final seja publicada com a devida qualidade técnica e ética.

A versão preliminar desta publicação foi submetida à consulta pública, à categoria e à sociedade. Durante os dias 15/4/2024 à 24/05/2024 o material ficou disponível no site do CREPOP, tendo recebido 52 respostas. O relatório das contribuições totalizou 148 apontamentos, para os quais a comissão de elaboração, juntamente com a equipe do CREPOP, realizou um detido processo de leitura e verificação das contribuições que pudessem ser contempladas. As contribuições foram aglutinadas em temas para facilitar a leitura e avaliação da pertinência.

O principal critério utilizado pela comissão para contemplar as contribuições foi a área de domínio de cada especialista. As contribuições que, eventualmente, não foram contempladas estavam além do campo de atuação ou de domínio teórico da comissão. Não significam que tais contribuições não tenham relevância, muito pelo contrário, determinadas temáticas necessitam de debates aprofundados em espaços adequados. Reconhecemos as limitações e a necessidade de priorização dos temas que foram abordados na pesquisa inicial e que orientaram a escolha e convite às especialistas para compor a comissão.

Notas sobre fluxos de atendimento e rede de atendimento

As Referências Técnicas do CREPOP são frequentemente esperadas como respostas definitivas para questões como: “Qual é o fluxo de atendimento?”, “O que fazer?”, “Como fazer?” e “Para onde encaminhar?”. No entanto, essas referências têm um caráter orientativo e reflexivo, com a finalidade de promover a gestão do conhecimento sobre as práticas profissionais da Psicologia no contexto das políticas públicas. Elas são fundamentadas em bases legais e nos parâmetros éticos da profissão, e não pretendem oferecer soluções prontas, mas

sim convidar a(o) psicóloga(o) a assumir o protagonismo no seu processo de trabalho, refletir sobre sua prática e, com base nessa reflexão, elaborar suas intervenções profissionais.

Além disso, é importante destacar que a dimensão continental do Brasil e a diversidade sociocultural de sua população geram regionalidades que se refletem diretamente na implementação das políticas públicas. Construir uma proposta de fluxo de atendimento, portanto, não é uma tarefa simples. Exige um trabalho centrado na realidade local e na dinâmica de cada território. Nesse sentido, a construção de fluxos de atendimento deve considerar alguns aspectos relevantes:

- 1. Centralidade no território:** O fluxo precisa ser construído de forma contextualizada, seja em um serviço específico, seja em uma região da cidade ou ao nível municipal, levando em conta as particularidades de cada área.
- 2. Consideração das regionalidades:** As especificidades culturais, sociais e econômicas de cada território devem ser respeitadas e incorporadas na definição do fluxo, garantindo que as intervenções atendam às necessidades da população local.
- 3. Diálogo com os profissionais envolvidos:** A construção do fluxo deve ser um processo colaborativo, que envolva os profissionais de diferentes serviços e políticas públicas, garantindo uma abordagem integrada e eficiente.
- 4. Participação da população:** A participação da população nas decisões sobre o fluxo de atendimento é fundamental. O processo de escuta ativa deve ser um elemento-chave para a construção de um fluxo que realmente atenda às necessidades e realidades das pessoas.
- 5. Identificação e mapeamento dos serviços:** É crucial conhecer os serviços já existentes na região e identificar aqueles que

ainda precisam ser criados ou fortalecidos, visando a complementaridade e a cobertura adequada para todos os casos.

- 6. Integração com outras políticas públicas:** O fluxo de atendimento deve envolver de forma coordenada outras políticas públicas, como Saúde, Assistência Social, Educação, Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública, entre outros atores que possam contribuir para a efetividade do atendimento e das intervenções.

A construção de fluxos de atendimento deve ser, acima de tudo, orientada pela legislação vigente. É imprescindível serem respeitadas as normativas legais, como as que tratam do atendimento a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência, além da priorização do atendimento em saúde, entre outras questões legais pertinentes. A observância rigorosa dessas normativas é essencial para garantir a qualidade, a ética e a efetividade das intervenções propostas.

A Referência Técnica para atuação de Psicólogas(os) no Atendimento às Mulheres em Situação de Violência (CFP, 2024) apresenta, no Eixo 3, uma proposta de contribuição para a elaboração de uma Rede de Atendimento e Proteção à Mulher, sendo um importante material para demais políticas públicas.

Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Novos olhares sobre o cuidado, maternidade e parentalidade, afinal, pensamos as políticas para que as pessoas caibam nos seus preceitos, ou repensamos os preceitos para que as pessoas combinem com os serviços ofertados? Essa dinâmica, nem sempre colocada dessa forma, às vezes afasta ou aproxima populações precarizadas do acesso à informação que as façam se sentir mais seguras e capazes de decidir. Na esperança de socializar dúvidas, compartilhar

perguntas que não se encerram e permanecem provocando reflexões ativas, publicamos esta contribuição do CREPOP para trazer mais vocabulário às entidades envolvidas, em suas variadas dimensões, que interpelam o campo dos direitos sexuais e reprodutivos para além do caráter de denúncia, registro do trauma ou da queixa política.

Compreendemos, apesar desses fatores terem destacada importância, que o debate sobre violações deve vir acompanhado de uma busca por condições de vida, construção de um olhar crítico que também traga notícias de alianças possíveis, esperanças coletivas e mundos com menos desinformações. Fazer um diálogo maior sobre direitos sexuais e reprodutivos é falar de disputas tão discrepantes em termos epistêmicos, que adquirem materialidade em processos de subjetivação, construção de imagem e corpo. Atuar em um campo tão marcado por afetos presos, coagulados, traz a operadores de saúde alguns temores, como medos de consequências jurídicas, conflitos religiosos, crenças pessoais, que concorrem com tratados internacionais de direitos humanos e avanços progressistas no horizonte institucional do cuidado.

Entrelaçando direitos reprodutivos e saúde reprodutiva, apontamos linhas de atuação mais orientadas a suportar as ambiguidades e pontos de inflexão do contexto de trabalho, pensando boas práticas como aquelas que não abandonam o caráter ativo das perguntas que guiam a ética na área. Direitos sexuais e reprodutivos para quem? Desde quais lógicas e sentidos? As constantes transformações no campo das garantias legais, sobretudo aquelas direcionadas a consideradas minorias políticas e sexuais, como pessoas negras, pessoas com deficiência, idosas, comunidades originárias, evidenciam a contribuição da Psicologia na elaboração e implementação de políticas públicas, ao abrirem espaço para pensar camadas e contradições no campo, possíveis questões-problema e ventilar linhas de cuidado mais sensíveis aos lugares apontados por quem usa, busca no serviço uma forma de exercício da cidadania. Espera-se, com isso, fazer

coro com uma literatura científica mais interessada nas bandeiras e pautas que reduzem a distância das pessoas com os espaços de saúde, tendo como postulado o intenso conflito que fundamenta essa fronteira, com interesses político-partidários, acusações ideológicas, projetos pedagógicos e modelos de cuidado em disputa.

Esta referência técnica está organizada em quatro Eixos, a saber:

O Eixo 1, “Dimensão Ético-Política da Psicologia e a Área dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Histórico, Definições, Marcos Legais”, aborda o histórico do surgimento da temática dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, tanto no Brasil, quanto no âmbito internacional, a importância de discutir esse tema e criar ações voltadas para a garantia desses direitos para a população e a discussão.

O Eixo 2, “Desigualdades no Âmbito dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos”, traz discussões sobre as dimensões da desigualdade racial e as manifestações do racismo no atendimento da população negra, além de capacitismo e sexualidade na velhice, este eixo trata também das violações com diversas populações: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, *Queer*, Intersexo e Assexuais e outros (LGBTQIA+) ³, cis e não hétero e intersexo, onde ainda se encontra muito pânico moral.

O Eixo 3, “A Idealização da Maternidade na Psicologia: Reorientando Alguns Pressupostos para Atuação Ética em Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos”, aborda discussões sobre a maternidade, gestação e aleitamento, sexualidade na adolescência,

3 A grafia utilizada aqui representa: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, *Queer*, Intersexuais, Assexuais. Em uma atualização produzida pelos movimentos sociais é possível identificar também pansexuais, não binários, sendo escrita então a sigla LGBTQIAPN+. O Conselho Federal de Psicologia, através da Portaria nº 74 de 28 de junho de 2023 estabelece o uso da sigla LGBTQIA+ no âmbito no Conselho Federal de Psicologia; neste documento utilizaremos, portanto, a sigla de acordo com a Portaria mencionada.

esterilização, respeito ao protagonismo da pessoa atendida, perda gestacional e morte súbita do bebê, uma aposta em diretrizes que abrem espaço para processos de enlutamento e a práxis da Psicologia dentro desses temas.

O Eixo 4, “Violações de Direitos Humanos no Âmbito dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos”, aborda questões para a(o) psicóloga(o) ter uma atuação humanizada em situações de violência obstétrica, violência sexual, aborto legal, acolhimento após aborto inseguro e questões éticas.

Sobre a Comissão:

A Comissão responsável pela escrita da Referência Técnica conta com a participação de psicólogas e psicólogos com atuação expressiva em campos e áreas ligadas ao tema de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, resultando em um documento criado por diversas mãos.

A comissão é composta por:

Amanda de Almeida Schiavon

Psicóloga, mestra e doutoranda em Psicologia Social e Institucional, UFRGS. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX).

Arthur Fernandes Sampaio

Psicólogo graduado pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Especialista residente em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade e Mestre em Ciências Sociais e Humanas pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN. Atua como Psicólogo Clínico, com ênfase em Gestalt-terapia, e como Psicólogo da Saúde em Recife/PE. Pesquisador nas áreas de gênero e sexualida-

des, sobretudo, nas temáticas relacionadas às transmasculinidades, trabalho sexual e saúde.

Beatriz Adura Martins

Professora Adjunta do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF - Niterói). Autora do livro “Por Uma Escrita dos Restos: O Encontro entre a Psicologia e Assassinatos de Travestis” (2017) e do “Mapeamento Sócio-Cultural-Afetivo das Lésbicas e Mulheres Bissexuais do Complexo da Maré” (2020). Idealizadora do Acolhimento da Casa Resistências da Maré.

Cássia Maria Rosato (colaboradora)

Possui graduação em Psicologia pela USP (1998), especialização em Saúde Coletiva (2000), Psicologia Jurídica (2004), Direitos Humanos (2009) e é mestra em Psicologia pela UFPE (2011) e Direitos Humanos pela Universidade de Granada/Espanha (2012). Doutora em Psicologia pela UFPE (2018). Atuação como professora universitária e consultora de organismos internacionais. Atualmente é psicóloga do Tribunal de Justiça de São Paulo e professora na UniMAX - Indaiatuba/SP.

Céu Silva Cavalcanti

Atua como Assessora Técnica Parlamentar na Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Conselheira do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro nas gestões 2019-2022 e 2022-2025. Possui Graduação e Mestrado em Psicologia pela UFPE e doutorado pela UFRJ. Integra a Articulação Nacional de Psicólogas/os/ues Trans (ANP Trans). Tem interesse nas intersecções entre os temas de Psicologia, segurança pública, direitos humanos, políticas públicas, feminismos interseccionais e teorias da subjetividade.

Cláudia Natividade

Psicóloga, especialista em Psicologia social e mestre e doutora em Linguística do texto e do Discurso. Professora universitária e consultora em direitos humanos. Atualmente é assessora do Centro Estadual de Apoio às Vítimas - Casa Lilian - do Ministério Público de Minas Gerais.

Cristiane Yukiko Kondo

Psicóloga Clínica graduada na Universidade Federal do Espírito Santo e especialista em Terapia Cognitivo Comportamental; integrante da Rede de Mulheres Parto do Princípio, coautora do Dossiê sobre Violência Obstétrica “Parirás com Dor” que foi entregue à CPMI da Violência contra as Mulheres em 2012; integrou o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher de 2014 a 2020 e integrou o GT Interministerial para elaboração de Diretrizes de Atenção à Saúde de Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida.

Daniel Coelho Silva Brandão

Psicólogo (CRP 02/21693), mestre e doutorando em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Integrante do Núcleo Feminista de Pesquisa em Gênero e Masculinidades (GEMA/UFPE) e da Articulação Nacional de Psicólogos/as/es Trans (ANPTrans). Conselheiro titular do XVII Plenário do CRP 02/PE, vice coordenador da COF e colaborador da Comissão Temática de Gênero e Sexualidade.

Daniela Pedroso

Psicóloga e mestre em saúde materno-infantil. Atua há 27 anos no acompanhamento psicológico de crianças, adolescentes e mulheres adultas em situação de violência sexual e abortamento previsto em lei. Também trabalha na identificação e prevenção de casos, além de ministrar cursos e palestras sobre o tema, bem como supervisão clínica de casos.

Fabiana Villas Boas

Psicanalista, Psicóloga pela PUC-SP, mestra em Psicologia clínica pelo IP-USP. Trabalhou no SUS, foi integrante do Instituto AMMA Psiquê e Negritude e coordenou o Núcleo de Psicanálise e Relações Raciais do Instituto Gerar de Psicanálise. Atualmente é professora convidada de cursos de extensão no Instituto Sedes Sapientiae, da formação em Psicoterapia Psicanalítica da Universidade Presbiteriana Mackenzie, da especialização em Psicanálise e Saúde do Instituto Israelita Albert Einstein e oferece seminários clínicos no Centro de Estudos Psicanalíticos (CEP). Integra o NESME e a Rede de Psicanalistas Atentos às Relações Raciais. Atua em consultório, é supervisora clínica e institucional. Coautora dos livros “Relações Raciais na Escuta Psicanalítica” (ed. Zagodoni) e “Pioneirismo Negro” (Hucitec ed.).

Heloisa de Oliveira Salgado

Graduação em Psicologia (FFCLRP-USP). Especialização em Psicologia da Infância (UNIFESP). Mestre e Doutora (FSP-USP). Pós-doutorado (FMRP-USP). Coautora do livro “Como Lidar Luto Perinatal: Acolhimento em Situações de perda gestacional e neonatal” (2018). Psicóloga clínica.

Letícia Gonçalves

Psicóloga, pela PUC Minas e Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, pela UFRJ. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Lidiane de Melo Drapala

Psicóloga Social (CRP19/1664), Assessora Técnica - Pesquisadora em Psicologia no CREPOP/CRP 19-Sergipe (desde 2010). Compôs o GT Psicologia, Gênero e Diversidade Sexual do CRP 19 (2015-2020).

Representou o CRP19 no Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDM/Sergipe), por três gestões (2016-2022). Representou o CRP19 no Conselho Estadual de Promoção dos Direitos e da Cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CONLGBT/Sergipe) no processo de sua implantação. Primeira psicóloga no Ambulatório de Saúde Integral da Pessoa Trans (UFS/Lagarto) de maneira voluntária (2016-2018).

Maria Juracy Filgueiras Toneli

Psicóloga (UFMG), mestre em Educação (UFSC), doutora em Psicologia (USP), Pós-doutora (UFMG e UMinho/PT), professora titular do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSC (PPGP), pesquisadora 1A do CNPq, cofundadora do Núcleo Margens: Modos de vida, família e relações de gênero (PSI/UFSC).

Paula Rita Bacellar Gonzaga

Professora do departamento e do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Psicologia (UFMG); Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismos (PPGNEIM/UFBA). Co-coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - UFMG; Coordenadora do Gepsila e da Liga Acadêmica de Psicologia Social Latino-americana, Tutora do Pet-Conexões de Saberes; Membro da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia.

Rosângela Aparecida Talib

Psicóloga (PUC-Campinas), mestre em Ciências da Religião (UMESP). Colaborou na organização não governamental - Católicas pelo Direito de Decidir do Brasil (CDD). Experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social, atuando principalmente com os seguintes temas: bioética e religião, direitos sexuais e direitos reprodutivos, políticas públicas em saúde sexual e reprodutiva.

Sandra Elena Sposito

Docente nos cursos de Psicologia da FUNEPE (Fundação Educacional de Penápolis) e no IMES-SM (Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manoel). Estudos e atuação nas áreas de Sexualidade, Gênero, Psicologia Social e Psicologia e Trabalho. Membro do Grupo de Trabalho: Estudos de Gênero da ANPEPP (Associação Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Psicologia).

Sofia Favero

Psicóloga, ativista e doutoranda em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Integrante da Associação e Movimento Sergipano de Transexuais e Travestis. Autora dos livros Pajubá-terapia (2020), Crianças Trans (2020) e Psicologia Suja (2022).

EIXO 1 - DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA PSICOLOGIA E A ÁREA DOS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS - HISTÓRICO, DEFINIÇÕES, MARCOS LEGAIS.

Muito importante iniciarmos remontando a evolução dos movimentos feministas, os movimentos de mulheres, os movimentos transfeministas na luta contínua por garantias de nossos direitos. Acesso a direitos, em tantas vezes poderá ser aliado, quiçá, à representação da cidadania, como uma das formas de se viver a saúde, assim como ganhamos na compreensão de saúde mental quando somos lidas, percebidas, reconhecidas enquanto um ser no mundo, com autonomia, com vontades, intensidades, contradições e tantas outras dobras e curvas.

Importante frisar que nossas partilhas aqui não darão conta de demonstrar tamanha complexidade e dimensão das realidades e contextos sócio-políticos, todavia, faremos um esforço de construir um entendimento que nos convoque a seguir pesquisando, estudando, ampliando as ressonâncias. Assim, considerando a realidade das cruzadas de colonização em todo o mundo - de outrora e de agora-, as revoluções, a implementação de realidades pela industrialização no que se fundou o capitalismo, no qual mulheres, crianças, idosas(os), ou “quem não seria o sujeito universal”, sequer gozaria de condição de humanidade.

Quem podemos dizer ser esse sujeito universal? Aqui, arriscamos ilustrar “o grande patriarca”: homem branco, cisgênero, dito

heterossexual, cristão, defensor público da monogamia, detentor de todos os poderes de decidir os rumos da sociedade, sujeito esse ocupante de lugares estratégicos nos negócios, na política, na filosofia, na definição das classificações de saúde, nas religiões que contribuíram para a institucionalização de normas morais sobre corpos e sexualidades. Chacoalhemos mais a nossa memória e lembremos desse que afirma impessoalidade, neutralidade e isenção, mas, que fala a partir de si como se todos assim o fossem. É difícil imaginar quem são essas pessoas, sinceramente?

Na esteira dessa produção de lugares para o novo mundo e em cujas disputas produziram-se guerras e essas impuseram seus efeitos. “(...) milhares de mulheres viram-se obrigadas a lidar com a devastação e os problemas gerados pelos contextos de guerra” (Zirbel, 2021, p. 12). A convergência das sufragistas na conquista pelo direito ao voto é a maior bandeira do que se considera a primeira onda do feminismo, período de transição entre os séculos XIX e XX. Movimentos em países europeus, em regiões da América como os Estados Unidos foram se tornando robustos e lograram alguns êxitos em suas reivindicações. Embora pouco associados aos nomes de mulheres negras, importante destacar:

Ida B. Wells Barnett, feminista sufragista estadunidense, co-fundadora do The National Association of Colored Women – NACW, 1896, e do Alpha Suffrage Club – 1913). Defendia o sufrágio como uma forma das mulheres negras se envolverem politicamente em suas comunidades e usarem o voto para elegerem pessoas negras para cargos políticos influentes. (Zirbel, 2021, p. 12).

Como foi se tornando um hábito, a visibilização de lutas políticas importantes destacou as sufragistas brancas, de posses, escolarizadas e oriundas de famílias bastante influentes social e

politicamente. Vale, inclusive, afirmar no Brasil a presença da Bertha Lutz⁴ encampando essas pautas a partir da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (FBPF) cujo embrião é a Liga pela Emancipação da Mulher. Também compunham a agenda política nessa primeira onda do feminismo, a possibilidade de a mulher trabalhar para além do âmbito doméstico, direito ao acesso à educação. Assim, como um movimento ancorado no ideário da branquitude ao longo de seu desenvolvimento, a conquista dos direitos não abrangeu todas as mulheres, ficando ainda relegadas à própria sorte mulheres negras, mulheres pobres e mulheres indígenas.

Localizada entre 1960 e 1970, a considerada segunda onda do movimento feminista foi ampliando suas bandeiras. Vivendo e sentindo os efeitos de duas grandes guerras mundiais, mulheres estavam expostas a questões ainda mais graves, além de assumirem espaços antes limitados a figuras masculinas, todavia, sem o reconhecimento de suas especificidades, aliás, nem existiam concepções formais quanto a essas especificidades. Lembremos a menção a obra da Simone de Beauvoir tão polemizada em alguns âmbitos, mas que inaugura algumas reflexões importantes: o Segundo Sexo.

No Brasil, temos um marcador histórico bastante significativo no que convencionamos chamar de “redemocratização do país” coincidindo com a então terceira onda do feminismo. As décadas de 1980 e 1990 são nossas balizas aqui para localizar certa convergência de lutas e conquistas também mundialmente quando estamos dialogando sobre as ondas dos feminismos. O trabalho constituinte contou com intensa participação de agrupamentos e movimentos sociais distintos. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, sindicatos de profissionais, grupos de estudantes (desde secundaristas a universitários), igrejas e associações religiosas e espirituais, comitê pela anistia, grupos de

4 [Dia internacional da Mulher: conheça o fundo Federação Brasileira pelo Progresso Feminino.](#)

lutas pelos direitos humanos, Movimento Homossexual Brasileiro (MHB), bem como se fez atuante o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Assim, relembrando as dezenas de pedidos de emendas populares, também houve o endereçamento de textos e documentos, como no caso da “Carta das Mulheres aos Constituintes (1985)”. Pinçamos seu lema como possibilidade de afirmação ainda nesse nosso tempo: “constituinte pra valer tem que ter palavra de mulher” [sic] (p. 2).

A importância da nossa Carta Magna é imensurável, muito embora não possamos dizer que ela é indiscutível. Avanços houve se entendermos o grau de restrição anterior, todavia, os anseios de progresso real ainda nos são muito vívidos, por isso também se chama de Constituição Cidadã, no sentido de termos logrado acesso à normatização dos Direitos e Garantias Fundamentais no seu artigo quinto afirmando: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e a propriedade (...)” (Art. 5º) e, no inciso I, “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”.

Trouxe-nos ainda mais noção de cidadania a possibilidade das garantias do tripé da seguridade social (assistência social, saúde e previdência social) além da afirmação do direito à educação pública. Esses são “direito de todos e dever do Estado” (Art. 196; Art. 203 & Art. 205). Assim, novos horizontes de mudança e progresso social se vislumbravam. A criação e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 que, alicerçado em seus três princípios fundamentais – universalidade, integralidade e equidade -, associados à participação da comunidade e à descentralização político-administrativa, significou (e significa) um avanço inestimável na perspectiva do acesso aos serviços e à garantia do atendimento de qualidade e igualitário para toda a população.

É o SUS, ainda hoje, o responsável por uma parte expressiva das políticas e principalmente da organização de serviços de saúde que buscam garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, a saber: planejamento familiar, reprodução assistida, atendimento pré-natal e à gestação de alto risco, parto humanizado, acolhimento às vítimas de violência sexual e o acesso ao aborto legal, prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (ISTs/aids⁵), atendimento de pessoas em transição de gênero, transgêneros e etc. É no âmbito do SUS, também, que políticas específicas foram (e são) implementadas e consolidadas como o antigo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) - criado em 1983 e hoje Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Brasil, 2004) -, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2011b, e a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH), de 2008c.

No cenário internacional, desde sua criação logo após o término da 2ª Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) vem firmando Convenções Internacionais com o intuito de estabelecer o compromisso dos países membros com documentos/estatutos de cooperação e mecanismos que garantam a efetividade dos direitos considerados imprescindíveis à vida – os direitos humanos. A década de 1990 foi especialmente potente com relação às grandes conferências organizadas pela ONU. No campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, destacam-se a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994,

5 A aids é o termo correspondente no Brasil para a sigla em inglês *autoimmune deficiency syndrome*. Em outros países de língua portuguesa, a infecção é designada como *sida*, acrografia para *síndrome da imunodeficiência adquirida*. Neste documento, adota-se como referência o termo *aids*, como substantivo comum e, sempre que possível, em letras minúsculas, também no esforço de desconstrução do apelo trágico e negativo que as terminologias variadas carregaram ao longo da epidemia do HIV na história (CFP, 2020, p. 11).

e a Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995. A primeira, em seu Programa de Ação, estabeleceu que os direitos reprodutivos, os direitos individuais e o fortalecimento das mulheres são imprescindíveis para se atinja o desenvolvimento sustentável. Foi a primeira vez que a saúde e os direitos reprodutivos foram destacados como aspectos principais de um acordo sobre a população feminina no âmbito das Nações Unidas, fruto, em grande parte, das pressões dos movimentos feministas. Em seu capítulo IV, por exemplo, trata da igualdade entre os sexos e o empoderamento das mulheres, considerados a partir da ideia de autonomia e status da mulher. É a condição das mulheres a razão de ser da comissão própria das Nações Unidas, Comissão sobre a Situação da Mulher (CSW), que reúne anualmente lideranças mundiais, Organizações Não-Governamentais (ONGs), empresas, parceiras, ativistas, para discutir a situação das meninas, mulheres e seus direitos e fortalecimento⁶.

Em âmbito internacional, foi a CIPD, em seu Programa de Ação assinado pela maioria absoluta dos países ali representados, que definiu um lugar de destaque à saúde e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, para além dos interesses meramente demográficos, entendendo que são parte importante do desenvolvimento humano. No capítulo VII da Plataforma de Cairo, os direitos reprodutivos são definidos entrelaçados com a concepção de saúde reprodutiva:

7.2. A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simples a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a

6 Posicionamo-nos a favor desse debate ser estendido as pessoas com útero e demais expressões das transmasculinidades.

capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio.

7.3. Tendo em vista a definição supra, os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (ONU, 1994, p. 62).

Na Conferência de Cairo, também pela primeira vez neste âmbito, foi afirmado o direito dos jovens de terem apoio no exercício protegido e seguro da sua sexualidade, como se pode depreender no seguinte trecho:

7.45. Reconhecendo os direitos, deveres e responsabilidades de pais e de outras pessoas legalmente responsáveis por adolescentes de prover, de uma maneira compatível com as capacidades em evolução do adolescente, orientação, aconselhamento em assuntos de sexo e reprodução, os países devem assegurar que os programas e atitudes de prestadores de assistência à saúde não restrinjam o acesso de adolescentes a serviços apropriados e à informação de que precisam, inclusive sobre doenças sexualmente transmissíveis e abuso sexual. Assim fazendo e com vistas, inter alia, a conter o abuso sexual, esses serviços devem salvaguardar os direitos do adolescente à privacidade, à confidência, ao respeito e ao consentimento esclarecido, respeitado os valores culturais e crenças religiosas. Nesse contexto, os países devem, quando necessário, remover obstáculos legais, regulamentares e sociais à informação sobre saúde reprodutiva e à assistência à saúde para adolescentes. (ONU, 1994, p 70).

Embora tenha como premissa a lógica binária cisheterossexual - que depende de uma separação dos corpos entre macho e fêmea, distintos, porém complementares, que antagonizam no discurso biomédico a partir das diferenças anatômicas e supostamente funcionais, como se fossem naturais (Machado, 2008) -, o documento de Cairo significou um avanço ao reconhecer a participação e a responsabilidade dos homens no contexto da reprodução e do planejamento familiar, assim como nos demais âmbitos da vida das mulheres, indicando sua importância para a obtenção de relações de gênero mais igualitárias. O trecho a seguir indica orientações importantes:

7.8. Programas inovadores devem ser criados para tornarem acessíveis a homens e jovens in-

formação, orientação e serviços de saúde reprodutiva. Esses programas devem, ao mesmo tempo, educar o homem e capacitá-lo a partilhar, de uma maneira mais eqüitativa, do planejamento familiar, das responsabilidades domésticas e da criação dos filhos, e a aceitar a principal responsabilidade pela prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Os programas devem alcançar o homem em seu local de trabalho, no lar e onde se reúne para recreação. Meninos e adolescentes, com o apoio e a orientação de seus pais, e nos termos da Convenção sobre os Direitos da Criança, devem ser também alcançados na escola, organizações juvenis e onde quer que se reúnam. (ONU, 1994, p. 63).

No ano seguinte à CIPD, em 1995, foi realizada, em Pequim, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, onde foram reafirmados os acordos estabelecidos em Cairo e avançou-se na concepção de que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são direitos humanos. Aqui os direitos sexuais foram definidos de maneira mais autônoma e há várias referências, ao longo do documento, que apontam para a importância de as mulheres terem controle sobre sua sexualidade, de sorte a exercerem sua vida sexual livre de imposições e coerções.

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

portamento sexual e suas conseqüências (ONU, 1995, p. 179).

Para isso, o documento explicita, em vários de seus trechos, a importância da educação sexual desde a infância, de maneira a buscar relações de gênero mais igualitárias e que as meninas tenham acesso a informações sobre o próprio corpo, a sexualidade e a reprodução, prevenindo abusos e práticas nocivas à integridade de seu bem-estar e autonomia. Percebe-se, portanto, como dinâmicas epistêmicas importam à sexualidade (Fricker, 2015), expandindo ou restringindo a capacidade de agir das pessoas no que se refere à complexidade dos fenômenos no entorno do que nos parece sexual, inapreensível, desconhecido.

É preciso considerar, ainda, a importância dessas conferências para os movimentos sociais e suas agendas, uma vez que o próprio processo preparatório para cada uma delas envolveu a participação massiva de grupos tradicionalmente excluídos dos debates e decisões políticas. Teve-se aqui, portanto, a oportunidade de se colocar em ação inegáveis processos de subjetivação política de mulheres, dentre outros grupos que ansiavam por se fazer ouvir nessa arena. A construção de uma identidade militante, questionadora, o modo como uma noção de comunidade vai sendo performada, tudo isso interessa ao campo da educação sexual, que também deve ser entendida como uma pedagogia (Louro, 2001).

Entrelaçada à noção de direitos sexuais e direitos reprodutivos, como já mencionado, encontra-se a noção de saúde sexual e saúde reprodutiva que deve ser concebida, também, de forma mais ampla do que ao ciclo gravídico-puerperal e morbidades associadas ao aparelho reprodutor como o câncer de colo de útero e de mama. Essa era uma das reivindicações dos movimentos feministas brasileiros que, na década de 1980, por exemplo, conseguiram a criação do PAISM, em 1983; a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), vinculado ao Ministério da Justiça, em 1985; a criação

das primeiras Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), sendo a primeira em São Paulo, em 1985. Para que essas conquistas fossem consolidadas, as questões de gênero e as noções de direitos sexuais e direitos reprodutivos foram imprescindíveis, de sorte a desconstruir as ideias de que a biologia é o destino e a maternidade é imperativa na vida das mulheres, assim como problematizar as hierarquias de gênero e as injustiças e violências a elas associadas. Isto é, embora se refiram a questões fisiológicas, que possam parecer íntimas ou mesmo restritas ao corpo, tais campos se projetam para pensar o social, as relações intersubjetivas e os acordos políticos.

O deslocamento do termo “saúde da mulher” para “direitos reprodutivos” deu-se basicamente no âmbito dos grandes debates da década de 1980 e se consolidou com as grandes conferências já mencionadas. Permitiu, dentre outras conquistas, que temas como a reprodução, o aborto, a contracepção, a homossexualidade, a lesbianidade, a violência sexual e a mortalidade materna deixassem de ser restritos aos âmbitos legais e da saúde, sendo tratados no campo dos direitos humanos. Em outros termos, isso sugere um olhar mais interseccional às dinâmicas da vida cotidiana (Díaz-Benítez & Mattos, 2019), sem isolar a sexualidade ou considerá-la apenas a partir do olhar nosológico, ao invés disso, perceber como o sexual atravessa diversos outros âmbitos da constituição prática do dia a dia e dos processos de subjetivação, que são marcados, atropelados, reconfigurados, muitas vezes devido à falta de ação coletiva, histórica e política frente às dimensões que estamos analisando: gênero, sexualidade, corpo, liberação sexual (*queer liberation*), direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Utilizamos os termos ‘direitos sexuais’ e ‘direitos reprodutivos’ em paralelo, contudo, destringindo e delimitando o que um e outro desdobrará. A reprodução não necessariamente é a única possibilidade ou finalidade das práticas sexuais. Tais distinções são

oriundas das lutas e ativismos dos movimentos gays e lésbicos ao reivindicarem o exercício da sexualidade e suas práticas de forma isenta de preconceitos, constrangimento e discriminações. As práticas sexuais podem nos dizer da existência ou não da libido, assim, com livre escolha de parceria(s) afetiva e/ou sexual, da constância ou não do(s) desejo(s) sexual(ais). Inclusive de monogamia ou não monogamia. E, sempre, sempre deve perpassar o debate sobre o consentimento. De acordo com Barsted (2005, p. 15):

[...] “A vivência da sexualidade importa não apenas a liberdade e a autonomia, mas também todo o conjunto de direitos de cidadania. Na linha de discussões sobre os direitos humanos, o movimento de mulheres tem tido participação importante em debates que transcendem o aspecto da reprodução, sobretudo os diversos aspectos que implicam relações de gênero desiguais.”

Quais os corpos desejanter, quais os corpos desejados, quais os corpos desejáveis. Pensemos sobre a autonomia e suas variações para pessoas com ou sem deficiência(s). Com maior ou menor mobilidade. Com mais ou menos idade. E não, a criança não deve ser exposta a práticas sexuais de quaisquer ordens, de quaisquer naturezas.

Nesse cenário, justificamos nossa defesa à Educação Sexual desde a infância e por todo o decurso da vida. Ela pode ser grande aliada na prevenção do abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, tanto quanto canal potencializador de orientação para melhor compreensão acerca do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), aids e demais IST's (contágio, cuidados, tratamentos, prevenção, desmistificações sobre tabus que lhes atravessam, sobre como conviver com tais comorbidades, etc.). Bem como, com qualificação continuada, sem ancorar-nos em moralismos e práticas colonizadoras,

pode-se avançar no debate e instrumentalização sobre planejamento familiar, sobre as divisões de tarefas e responsabilidades, sobre as vivências sexuais e possibilidades reprodutivas.

Se os movimentos de mulheres foram (e são) fundamentais para a concepção, implementação e consolidação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, os movimentos LGBTQIA+ mostram-se, também, desde meados do século XX, agentes significativos na luta pelos direitos sexuais, pensando corpos e sexualidades que transcendem dissidentes da cisheteronorma. Mais recentemente, para além das reivindicações de gays e lésbicas na esfera reprodutiva - em suas diversas possibilidades como a da reprodução assistida e as novas tecnologias reprodutivas -, as pessoas transexuais e transgêneras fazem-se presentes de forma mais evidente nesse território, problematizando noções tradicionalmente naturalizadas como as de maternidade e de paternidade associadas a corpos concebidos dimorficamente como de machos e fêmeas a partir das determinações anatômicas, propondo intervenções voltadas à desconstrução de lógicas de amamentação, nutrição, educação e transmissão de valores.

Ao longo do século XXI, tais noções foram orientadoras de ações por parte dos Estados signatários dos documentos resultantes das conferências, avanços significativos foram obtidos por mulheres e a população LGBTQIA+ com relação ao exercício da sexualidade e do acesso aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. É possível identificar como estas pautas permanecem imprescindíveis para a implementação dos direitos humanos, afinal, nos deparamos com a manutenção dos altos índices de violência sexual contra meninas e mulheres ou mesmo contra meninos, muitos lidos como “efeminados” pelos autores dessas agressões. Muitas dessas violências resultam em gravidezes indesejadas. Não obstante, haja previsão legal para situações como esta para o abortamento legal, temos acompanhado quão cruéis têm sido as decisões de tantos agentes do Estado em negar tal direito. Seja por “clamor de grupos conservadores” ou

pelo próprio crivo moralista e controverso de quem julga a situação (desde trabalhadoras e trabalhadores de equipamentos de saúde, passando por segurança pública, sistema de justiça).

Além disso, temos que destacar outros riscos e problemas decorrentes dos cenários de violência sexual e de gênero: casamentos com meninas; mutilações genitais; negação da laqueadura ou o seu oposto, a esterilização forçada ou compulsória. Na esteira dos efeitos das violências, é preocupante o crescimento das notificações de práticas autolesivas, tentativas e as práticas de suicídio na população LGBTQIA+. Há subnotificação oficial, mas há tentativas de mapeamento por parte de movimentos sociais organizados quanto às realidades de estupros ditos corretivos, a exemplo das pesquisas do LesboCenso e Lesbocídio (Tagliamento, Brunetto & Almeida, 2022), bem como levantamentos que desvendam os desrespeitos em consultas, erros de tratamento, operadores de saúde que se recusam a atender pessoas trans, assédios clínicos, estereotipização, taxonomias, o testemunho que no processo de institucionalização (em delegacias, hospitais) muitas vezes redobra a vitimização. Portanto, é possível pensar, também, nos impactos sobre a saúde em geral e sobre a saúde mental desses grupos.

Num movimento quase pendular de evolução e retrocessos, os avanços não são homogêneos e consistentes, como se pode depreender das ofensivas conservadoras observadas nas últimas décadas, sobretudo, por parte de grupos associados à ofensiva antigênero. Tem-se aqui um espectro heterogêneo que, ao se posicionarem contra a chamada “ideologia de gênero”, explicitam seus valores morais conservadores. Com base neles, posicionam-se contra a educação para a sexualidade nas escolas (como defendido nos documentos resultantes das grandes Conferências da ONU e aqui já explicitado) e contra qualquer forma de manifestação da sexualidade e de identidade de gênero que não corresponda aos modelos normativos heterossexual (aqui entendido como aquele que supõe

que a orientação do desejo esteja voltada para pessoas de sexos distintos, homens desejam mulheres e vice-versa) e cisgênero (aqui entendido como resultante da norma que atribui a identidade gênero pela qual a pessoa foi assignada, ao nascer, a partir de sua genitália). De acordo com Junqueira (2018), promovem a (re)patologização das homossexualidades/travestilidades/transexualidades consideradas “anormais” (a despeito dos consensos científicos nesse campo).

É possível afirmar que:

(...) “Teoria/ideologia do gender” existe: é uma invenção vaticana, urdida para acender uma controvérsia antifeminista e, assim, animar e orientar em termos discursivos e político-ideológicos uma reação ultraconservadora e antidemocrática, antagonista aos direitos humanos e, sobretudo, adversa aos direitos sexuais (Bernini, 2015; Carnac, 2014; Garbagnoli, 2014a; Husson, 2013a, 2013b; Roghi, 2015). (Junqueira, 2018, p. 486)

Os efeitos dessa política antigênero têm reverberado de modo preocupante em todo território latino-americano, no entanto, como sinalizam Correa e Kalil (2020) adquirem contornos perigosos no Brasil. A partir de pesquisa realizada pelo Observatório de Sexualidade e Política na América Latina, as autoras apontam para a crescente adoção de narrativas conservadoras em torno de temas como sexualidade e reprodução como centrais em suas plataformas, no cenário político brasileiro.

O Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) tem apontado, sistematicamente, como os acordos transnacionais resultantes das Conferências encontram inúmeras dificuldades para serem efetivados. Dentre elas, pode-se mencionar as tradições culturais e religiosas, as infraestruturas precárias nos campos da saúde, assistência social, educação e do

sistema de justiça, a vontade política dos gestores dos programas e das políticas públicas, as condições geopolíticas como a própria extensão territorial e a configuração campo-cidade.

Em texto publicado pela Associação Latino-americana de População (ALAP) com análises sobre os efeitos da CIPD decorridos 20 anos de sua realização, Sônia Corrêa (2014) relata resultados de entrevistas com feministas latino-americanas, as quais afirmam que, entre as dificuldades para que os objetivos e as ações propostas no Cairo fossem efetivados, encontra-se a fragilidade dos esforços dos agentes estatais em seus compromissos com o laicismo. Com efeito, cada vez mais, pode-se observar que operadores das políticas públicas (e agentes do Estado, em geral) se orientam mais por perspectivas pessoais, em detrimento dos princípios da própria política. Nesse sentido, uma análise de implicação é fundamental, pensando como solidificar os valores das lógicas pactuadas (orientadas sobretudo pelos direitos humanos) nas práticas da vida comum. Uma paciente trans, por exemplo, que se queixa da equipe por não ser tratada como gostaria, porque integrantes da equipe avaliam que ela não é feminina o suficiente para ser reconhecida como mulher, depara-se com uma dessas situações onde a dimensão moral obstrui um atendimento em saúde, ou mesmo um acolhimento jurídico.

Corrêa (2014, p. 31) finaliza seu texto com as seguintes considerações, que mantêm sua atualidade dez anos depois:

Um dos caminhos apontados por algumas das entrevistadas para produzir novas lentes de leitura seria uma ênfase cada vez mais radical no sentido de pensar o Cairo como um desafio dos direitos humanos, buscando articular as questões de gênero, sexualidade, reprodução, por um lado, e os temas permanentes da desigualdade, da pobreza, do trabalho, da educação, da seguridade social e mesmo das mudanças ambientais e climáticas,

por outro. Segundo o desejo expresso por muitas, isso deveria ser feito num esforço coletivo e plural de colaboração por meio das fronteiras do ativismo e da pesquisa e dos vários campos disciplinares. Quem sabe podemos fazer uma aposta de que energias positivas que se desdobraram da Primeira Conferência Regional de População e Desenvolvimento abram espaço necessário para que essa proposição ambiciosa seja ao menos debatida.

No dia 1 de abril de 2019, na sede da ONU, foi aprovada uma declaração que reafirma o apoio ao compromisso assumido pelo Programa de Ação da CIPD⁷. Relatórios entregues ao Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e ao Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da ONU mostraram os avanços obtidos pelos países signatários do documento, no que diz respeito ao acesso à saúde reprodutiva de sorte a garantir, por exemplo, a diminuição da mortalidade materna⁸, ao enfrentamento da violência contra as mulheres (violência de todos os tipos, como a sexual, a física, a psicológica, a moral, a patrimonial, a institucional), e às práticas nocivas à implementação e consolidação de seus direitos (como casamento infantil, mutilação genital, exploração sexual, tráfico de pessoas, não alfabetismo, evasão escolar).

No entanto, em julho de 2019, durante Conselho de Direitos Humanos da ONU, o Brasil votou alinhado ao Egito e ao Iraque contra a menção ao “direito à saúde sexual e reprodutiva” no tema

7 Confira no site da ONU: [Países aprovam declaração sobre direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas](#)

8 A partir da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) trouxe o conceito de violência que se caracteriza como: “a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela”.

sobre casamento infantil e forçado. Também se posicionou a favor de propostas do Bahrein e Arábia Saudita que remetem à família (pais e guardiões legais) a decisão de tratar a questão da educação sexual. Ainda sobre esse tema, o Brasil votou a favor da proposta feita pelo Paquistão de excluir a menção a “garantir o acesso universal à educação abrangente sobre sexualidade baseada em evidências”. Todas essas propostas foram derrotadas.

Em julho de 2020, ainda no Conselho de Direitos Humanos da ONU, o Brasil novamente se alinhou a países conservadores contra propostas de garantia de direitos das mulheres e contrárias à sua discriminação, visando a saúde sexual e saúde reprodutiva. No final, o governo brasileiro se absteve durante a votação de um relatório sobre discriminação contra mulheres e meninas. Proposta pelo México, a resolução busca estabelecer parâmetros para eliminar o preconceito e orientar os Estados a tomarem medidas para solucionar o problema, considerando, inclusive, possíveis impactos da pandemia de covid-19 sobre as mulheres. Novamente os países conservadores, notadamente árabes e africanos aos quais o Brasil se alinhou, foram derrotados.

Os posicionamentos e deliberações do então governo brasileiro, explicitaram um significativo deslocamento na direção de posições mais conservadoras - como aquelas já mencionadas da “ofensiva antigênero” -, em geral, receosas quanto a propostas que possam levar à aprovação do aborto. Cabe destacar ainda que durante a pandemia da covid-19, a despeito da orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁹ de que serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva deveriam ser considerados serviços essenciais, o governo federal agiu de modo a enfraquecer às políticas públicas que existiam nessa área, como apontam Gonzaga, Gonçalves e Mayorga (2021, p. 156):

9 Em: [OFENSIVAS ANTIGÊNERO NO BRASIL: Políticas de Estado, Legislação, Mobilização Social.](#)

De maneira abrangente, no que se refere não apenas a garantia de manutenção dos serviços relacionados aos direitos sexuais e direitos reprodutivos pelo Estado brasileiro, mas a uma intensificação das condições de vulnerabilidade, um dos casos mais emblemáticos, ainda no início da pandemia, foi a reação a Nota técnica Nº16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, que resultou na exoneração de dois servidores do Ministério da Saúde responsáveis pela assinatura do documento. A Nota Técnica foi emitida pela Coordenação de Saúde das Mulheres e tinha como assunto o “acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva” (SSSR [Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva]) no contexto da pandemia da covid-19. Acompanhando o reconhecimento da OMS de que ações de SSSR devem ser consideradas essenciais neste momento, a nota destacou a necessidade de garantia do acesso ininterrupto aos serviços de atenção à violência sexual, de abortamento para os casos previstos em Lei, de prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e aos meios de contracepção, inclusive de emergência.

Cumprе lembrar que, no Brasil há três possibilidades legais de interrupção voluntária da gravidez, o chamado aborto legal: em caso de gestação decorrente de estupro, em caso de risco de vida para a mãe, e, em caso de anencefalia do feto. A legislação brasileira que versa sobre esse tema é do ano de 1940, com alteração em 2012 para a última possibilidade listada. Ainda assim, temos baixa responsividade estatal pela não implantação e qualificação de serviços e equipes em todo o território nacional permitindo acesso no território, a qualquer tempo e sem necessidade de tutela legal. Mesmo essas três possibilidades garantidas por lei têm sido alvo de duras críticas por parte desses grupos conservadores, incluindo a banca-

da de parlamentares conservadores, ilustrando uma reação ao que entendem como “agenda progressista” ou “interesses feministas”. A publicização de alguns casos de estupro de vulnerável contra meninas de idade inferior a 14 anos¹⁰, evidenciam essa cruzada antiabortista, com efeitos diversos, dentre eles a interdição a direitos já previstos e a operacionalização da culpabilização da vítima e a moralização de suas condutas.

É nesse cenário controverso, delineado por moralidades divergentes, que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos estão longe de serem consolidados no contexto brasileiro. Na defesa intransigente dos direitos humanos, o Sistema Conselhos de Psicologia (Conselho Federal e Conselhos Regionais) compreende que é parte de seu compromisso ético-político orientar profissionais da área acerca dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, de sorte a que os valores conservadores (religiosos ou não) não comprometam a atuação profissional e que a categoria possa acolher o exercício da sexualidade e as práticas reprodutivas de segundo os princípios que regem a nossa atuação.

O Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005, p. 7) em seus dois primeiros princípios fundamentais, dispõe que:

I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

10 Qualquer gestação em menores de 14 anos é configurado como crime de estupro de vulnerável pelo art. 217-A do Código Penal, encarada pela legislação como uma gestação não consentida. Uma vez que entende-se que a menina não possui maturidade para consentir com a relação sexual. Logo, enquadra na legislação de violência sexual e tem direito à interrupção.

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Considerando que os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos estão englobados nos direitos humanos, conforme os documentos já mencionados, é preciso recuperar a responsabilidade do Sistema Conselhos de Psicologia em alertar e orientar profissionais da área para uma atuação condizente com os princípios que os regem. Cabe ainda sinalizar que, em 07 de julho de 2020, o CFP publicou a Resolução n.º 8 de 2020 que dispõe sobre a conduta de psicólogas(os) frente às situações de violência de gênero. Destacamos aqui o Art. 4º onde se indica que:

Em relação à mulher, seja ela cisgênero, transexual ou travesti, e à pessoa com expressões não-binárias de gênero, dentre outras, considerados os aspectos de raça, etnia, orientação sexual, deficiência, a psicóloga e o psicólogo contribuirão para:

- I - Não intensificar processos de medicalização, patologização, discriminação, estigmatização;
- II - Não usar instrumentos, métodos, técnicas psicológicas que criem, mantenham, acentuam estereótipos;
- III - Não desenvolver culturas institucionais discriminatórias, assediadoras, violentas;
- IV - Não legitimar ou reforçar preconceitos;
- V - Não favorecer patologizações e revitimizações;
- VI - Não prejudicar a autonomia delas

Percebe-se que a compreensão sobre a violação de gênero não deve se restringir às assimetrias colocadas entre homens e mulheres, mas considerar outras estruturas de poder que conformam as experiências sexuais e reprodutivas dos sujeitos. Nesse sentido, retomar a interseccionalidade a um lugar mais central, metodológico, faz-se necessário para que possamos complexificar nossas noções de cuidado e acolhimento psicológico, considerando as singularidades de cada sujeito. Quem é o sujeito político dos direitos sexuais e reprodutivos? Dito de outro modo, recomenda-se uma postura aberta para desenvolver as ferramentas da assistência na relação com as pessoas, e não esperar somente que caibam em modelos prontos de tratamento, formação e público-alvo.

Nos capítulos seguintes iremos dispor da interseccionalidade como ferramenta para descortinar a potencialidade da práxis da Psicologia no campo dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, contemplando as pluralidades existenciais que demarcam a população brasileira. Definimos para essa referência técnica alguns temas nos quais nossa categoria já está inserida e abordamos nos capítulos seguintes reflexões tecidas a partir dessas experiências profissionais e dos desafios identificados. Os critérios de definição, dentre as muitas fontes já citadas, recorreram aos Princípios de Yogyakarta (2017), como o direito à proteção do Estado, direito à integridade física e mental, direito a não ser sujeita à discriminação baseada em orientação sexual ou identidade de gênero, direito à verdade e a poder praticar, proteger, preservar e reviver a diversidade.

EIXO 2 - DESIGUALDADES NO ÂMBITO DOS DIREITOS SEXUAIS E DOS DIREITOS REPRODUTIVOS

No cenário brasileiro, assistimos historicamente à influência de governos conservadores que apresentam projetos de nação cujos pontos centrais se organizam com ataques aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Tais projetos marcam uma alteridade importante: uma noção de “nós” (povo) e “eles” (invasores, estrangeiros, indignos, desviantes, desimportantes, promíscuos, perigosos). Tornar essas fronteiras menos rígidas e impactantes é um desafio basilar do campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Partimos do pressuposto de que a Psicologia tem importância estratégica nesse cenário de consolidação e elucidação de direitos, já que concepções e práticas inespecíficas e inadequadas afetam de forma crucial as vidas de meninas, mulheres e pessoas que gestam. Um dos principais desafios desse campo é intervir, junto a essa população, em meio a questões diversas de geração, raça, classe, territorialidade, identidade de gênero, orientação sexual e com as pessoas com deficiência. Assim, muitas discussões, desconstruções e reconstruções de práticas são necessárias nesse campo, compreendendo que direitos sexuais e direitos reprodutivos ainda aparecem de modo escasso na formação de profissionais de Psicologia, bem como ainda são rarefeitos debates formativos sobre as múltiplas formas de desigualdade que estruturam nossa sociedade.

Clóvis Moura (2020) afirma que, sob o pretexto de uma imparcialidade científica, é comum os estudos brasileiros em Ciências Sociais reproduzirem racismo. Não é difícil imaginar que a Psicologia possa incorrer no mesmo erro na medida que a formação de psicólogas

e psicólogos também pretende formar profissionais imparciais¹¹. Ao se pretender imparcial, o profissional pode voltar os seus serviços para atender ao “sujeito universal” e ignorar que existem especificidades de acordo com a cultura de cada país. O mesmo autor chama atenção ao fato de que a ciência social replicada aqui é:

“Quase toda estruturada através de modelos teóricos e postulados metodológicos vindos de fora, abstêm-se de estabelecer uma práxis capaz de determinar parâmetros conclusivos e normas de ação para a solução do problema racial brasileiro nos seus diversos níveis e implicações” (Moura, 2020, p.40)

Maria Maurília Queiroga (1988) analisa como a objetificação de pessoas negras a partir do advento da escravidão, incidiu sobre a sexualidade e a capacidade reprodutiva desses sujeitos, destacando a exploração dos corpos femininos para amamentação das crianças brancas herdeiras, a despeito da fome e do extermínio dos seus próprios filhos. A autora resgata ainda anúncios de aluguel de jovens, algumas adolescentes negras, onde se descreve a capacidade de produção de leite e os contornos corporais como elementos de valia. Em continuidade, Lélia Gonzalez (1984) destaca que a exploração laboral e sexual a que foram submetidas as mulheres negras não se encerra com a abolição. Pelo contrário, se atualiza em modelos contemporâneos de hipersexualização, deslegitimação e constante desumanização, inclusive nos serviços de saúde. Damasco, Maio e Monteiro (2012) sinalizam como as políticas eugenistas predominaram na formação do Estado brasileiro, apoiadas por representantes

11 No entanto, há iniciativas dos CRPs como a Referência Técnica de Relações Raciais e do CFP como a [“Relações Raciais: Referências Técnicas para a Prática da\(o\) Psicóloga\(o\)”](#), elaborado no âmbito do CREPOP.

políticos e acadêmicos que defendiam a necessidade de embranquecer o Brasil. Ainda nesse terreno, Leal e colaboradoras (2017) discorrem sobre premissas racistas de que mulheres negras seriam mais tolerantes à dor e por isso são submetidas a procedimentos obstétricos sem analgesia em diversos serviços de saúde no Brasil.

A Psicologia, como indicam Santos e Oliveira (2021), se inscreve no pacto nacional de negação da intelectualidade dos povos negros e indígenas, corroborando para a manutenção de assimetrias raciais que desumanizam esses sujeitos ao passo que se propõe nomear, patologizar, desqualificar suas expressões religiosas, culturais, afetivas, familiares e sexuais. De acordo com Nuñez (2019) urge a necessidade de a Psicologia romper com leituras que individualizam a precariedade e ignoram as bases violentas e coloniais que fundaram este país e também nossos cânones teóricos. Segundo a autora, a Psicologia pode contribuir ativamente no amparo do sofrimento produzido pelas feridas coloniais, colaborando com a nomeação das violências que historicamente colocam sujeitos como inadequados, inferiores e adoecidos por expressarem origens étnico-raciais, identidades de gênero e orientações sexuais distintas de um ideal de “normalidade” que é basilarmente excludente e colonial.

Nesse sentido, apontamos que qualquer fenômeno a que a Psicologia se dedique deve considerar os atravessamentos de raça, gênero, classe, sexualidade, geração e territorialidade, em busca de orientar boas práticas, como aquelas que se dirigem a aumentar a capacidade de negociação de grupos injustiçados com as dinâmicas de poder. Nesse sentido, os tópicos que apresentamos nesse eixo não comportam inúmeras outras desigualdades e violações que reconhecemos que estruturam a sociedade brasileira e, portanto, se manifestam nas experiências de sexualidade e itinerários reprodutivos dos sujeitos. Longe de encerrar esse debate, nossa proposta é que ao discutir racismo, capacitismo, etarismo e lesbo/homo/trans/intersexofobia, para que possamos capilarizar junto à categoria a

importância de ter enunciadas às vozes de psicólogos(os) que atuam nos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, de modo a embasar as proposições de análises ainda mais diversas e complexas em produções futuras.

2.1 - Saúde da População Negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi criada no âmbito da extinta Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) como trabalho das reivindicações do Movimento Negro e do Movimento de Mulheres Negras. Tem o objetivo de melhorar o acesso da população junto ao SUS, de forma a reduzir a desigualdade e ampliar a equidade (Brasil, 2013b).

Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional (p. 07).

Para tanto, uma das medidas é identificar a população negra que acessa os serviços de saúde a fim de mapear as reais necessidades desse grupo e, assim, ofertar os cuidados adequados (Faustino, 2010). Neste ínterim, ressalta-se a importância de preencher o quesito raça/cor nos prontuários e sistemas de informação em saúde para que a demanda seja identificada com base em evidências. Com os dados que já foram coletados é possível ter dimensão de quais as questões mais afetam a população negra. Nessa produção nos voltamos especificamente para as demandas de saúde sexual e saúde reprodutiva que aprofundaremos a seguir.

2.1.1 - Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva da População Negra

A produção de políticas públicas que discorrem sobre um ideal hegemônico de mulher implicou em severas interdições no que tange ao acesso das diversas pessoas aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva. Nesse sentido, é necessário aprofundar os conceitos apresentados a partir da proposição de Justiça Reprodutiva, que implica:

Em três conjuntos de direitos humanos: (1) o direito de ter um filho nas condições de sua escolha; (2) o direito de não ter um filho usando métodos anticoncepcionais, aborto ou abstinência; e (3) o direito de ter filhos em ambientes seguros e saudáveis livre de violência por parte de indivíduos ou do Estado. A noção de justiça reprodutiva nunca foi destinada a substituir a saúde reprodutiva (prestação de serviços) ou direitos reprodutivos (advocacia legal). Em vez disso, foi uma organização amplificadora do conceito para lançar luz sobre as formas intersetoriais de opressão que ameaçam a integridade corporal das mulheres negras. (Ross, 2017, p. 290-291)

Os percursos dos sujeitos acerca de seus direitos sexuais e de seus direitos reprodutivos estão deliberadamente marcados pela privação ou acesso que eles vivenciam de diversos outros direitos, como segurança alimentar, moradia, saneamento básico, saúde, educação, entre tantos outros. De modo que as desigualdades raciais contribuem para experiências de violação de direitos também nos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva.

O “Projeto: Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), é um estudo multicêntrico que coletou e analisou dados sobre esse

contexto no Brasil (Leal & Gama, 2014). Foi verificado que há um abismo racial entre a população branca e a negra. Entre as mulheres autodeclaradas pretas e pardas, os indicadores de acesso a consultas de pré-natal foram significativamente menores do que o constatado entre mulheres brancas. O gradiente de cuidado foi menos satisfatório para gestantes negras, que também apresentam maior número de parto pós-termo – possivelmente reflexo da iniquidade vivenciada anteriormente -; sofrem por menor aplicação de analgesia; além de relatarem impedimento de permanência do acompanhante durante internação para o parto, a despeito de ser um direito garantido pela Lei Federal nº 11.108 de abril de 2005a.

Considerando as IST's/HIV- aids, a população negra está entre as que possuem maior prevalência de infecção. Tendo em vista que a epidemia de HIV/ aids é multifatorial e abrange relações de gênero, geração, etnia e desigualdade social (Santos, 2016) tais aspectos precisam estar no foco dos cuidados. Nota-se também que a população com HIV/ aids apresenta maiores índices de sofrimento de violência sexual, física e psicológica. Levando-se em consideração que a população negra está na base econômica (Gomes & Marli, 2018) e é a que mais sofre pelas violências (Atlas da Violência, 2024), pela lógica, ela estaria mesmo em maior vulnerabilidade frente ao risco de infecção.

Há outras doenças que são prevalentes na população negra, não estão diretamente associadas com a saúde sexual e saúde reprodutiva, mas exercem influência indireta. Elas são Diabetes Mellitus tipo 2 e a hipertensão arterial que, no caso de pessoas gestantes, podem expô-las a gestação de alto risco (Brasil, 2010). A doença falciforme, condição hereditária prevalente na população negra, e essa condição em gestantes pode provocar maior risco de abortamento e complicações durante a gestação e o parto, como natimorto, prematuridade, toxemia gravídica, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, entre outras (Brasil, 2010, p.176).

Durante a pandemia de covid-19 iniciada no Brasil em 2020, a população negra foi a que mais morreu por complicações decorrentes da ação do coronavírus durante a gestação e o puerpério. De acordo com Santos e colaboradores (2020), a mortalidade materna em mulheres negras devido ao covid-19 foi quase duas vezes maior do que o observado para as mulheres brancas, número que é ainda mais preocupante quando se retoma que até 18 de junho de 2020, 77% dos casos de mortalidade materna em razão de covid-19 no mundo era referente a mulheres brasileiras (Nakamura-Pereira, et al., 2020).

Mulheres negras, que já eram as maiores vítimas de violência obstétrica, complicações e mortes no período gestacional (mortalidade materna), durante a pandemia de covid-19 lutaram para sobreviver à gravidez e ao pós-parto. Isso torna urgente reconhecer e compreender tanto o racismo quanto o sexismo como determinantes estruturais que moldam piores condições de vida e de trabalho, bem como a falta de acesso a cuidados de saúde e oportunidades para a população negra, em especial, de mulheres negras. E, por meio desse reconhecimento, operacionalizar currículos e reabilitar as lógicas dos serviços para conseguir acompanhar mais de perto a realidade atual que interpela a Psicologia à construção de saídas mais criativas.

2.2 - Capacitismo e sexualidade na velhice

A História das pessoas com deficiência é predominantemente contada a partir de seus corpos: primeiramente um corpo que seria destruído por uma concepção de sua inutilidade para sociedade, posteriormente um corpo que seria separado dos demais membros da sociedade e institucionalizado pelo mesmo motivo e, por fim, outro que precisava sofrer intervenções médicas para ser adequado ou readequado para conviver em sociedade (Silva, Prizskulnik & Herzberg, 2018). Apesar de observamos mudanças na percepção

social, a pessoa com deficiência geralmente ainda é concebida como limitada a um corpo que não corresponde aos valores de nossa sociedade, que prega um ideal restrito, limitado e limitante de saúde (ainda que deficiência não corresponda à doença), de beleza, de funcionalidade e de eficiência (Maia, 2011).

Logo, para que possamos complexificar o conceito de capacitismo e seus efeitos, é importante apresentar um breve histórico das lutas e movimentos dentro do campo da deficiência, tal como fizeram Débora Diniz (2007) e é retomado por Raquel Guerreiro (2021). Como afirma a última autora, a deficiência não é um conceito dado, mas produzido por diferentes discursos e perspectivas que variam no tempo. Frente a essa disputa narrativa, cabe ressaltar que ao definir o que é um corpo com deficiência, define-se também o que não é (Guerreiro, 2021), mas para além disso, os corpos que estão presentes nesse jogo de poder narrativo acerca da deficiência fazem com que as discussões sejam tomadas por diferentes perspectivas e de diferentes lugares, o que, como veremos, nos fala sobre marcadores sociais da diferença.

O primeiro modelo datado pelas autoras (Diniz, 2007; Guerreiro, 2021), diz respeito ao modelo religioso/caritativo, o qual, após um período de demonização da deficiência, produziu uma ideia de inclusão com base na caridade e em um “cuidado” que apartava as pessoas com deficiência da sociedade nas instituições assistenciais. Com o avanço da ciência e a produção das especialidades, produz-se o modelo biomédico, que passa a falar da deficiência por meio da biologização do corpo ao definir o normal e o patológico. “No modelo biomédico, a deficiência é compreendida como a consequência da lesão em um corpo, uma desvantagem inerente ao corpo lesionado” (Guerreiro, 2021, p. 47), e que implica em restrições de habilidades. Dessa forma, em comparação com aquilo que seria considerado um “corpo normal”, a deficiência passa a necessitar de intervenções biomédicas - correções, adaptações, reabilitações - para a garantia

de sua funcionalidade e (re)inserção na sociedade, ou seja, ao se posicionar de forma individualizante, no âmbito do privado, as intervenções biomédicas passam a buscar a adequação dos corpos às estruturas físicas e sociais vigentes e não o contrário. Colocando-se como detentora do saber-poder sobre a deficiência, o modelo biomédico passa a justificar práticas eugênicas e de institucionalização de pessoas com deficiência em nome de uma determinada ideia de saúde e cuidado excludentes (Diniz, 2007; Guerreiro, 2021).

Como resistência ao modelo biomédico, surge o modelo social, fundado por pessoas (majoritariamente homens cis brancos) com deficiência que passam a descolar suas experiências de um aparato individualizante situando o problema na estrutura da sociedade, conectando a deficiência à exclusão social vivida. “A deficiência passou a ser entendida como uma forma particular de opressão social, como a sofrida por outros grupos minoritários, como as mulheres ou os negros” (Diniz, 2007, p. 16). Com o modelo social inicia-se um processo de desnaturalizar, diferenciar e redefinir lesão e deficiência. A lesão segue sendo objeto do saber biomédico, mas enquanto uma marca no corpo que expressa uma variação biológica, não mais uma desvantagem, enquanto a deficiência expressa a opressão social experienciada por corpos com lesão que encontram barreiras sociais, uma sociedade que não acolhe suas demandas e o impede de viver em coletividade, logo, deficiência passa a ser representada enquanto uma pauta política e de direitos.

Entre os anos 1990 e 2000, surge a segunda geração do modelo social ou modelo feminista, a partir da crítica feminista da deficiência. Não é consenso que seja definido enquanto outro modelo, visto que não se contrapõe ao modelo social em relação à politização da deficiência enquanto opressão social. No entanto, as feministas da deficiência apontam inúmeras discussões ignoradas nos modelos anteriores, especialmente em relação aos papéis de gênero e a experiência do cuidado, pautando a busca pela igualdade por meio do

princípio da interdependência, não mais pela independência como buscavam no modelo social e que reforçava uma lógica capitalista e individualista da deficiência, desconsiderando sua multiplicidade. Abordar o cuidado, ainda, evidenciou o encontro da deficiência com uma discussão de gênero, raça e classe, visto que as cuidadoras são, em grande maioria, mulheres, negras e no domínio doméstico (Diniz, 2007).

Importante situar que essa dimensão de cuidado das feministas da deficiência se diferencia da visão de cuidado do modelo biomédico. O modelo biomédico propunha procedimentos de normalização na busca por um corpo ideal hegemônico, para que esse corpo com deficiência se adaptasse à sociedade. Já o modelo feminista propõe a interdependência e a ética do cuidado como condutoras na discussão da deficiência, onde, ao reconhecer a multiplicidade de deficiências e limitações, as práticas de cuidado tenham como intuito proporcionar maior autonomia, em sua dimensão coletiva, às pessoas com deficiência (Guerreiro, 2021).

Por fim, mais recentemente, tem-se debatido a Teoria *Crip*, que não é um modelo da deficiência, mas que apresenta uma série de elementos para pensarmos nesse campo. A teoria *crip*, ou teoria aleijada como vem sendo traduzida, propõe o conceito de corponormatividade, com base na discussão de heterossexualidade compulsória da teoria *queer*, onde os corpos sem deficiência, assim como a heterossexualidade, são colocados como a norma e servem de medida para capacidade e funcionalidade de todos os corpos. Dessa forma, mais do que pensar a experiência da deficiência, coloca-se em questão a produção de uma normalidade que subjuga, exclui e patologiza corpos que escapam da norma e busca apagar a diversidade (Mello, 2016). “Na teoria *crip*, reivindica-se a identidade da deficiência, não se tenta apagá-la ou tirá-la de si” (Guerreiro, 2021, p. 72). Entende-se, portanto, que não há inclusão sem uma mudança na estrutura que mantém a corponormatividade compulsória.

Frente a essas produções no campo da deficiência, em 2012, passa-se a nomear como capacitismo a discriminação por motivo de deficiência, equiparando a outras discriminações sociais como racismo, sexismo, LGBTQIA+fobia (Mello, 2016). Até então, utilizava-se o termo “barreiras atitudinais” para referir-se à opressão sofrida por pessoas com deficiência, o qual não abarca a complexidade das violências vivenciadas. O capacitismo amplia o conceito ao posicionar que não é apenas no encontro com as barreiras atitudinais, arquitetônicas, de comunicação que o preconceito é expresso, mas em uma lógica estrutural excludente, corponormativa, que marginaliza os corpos que considera incapazes seja por questões estéticas, funcionais ou performativas. Como diz Mello (2016, p. 3267), é “um tipo de discriminação que se materializa na forma de mecanismos de interdição e de controle biopolítico de corpos com base na premissa da (in)capacidade”.

Atentar-se ao que cada sujeito necessita no que tange ao cuidado e à acessibilidade aos serviços e procedimentos de saúde sexual e saúde reprodutiva precisa ser uma compreensão difundida entre os profissionais de saúde. Ao escutar psicólogas(os) que atuam nesses equipamentos constatamos o quanto as práticas em saúde seguem fortemente embasadas no modelo biomédico e que, ainda que haja uma lacuna significativa na formação em Psicologia sobre essas temáticas, essas(es) profissionais estão atentas(os) e sensíveis às formas de capacitismo que são reproduzidas e as reverberações dessas violências na saúde mental.

E: “No caso de uma gestante com algum tipo de deficiência, por exemplo, quando essa deficiência é visual ou auditiva ou até mesmo uma deficiência física? “

P: “É outra problemática! É outra problemática! (...) (ficou bastante emocionada: olhos bem ma-

reçados, corpo desconfortável). Eu já vivi algumas experiências muito duras na maternidade com [profissionais]. Por exemplo... É... Essa experiência, eu lembro, chega me dá vontade de chorar de novo! Porque... Teve uma vez que eu fui fazer uma abordagem na porta da maternidade, né, e era uma mulher que tinha deficiência nas pernas, não sei bem o que foi que aconteceu que gerou aquela paralisia. (profundo suspiro, muito desconforto!). Mas, o fato é que ela era cadeirante. E, a [profissional] entrou na sala para fazer a avaliação dela, ela estava com sangramento para ver, e, simplesmente a [profissional] queria que ela tirasse a calcinha. E, ela não estava conseguindo, porque ela não tinha movimentos. (um olhar bem entristecido, mais lágrimas nos olhos). Ela tinha problemas no braço e na perna. E, essa mesma [profissional] não tinha deixado a acompanhante dela entrar na sala do consultório! Então, quem entrou empurrando foi a [profissional] a cadeira de rodas. E essa [profissional] começou a bradar: “Minha filha! Não tenho tempo não, você precisa tirar a sua calcinha. Como é que eu vou fazer a avaliação, o exame!?”. E, claro, essa mulher entrou em prantos. Ela começou a chorar, e, ela não parava de chorar. E aí, “chega, chega, chega! Chama o profissional de Psicologia! Porque, o que é que está acontecendo? ‘Nãñã...’”. E aí, você faz: “Gente, e aí, né?”. O que é que você faz com uma situação dessas? (Nordeste)¹².

É fundamental problematizar quem são os profissionais de saúde e quem são as pessoas que utilizam o SUS e onde esses

12 Esse e outros trechos que aparecerão ao decorrer da referência são trechos dos relatórios dos CRPs sobre entrevistas realizadas com psicólogas(os) que trabalham com Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Por questão de segurança da anonimidade das profissionais, foram usadas as regiões do país para identificar os relatos.

atendimentos são realizados? Como indica Jimenez-Lucena (2006), estabelece-se uma relação de colonialidade da saúde onde a suposta superioridade racial, regional, de classe e nesse caso também em razão do capacitismo, autorizam profissionais a regular os corpos, a sexualidade e a potencialidade reprodutiva de mulheres negras, indígenas, rurais, com deficiência e todas aquelas que são constituídas como outras da humanidade. Nessa cena, um espaço que deveria promover saúde é palco de uma performance vexatória de constrangimento e humilhação, onde a pessoa que gesta é reduzida às suas limitações ao invés de ter sua história e suas possibilidades reconhecidas. Agrava-se, como descreve a(o) psicóloga(o), pelo fato de que poucos são os caminhos de denúncia e também de elaboração para essas violências. Compete então retomar o que orienta a Resolução n° 8 de 7 de julho de 2020, publicada pelo CFP em seu artigo 3°: “A psicóloga e o psicólogo deverão acolher e cooperar com ações protetivas à mulher, seja ela cisgênero, transexual ou travesti, e à pessoa com expressões não binárias de gênero, dentre outras, considerados os aspectos de raça, etnia, orientação sexual, deficiência, quando elas tiverem direitos violados.” A prerrogativa desta Resolução nos informa que ainda que o caráter absurdo do relato acima possa parecer uma representação individual de capacitismo, são inúmeras as manifestações de violência que as(os) psicólogas(os) precisam se atentar e intervir em suas práticas:

“Ah, tem uma paciente que teve pólio, ela ficou com muita dificuldade de caminhar, atrofia nas pernas, ela consegue caminhar com bastante dificuldade. E me diz que ela veio na [profissional], que ela estava grávida, ela veio falando para mim que odiava aquela [profissional], ela nunca mais queria ver aquela pessoa na vida dela, porque a [profissional] disse: “como você foi engravidar sendo deficiente e tem HIV, como você vai fazer?”

Será que você não tem cabeça para pensar isso?”, aí ela chegou aos prantos, a gente trabalhou isso tudo, eu encaminhei ela para outro [profissional], enfim ela teve o bebê, com toda dificuldade dela, o companheiro dela ajudou.” (Centro-Oeste).

Pessoas com deficiência foram historicamente reduzidas a deficiência, sendo desconsideradas em suas potencialidades e também em seus outros marcadores identitários como raça, classe, geração, regionalidade e orientação sexual (Maia, 2011). No trecho acima, a(o) psicóloga(o) nos narra como se abre um espaço para outra identidade além da deficiência no discurso da profissional, no entanto, esse marcador é apresentado como elemento que potencializa a insuficiência, a incapacidade, a inferioridade da pessoa que está sendo atendida. Cabe salientar que em caso de tratamento adequado e contínuo é possível que mulheres e pessoas gestantes que convivem com HIV gestem e tenham filhos sem o vírus. Essa informação não foi apresentada no momento do atendimento, nem pela(o) psicóloga(o), mas de todo modo a potência da(o) profissional da Psicologia nesse cenário é significativa: além de escutar e acolher o relato feito pela pessoa usuária do serviço, ela(e) busca encaminhar para outro profissional que possa orientá-la.

Nem a mobilidade reduzida ou inviável, nem tampouco o HIV são motivos para desestimular a possibilidade e o desejo de alguém ter filhos. No cenário acima, a(o) psicóloga(o) pode e faz o movimento de apresentar o contraditório diante do constrangimento produzido pelo discurso biomédico. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, mais conhecido como Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015b) tem o objetivo de “assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (Art. 1). Proíbe que barreiras de comunicação, arquitetônicas, atitudinais, entre outras, impeçam que tais

pessoas possam exercer seus direitos enquanto cidadãos. Dentre esses direitos estão os sexuais e reprodutivos, o de constituir família, o de casar ou de constituir união estável, de ter acesso ao planejamento reprodutivo e de não ser esterilizado sem consentimento.

Ainda que esses pontos estejam previstos na legislação brasileira, a chegada de uma pessoa com deficiência pode provocar diversas reações e sentimentos na família, desde um cuidado que propicie à autonomia do sujeito à superproteção (Carvalho & Silva, 2018). A sociedade também, ainda, tende a ver a pessoa com deficiência como limitada e muitas vezes não é diferente nos centros médicos que buscam a reabilitação, mas não a saúde integral da pessoa (Silva, Prizskulnik & Herzberg, 2018; Maia, 2011; Mello, 2016), o que a limitaria na convivência em sociedade, seus ciclos de relacionamento para além do centro de reabilitação e da família e diminuiria a possibilidade de se perceber como uma pessoa sexualizada que pode viver relações afetivas como namoro, casamento e ter a possibilidade de constituir família, ter filhos.

“A pessoa com deficiência mental... como o hospital lida com isso? Aí vem com a laqueadura. A gente teve um caso de uma paciente que tinha transtorno mental que veio pra cá, porque tinha feito sexo, chegou em casa sangrando, a família pergunta e ela diz: eu usei camisinha, mas a família traz pra cá e ela passa por todo o processo como se tivesse sido violentada, porque ela tem um transtorno mental? Fico me pensando, julgamento moral ele é...” (Nordeste)

Preconiza-se que a atuação da Psicologia se dê com o objetivo de desconstruir o preconceito de que pessoas com deficiência não conseguem ou não podem tomar decisões sobre seus corpos e seus processos de vida. Como aparece explicitado no relato acima,

esses preconceitos fundamentam ações como as laqueaduras sem consentimento durante cirurgias de pessoas com deficiência, a imposição de uso de fórmulas, a comunicação direcionada apenas ao acompanhante, o descaso com a implementação de acessibilidade comunicacional, entre tantas outras ações que desconsideram o sujeito na sua integralidade.

Se por um lado o senso comum tende a restringir a possibilidade da pessoa com deficiência em experienciar sua sexualidade de maneira saudável, por outro, essa população corresponde aproximadamente à 19% das mulheres vítimas de abuso sexual (Atlas da Violência, 2024). Neste contexto, não é incomum as famílias descobrirem que a pessoa foi abusada quando ela engravida. Há alta correlação entre violência doméstica e baixa escolaridade (Atlas da Violência, 2024). Sabe-se que a maior parte das violências sexuais acontecem em ambiente doméstico e também que a população com deficiência sofre com os baixos índices de escolarização, o que a torna vulnerável a esses tipos de violências. É sabido que no Brasil, o abuso sexual é pouco denunciado (UFMG, 2023), o que pode ser agudizado com as pessoas com deficiência pelos impedimentos físicos, linguísticos e simbólicos para acessar os canais de denúncia.

O acesso à informação pode ser quanto à identidade de gênero e orientação sexual para compreender seu corpo, as formas de vivenciar sua sexualidade, mas também de se proteger, sabendo a diferença entre consentimento e abuso. É comum pesquisas na medicina que estudam a sexualidade por via das disfunções sexuais, principalmente da cis masculina, e cada vez mais desenvolvem maneiras do homem cis e hétero poder ter uma ereção e se reproduzir. Contudo, as questões sexuais não se limitam aos aspectos biológicos, faz-se necessário construir espaços para pensar o sujeito enquanto um ser sexual cujas questões pessoais e sociais interferem na sua experiência pessoal e na sua saúde reprodutiva.

Assim, é fundamental que a(o) psicóloga(o) atenda a pessoa com deficiência e considere os diferentes marcadores, para além de um corpo com deficiência, como uma pessoa atravessada por diversos aspectos e elementos identitários que estão inscritos em seu corpo e, que vai fazer com que experimente a sua vida, sua sexualidade e exerça seus direitos sexuais e reprodutivos. Cabe à(ao) psicóloga(o) não ignorar estes aspectos da vida de seu interlocutor, bem como não reduzir o sujeito a um único elemento. Como um sujeito como qualquer outro, a pessoa com deficiência terá suas questões, dúvidas e interesses sobre a sexualidade e direitos reprodutivos que devem ser trabalhados conforme os recursos que o próprio terapeuta e/ou a instituição em que a pessoa com deficiência é usuária dispõe, seja em psicoterapia, programas de planejamento reprodutivo ou orientação sexual, a pessoa com deficiência deve ser incluída de modo orgânico.

Algumas adequações podem ser consideradas na conformação do serviço: contratar intérprete de libras - ou ainda que as(os) profissionais de Psicologia possam aprender essa língua -; utilizar recursos visuais elucidativos e objetivos para trabalhar com pessoas com deficiência intelectual; trabalhar com o sistema Braille, relevos ou objetos para com pessoas com deficiência visual; fazer uso de tecnologia assistiva¹³. Além disso, averiguar a acessibilidade física e simbólica da instituição de atendimento e, além de garantir a participação, atuar de forma a centralizar e garantir a participação também dos usuários e movimentos de pessoas com deficiência na elaboração de políticas públicas, principalmente nas políticas acer-

13 “De forma geral, o termo Tecnologia Assistiva identifica o conjunto dos recursos e serviços destinados a ampliar a habilidade funcional de forma a promover a autonomia e a inclusão das pessoas com deficiência (Bersch e Tonolli, 2006). Tais autores entendem que todo produto ou estratégia que possibilite a execução de uma atividade ocupacional por um indivíduo limitado nessa determinada função pode ser considerado TA” (Bastos et al., 2023, p. 2).

ca dos direitos sexuais, direitos reprodutivos, assistência à saúde e enfrentamento às violências. Orienta-se também a importância de reconhecer a diversidade regional, cultural, socioeconômica das pessoas com deficiência na reivindicação de políticas públicas equitativas, integrais e universais considerando as singularidades individuais e as formas de acessibilidade necessárias para o pleno exercício de sua cidadania, sua sexualidade e seu planejamento reprodutivo.

No entanto, para além das proposições acima, precisamos, como propõe a teoria *crip*, questionar esta corponormatividade imposta, que subjuga corpos com deficiência como incapazes e normaliza uma série de violências, privações e violações de direitos sexuais e reprodutivos para essa população, ainda como propõem às feministas da deficiência, pautar uma ética do cuidado com base na interdependência, para que possamos então desestruturar essa base capacitista e incapacitante das diferenças corporais que ainda ronda o campo da saúde.

Com contornos parecidos com os olhares que se dirigem aos corpos com deficiência, marcados como estranhos, inadequados ou impróprios, surgem também as corporalidades idosas, tidas como coadjuvantes, pouco situadas no lugar de protagonismo em relação à sexualidade. Há uma tentativa de apagamento de indivíduos idosos do campo dos direitos sexuais, conforme aponta Silva, Rodrigues e Gonçalves (2020), ao afirmarem como é comum que os mais velhos reprimem sentimentos, evitam assuntos ou sintam medo de sofrer represálias caso demonstrem ter desejo de aumentar suas gramáticas em relação ao assunto, a experimentar, testar mudanças e articular o envelhecimento com elementos tidos como eróticos.

Essa análise é acompanhada por Uchôa e colaboradores (2016), que indagam sobre fatores de inibição que obstruem a percepção de pessoas idosas em relação a seus corpos e às dinâmicas sexuais. Conhecimentos advindos de amigos e redes informais mais

próximas, vergonha de se consultar em equipamentos de saúde, tratar infecções sexuais, medo de serem descobertas tendo uma vida sexual ativa. Todavia, conforme aponta o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), ao lado do direito à vida em comunidade, saúde, alimentação, educação, cultura e esporte, faz parte desse quadro de direitos a garantia à sexualidade e à expressão diversa da sua própria identidade. Evidenciar a contribuição da Psicologia na elaboração e implementação de políticas públicas voltadas à pessoa idosa significa atuar para dissolver mitos e tabus que impedem um exercício sexual possível na velhice.

De acordo com orientações de Lopes e Silva (2013), na velhice outras alternativas de exploração da sexualidade podem ser acionadas, como carícias, fantasias, massagens. Além disso, idosos devem ser orientados em relação à compreensão de limitações, modos de minimizar efeitos da dor, formas de usar lubrificantes, posições sexuais mais confortáveis, etc. O que se espera, de maneira geral, ao discutir envelhecimento e sexualidade, é que pessoas não se sintam impedidas de desfrutar uma sexualidade saudável, e, como aponta o grupo “Ande de Bem com a Vida”, analisado por Frugoli e Júnior (2011), onde muitas reduziam sexualidade ao ato sexual em si, e acabavam evitando utilizar camisinha porque entendiam não precisar mais de contracepção, embora isso não as protegesse contra ISTs. Observou-se, na análise dos autores, que é necessário dar atenção à sexualidade na terceira idade,

Em consonância com denúncias históricas do Instituto Brasileiro de Direito da Família, que considerava irresponsável ignorar a sexualidade de pessoas mais velhas, marcando um aumento de pessoas infectadas com HIV que tinham a idade de 50 anos nos anos 2000, um amplo debate sobre a questão pode ajudar para deixar menos agudo o nível de preconceito a que idosos estão submetidos. De todo modo, entende-se sexualidade na velhice como algo que vai além de doenças sexuais, e que corresponde a toda uma gama de

elementos heterogêneos (medos, fantasias, curiosidades, memórias, relações, objetos, lugares, contextos políticos, etc.). Ao contrário do que possa parecer, percebemos que autores na área costumam defender que a velhice é, paradoxalmente, um período de grande aprendizado (como conviver com a passagem do tempo e seu efeito sobre a vida, por exemplo).

Individual e ao mesmo tempo coletiva, especialmente observando o envelhecimento contínuo da população, que produz mudanças psicossociais (Vieira et al., 2014) importantes nos modos de viver a vida, diminuir práticas que intensifiquem a não-adesão aos serviços ou favoreçam quadros de violação de direitos dos idosos é uma forma de aproximar a Psicologia de questões sociais contemporâneas que estão batendo à porta.

2.3 - A atuação da Psicologia junto a populações não cis e não hétero

A importância crítica de se pensar esta dimensão existencial está relacionada à profundidade da atuação da ciscolonialidade sobre ela, bem como ao relativo desinteresse que desperta em várias epistemologias dominantes: seja ao não falar sobre a dimensão existencial das vivências de corpos e identidades de gênero não normativas, seja ao tratar desta dimensão a partir de um olhar condescendente e individualizante que percebe ‘sintomas de transtornos’ onde há intensos processos socioculturais injustos contra os quais colocamos uma variedade de estratégias de resistência. (Vergueiro, 2016, p. 153).

Falar do manejo psicológico com pessoas que não são cis-gênero¹⁴ e não são heterossexuais, dito brevemente, é importante porque a saúde mental contemporânea permanece herdeira de falhas históricas, sobretudo no que se refere a alianças instauradas com paradigmas normativos, responsáveis por, dentre muitos efeitos, fechar nossa compreensão tanto de “humano” quanto de “cidadania sexual”. A Psicologia historicamente esteve alinhada com noções de patologização e medicalização de sujeitos que professavam interesses sexuais e românticos por sujeitos do mesmo gênero, de ambos os gêneros ou que rompiam com a identidade de gênero que lhes foi designada. Akotirene (2019), ao refletir sobre a formulação de políticas públicas voltadas para mulheres no Brasil aponta que essas foram pensadas para um modelo de mulher universal que contemplava muitas experiências. Nesse sentido, cabe pensar, quais posições continuam eclipsando a possibilidade de sujeitos que não cabem numa noção generalista de humano e de indivíduo na ciência e na prática psicológica. Como passear por esse passado quando os próprios instrumentos que dispomos para pensá-lo já faz com que ele se atualize no presente? De que forma chegam e como não chegam a nós os direitos sexuais e reprodutivos?

Por certo, dizer “não-cis” e “não-heterossexual” pode ser um modo de começar a contornar melhor um campo, torná-lo mais maleável, no sentido de não ser apenas uma dicotomia (cis *versus* trans ou hétero *versus* homo), mas dizê-los também pode reforçar a crença de que há um normal, sob o qual estariam “orbitando” todas as “outras” identidades sexuais e de gênero. Não se trata de um horizonte deste material que sejam fortalecidos supostos universalismos, como se a sexualidade fosse inerentemente heterossexual e o gênero neces-

14 Conceito utilizado para nomear pessoas que se identificam com o gênero designado no nascimento ou, por vezes, antes dele (via tecnologias, a exemplo da ultrassom). Esse é um conceito central para a discussão e será melhor elaborado no decorrer do texto.

sariamente binário, por isso dizer “não-cis” e “não-heterossexual”, embora tenha seus alcances, também tem seus limites. Assim, falar sobre esses limites é um pouco do que esperamos fazer aqui, pois é na fronteira entre o “normal” e o “patológico” que essa discussão costuma acontecer.

Uma das falhas históricas da saúde mental com as populações LGBTQIA+, cuja sigla nunca buscou estabilidade e tem sido frequentemente negociada, deu-se por meio de alianças com a prerrogativa da diferença sexual. Como analisado por Thomas Laqueur em *Inventando o Sexo* (2001), apesar de nos relacionarmos com as categorias “masculino” e “feminino” como se elas fossem imutáveis, o entendimento que temos delas como “antagonistas complementares” é fruto de disputas políticas e econômicas do século XVIII. Antes de existir o modelo do sexo duplo, houve o modelo do sexo uno, onde a vagina era entendida como um pênis subdesenvolvido, e toda a dinâmica biológica associada à mulher era interpretada negativamente, como causada por ausência de “calor vital” (Laqueur, 2001). Entendidas como “homens virados para dentro”, mulheres foram alocadas à periferia da fisiologia humana, e mesmo com a entrada do século XIX, o século das “diferenças”, onde pênis e vagina não eram mais estudados como variações de um mesmo órgão, permaneceram sendo vistas como inferiores.

Resgatar esse deslocamento é importante porque discutir direitos sexuais e reprodutivos é algo que fazemos também a partir da compreensão dessas categorias (sexualidade, natureza e corpo) enquanto categorias políticas. Falar sobre o antagonismo complementar, impresso em enunciados como “homens são de Marte e mulheres são de Vênus”, ou “meninos vestem azul, meninas vestem rosa”, é mais do que falar sobre a natureza, é produzi-la. Diferente do que se possa crer, pontua Monique Wittig (2022), as classificações “homem” e “mulher” não foram colhidas da vida, mas criadas de modo que, sem elas, não soubéssemos explicar o que seria viver. É

nesse sentido que “diferença sexual” ou “antagonismo complementar” passam a ser chaves de leitura para analisar relações de poder imbricadas no gênero e na sexualidade, que fomentam ainda hoje prerrogativas patologizantes no âmbito da saúde mental, conforme nos apontam Medrado e Lima (2020, p. 71):

A articulação entre ciclo reprodutivo e saúde mental feminina remonta aos primórdios da medicina e da psiquiatria, momento no qual a doença mental feminina era localizada dentro do corpo da mulher e, mais especificamente, em seus órgãos reprodutores/sexuais. Assim, era comum intervenções como extirpação do clitóris, cirurgias no útero etc. para um suposto restabelecimento da saúde. Irregularidades menstruais, desejo sexual “excessivo” e o descumprimento de seu “destino natural” como mãe podiam ser vistos tanto como causa quanto como sintoma de doença mental, haja vista que a doença mental era encarada como um desvio moral.

Como lembra Laqueur (2001): é com base nesses “fatos” biológicos que a vida passa a ser institucionalizada. O que acontece “na” ciência não fica restrito à ciência, pois participa do que passamos a entender como “saúde do homem” ou “saúde da mulher”, ou “saúde trans” e “saúde lésbica”. Observa-se aqui um processo análogo ao analisado por Foucault (1988), ao construir a noção de biopolítica, onde veríamos formas de aparelhagem do organismo para que se sofisticem as condições de controle e submissão. Biopolítica é o processo de modelagem do indivíduo e gestão do povo, imbricado na família, na educação e no trabalho, onde também são transmitidos os papéis sexuais, localizando os sujeitos em uma gramática de reconhecimento e ininteligibilidade (Butler, 2018). Aqueles que não são inteligíveis a essas matrizes de pensamento, como a que pos-

tula que sexo, gênero e orientação sexual obedecem a uma suposta “coerência”, passam a ser deslugarizados. Por isso talvez nos ajude pensar ativamente uma atuação crítica a sujeitos não-cis e não-heterossexuais, sem que entendamos “não-cis” e “não-heterossexual” como classificações estáveis, permanentes, e sim enquanto pontos de encontro onde iremos distribuir perguntas.

Ao invés de “o que é ser homem?” ou “o que é ser mulher?”, sugere-se questionar o que, antes disso, estabelece o gênero como um determinante, sem o qual nos veríamos impedidos de realizar o laço social. Em outros termos, o que faz com que o gênero seja capaz de mensurar lugares em dada cultura? Junto com a diferença sexual, essa posição dupla onde “dois” corpos são eleitos representantes da humanidade, células primárias máximas da nossa concepção de humano, masculino e feminino, observa-se a crença de que sexo ou “formação identitária” é uma coisa que acontece e, sobretudo, depende da interação entre essas duas únicas esferas-forças. O desafio é: como discutir direitos sexuais e reprodutivos sem reforçar essa espinha dorsal? Sem reiterar que há um “normal” ou um “anormal”?

Ora, um dos riscos em tomar essas categorias, homem e mulher, como as “mais certas” para ler o mundo é o de que, conforme apontado por Lucas Bulamah e Daniel Kupermann (2018), passemos a presumir que sem elas não haveria um desenvolvimento psíquico dito saudável. Essa foi uma argumentação bastante acionada por setores conservadores para defender a crença de que “crianças” não poderiam viver em lares com dois pais ou duas mães, pois careceriam das “referências” que pactuamos tacitamente em defender (Neves, 2019). Fala-se aqui das posições materna e paterna, produzidas e atualizadas no discurso tradicionalista como sinônimos de “saúde”, cuja ausência feriria os direitos fundamentais da criança. Por isso, discutir direitos sexuais e reprodutivos da população LGBTQIA+ é discutir a construção da paternidade e da maternidade na literatura médica e psicológica.

Eu fico pensando muito pela minha experiência aqui, em termos de... A área que eu atuo é maternidade, né. E o que eu tenho recebido cada vez mais, casais homoafetivos, onde uma delas engravida. Gesta esse bebe, né. E a gente não tem entrado nessa questão. É um casal homoafetivo que tem um filho e que vai cuidar. E o que eu percebo é que isso mexe muito com hã... A equipe de saúde como um todo, né. A Psicologia não se mobiliza tanto, né. Atende como qualquer casal. Alguns membros da equipe [profissional] e da equipe de [profissional] se preocupam muito com a questão do vínculo deste casal com aquele bebe, né. E aí nós somos chamados, eu sou chamada. Eu e a minha colega, para avaliar a questão do vínculo. O que a gente acha que não tem nada a ver. (Sul)

O relato da(o) profissional acima revela a preocupação de profissionais de saúde com possíveis problemas de vínculo entre duas mães e um bebê que, sem dúvidas, foi planejado e desejado, visto que a concepção entre duas mulheres não se daria de modo imprevisto. Essa preocupação, ainda que nesse relato esteja localizada em outras categorias que não a Psicologia, também aparece entre psicólogas(os) quando analisamos a literatura (Camino, Mendoza & Ismael, 2011; Aragusuku & Lara, 2019).

Ao longo de avanços importantes no campo da política, em relação à parentalidade exercida entre casais LGBTQIA+, diversas escolas analíticas e entidades pediátricas se ergueram contra a legalização da adoção de crianças que não ocorresse via “pai” e “mãe”. Subentendia-se que, caso fossem atravessadas as diretrizes de uma criação normativa, estariam sendo também privadas do exercício “natural” da infância (Favero, 2020). Esses argumentos aparecem fantasiados a partir de uma ideia “preocupação/proteção” da infância, como podemos observar a partir do relato da(o) profissional:

A partir do relato mencionado, podemos observar que o fato da criança ser gestada e criada por um casal do mesmo gênero traria razões suficientes para que os profissionais de saúde se preocupassem com o vínculo entre o casal e o bebê. Preocupação esta que imperceptível quando estamos diante de um casal heterossexual. Nesse sentido, a Psicologia é acionada para avaliar a relação mães-bebê em busca de uma validação científica do discurso tradicionalista. Esse é um debate que remete ao final do século XIX, quando Freud (1997), expoente da psicanálise, recebeu duras críticas por parte da medicina de sua época à análise que afirmava crianças enquanto seres sexuais. Contrário ao pressuposto de que não haveria nenhuma sexualidade nos primeiros anos de vida, Freud postulava que a sexualidade seria profundamente infantil. Tudo isso nos ajuda a ilustrar como “fatos sociais” vão se revestindo de um caráter científico, transposição que se fortalece quando observamos diferentes alianças entre as teorias da subjetividade e os paradigmas normativos.

Fala-se, aqui, da criação de espantalhos como “não ter um pai e uma mãe é um risco ao desenvolvimento humano” ou “caso os abortos sejam aprovados, teremos um déficit no crescimento demográfico que colocaria a continuidade da espécie em perigo” – ainda que essa “espécie” tenha acabado de chegar à marca dos oito bilhões de habitantes no planeta (CNN, 2022). Tais distrações buscam nos impedir de debater seriamente o modo como os corpos são construídos e orientados a se relacionar, reduzindo questões importantes a presságios apocalípticos, catastróficos, comumente associados ao “fim” do humano e à degeneração da moral, como se a moral não fosse um produto das relações e sim uma instância extra, política, histórica, mística e transcendental. Tudo isso vai dificultando sobremaneira que direitos sexuais e reprodutivos sejam reconhecidos, pois impede que saíamos das esferas “cis” e “hétero” – por isso falar de quem é “não-cis” e “não-hétero” é algo que só acontece quando essas fronteiras são exploradas.

Soma-se ao bloco de obstruções em torno desse debate a patologização das identidades trans ao longo do século XX, marcado pelas contribuições de Harry Benjamin e Robert Stoller no que se refere às categorias “transexualismo” e “transtorno de identidade de gênero”. Nesse sentido, pessoas trans e travestis passaram a ser inscritas na bibliografia clínica na qualidade de pacientes ou, usuárias, entendidas como portadoras de um distúrbio que as incapacitava ao exercício de decisões, que se referiam no âmbito do corpo, eram apresentadas como dramáticas demais ou solicitantes de protocolos técnicos mais duros, rígidos, voltados a identificar possíveis comorbidades, intensificar avaliações diagnósticas, diferenciar quadros psicológicos, etc. mamoplastia de aumento, mastectomia e redesignação sexual, dito de modo breve, tratavam-se de intervenções que não estavam voltadas a tornar “homens mais masculinos” ou “mulheres mais femininas”, e sim a bagunçar esse predicado. Homens cis não são avaliados psicologicamente, ao menos não com a mesma formalidade, quando desejam realizar uma ginecomastia (compreendida como o crescimento “anormal” das mamas), pois estariam optando por algo que “reforça” a coerência da masculinidade, mas e quando essa suposta coerência é rompida?

Autoras como Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012) tecem análises importantes sobre a entrada das categorias “homossexual” e “transexual” no discurso médico. Inauguradas na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 1989, promovido pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA), e na oitava edição da Classificação Internacional de Doenças (CID) (WHO, 1965), mantido pela OMS, tais classificações deram formalidade a um estigma produzido na cultura, relacionado à compreensão de que pessoas trans e travestis sofreriam de uma enfermidade, seriam doentes, cujo tratamento a Psicologia se encarregaria de desempenhar ao reinseri-las na diferença sexual. Trata-se de manejar a diferença para minar suas ambivalências e assim dividir os sujeitos

novamente entre homens e mulheres, embora trans. Nada disso fica restrito ao campo da mente e vai repercutir na dimensão fisiológica, especialmente com quadros de esterilização que protocolos de hormonização compulsórios (e muitas vezes generalistas) impõem.

Autoras como Angonese e Lago (2017), defendem que, quando se trata de direitos sexuais e reprodutivos da população trans nas políticas públicas, há o que elas chamam de “esterilidade simbólica” a dizer, ou seja, existe uma impossibilidade de escolha pela reprodução e de exercer a parentalidade, seja pelo viés biológico, como também através da adoção. Tal aspecto fica evidente quando nos deparamos com documentos públicos de saúde voltados para a população LGBTQIA+, como a Portaria do Processo Transexualizador (Brasil, 2013e) e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2011b), os quais não apontam de forma efetiva condições que possam garantir a concretização dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas trans. Isso se dá pela inscrição desses corpos no lugar da doença, como já citado, retirando destes a possibilidade de exercer o cuidado, como fica explícito no relato de uma(um) das(os) profissionais entrevistadas(os) na pesquisa realizada pelo CREPOP:

E: “Você já viu casos aqui de casais trans que tem o desejo de ter filhos e tem essa condição de ter esse filho, por exemplo?”

P: “Biológico? Não, eu não tenho nenhum caso, lógico já tiveram filhos biológicos antes de chegar aqui. Não que esteja me lembrando agora não. Agora tem os casos de adoção de casais em que uma das pessoas é transexual e optou pela adoção, para ter filhos adotivos, porque biológico é difícil, impossível. E filho biológico um homem trans muito dificilmente vai querer gerar um filho ou uma mulher trans dificilmente ela vai ter uma

relação e vai gerar um filho. A não ser que.... muito raro.” (Sul)

O relato da(o) profissional desvela um cenário que coaduna com os apontamentos de Angonese e Lago (2017) sobre esterilidade simbólica, como também aponta para a invisibilidade que existe sobre a reprodução e o acompanhamento de projetos reprodutivos de pessoas trans.

Não é autoevidente que filtraremos as contribuições incessantes da psicopatologia quando nos deparamos com uma população tão representada como “doente”. Se reconhecermos que o saber que temos hoje sobre as identidades trans presume algum nível de desajuste, estaremos também assumindo que nos relacionamos com pessoas trans como se elas, *a priori*, fossem disfuncionais. As diretrizes estabelecidas tanto na CID-11 (2021) quanto no DSM-5 (2014) informam que a transgeneridade corresponde a um quadro de incongruência e disforia. Algo na formação do sujeito, seja na época em que estava sendo gestado ou ao longo da própria socialização, é entendido como patológico, desviante. Vê-se que “justificativas” etiológicas são consideradas para diminuir a abertura de cidadania de pessoas compreendidas como doentes, que se veem reduzidas do seu repertório de decidir e escolher. Isso fica exemplificado na autoetnografia produzida por Arantes (2023) sobre sua busca por acompanhamento quando decidiu engravidar. Sendo ele um homem trans e sua companheira uma travesti, a recepção da ginecologista traz notas para o cuidado, sendo de não assimilação do desejo que expressava:

“Nesse contexto, o primeiro passo foi procurar a ginecologista e expressar o desejo pela gestação. Essa empolgação foi então desestabilizada pelo conselho da profissional, que sugeriu o uso do DIU. Esta foi a primeira transfobia de muitas rela-

cionadas à gestação, e percebi ali que para aquela profissional, meu corpo não estava apto ao meu desejo. Como tudo no imaginário dos espaços de saúde, a justificativa foi o uso da testosterona - nenhum exame foi solicitado, nenhuma taxa hormonal foi avaliada, nenhum exame clínico, apenas o desejo médico de controle sobre quem deve ou não reproduzir a espécie humana, pautado em um total de zero conhecimento técnico-científico e cheio de estigmas e preconceitos enraizados. É óbvio que eu não segui a recomendação e pensei nos meus próprios métodos.” (Arantes, 2023, p. 106)

O que é possível perceber é que, especialmente pessoas trans, costumam ocupar uma posição infante no diálogo com a Saúde e com o Direito, disciplinas centrais na condução do que estamos chamando de direitos sexuais e reprodutivos. Embora tenha saído da seção relativa aos transtornos de personalidade, onde o “Transtorno de Identidade de Gênero” ganhou espaço até o fim da vigência da décima versão da CID (OMS, 2017), a transgeneridade, agora localizada no capítulo de “outras questões relacionadas à saúde sexual”, não se desprende totalmente do estigma fomentado pela psicopatologia. Ainda, deve-se destacar, muitos estudos apontam como agentes/personagens jurídicos exigiam de pessoas trans, que desejassem retificar nome e sexo nos documentos, a comprovação diagnóstica de seus lugares sociais (Bento, 2006). Para que pudessem alterar o registro civil, seria preciso atestar essa demanda também clinicamente, escancarando como a Saúde e o Direito detinham um elo avaliativo e tutelar no que se refere as populações não-cis e não-heterossexuais.

Observa-se, desde os anos 1980, os dois grandes manuais usados no campo da psicopatologia, internacionalmente reconhecidos, o DSM feito pela APA e o CID feito pela OMS, que se encarregaram de inscrever as identidades a partir dos seguintes critérios:

forte sentimento de despertencimento ao sexo designado, repulsa a características sexuais primárias e secundárias, além do desejo de pertencer ao dito sexo oposto (APA, 2014; OMS, 2017). Tais critérios deveriam vir acompanhados de um grave prejuízo social, com duração de seis meses a dois anos, que seria acompanhado por uma equipe multidisciplinar onde o médico seria a chave de acesso ao gênero desejado. Um dos desdobramentos dessa pressuposição diagnóstica foi fazer com que pessoas trans tivessem a “avaliação externa” como uma exigência para que fossem reconhecidas como pleiteavam.

Como escreve a filósofa Judith Butler, em “Desdiagnosticando o Gênero” (2009), o diagnóstico também é performativo. As categorias clínicas, embora também sejam naturalizadas na cultura, não “apenas descrevem” o mundo. Elas são performativas: participam da criação e da atualização do fenômeno ao falar sobre ele, como podemos observar a partir da fala de uma(um) das(os) profissionais entrevistadas(os) pelo CREPOP:

“É, você chegar também e fazer um processo numa empresa e você ser dispensado, sabendo que você tem condição de exercer o cargo, isso é uma violência, é um preconceito, uma discriminação. E acontece demais, muitos pacientes falam: eu já entreguei mais de não sei quantos currículos, fiz não sei quantas entrevistas, eu optei pela prostituição, porque eu preciso sobreviver. É difícil demais, porque tem muita gente que acha que a pessoa escolhe o gênero, não é assim, porque se fosse para escolher, ninguém escolhia passar por isso, em sã consciência acho que ninguém ia escolher isso, pra ser tratado assim, com tanta discriminação, pra ter o sofrimento de não poder olhar no espelho, porque seu gênero não reconhece aquele órgão que você tem, nossa é muito sofrimento, muita dor. No dia a dia, eu vejo isso

100%, por isso eu te falo é uma demanda pesada, você trabalha com questões assim, que talvez a pessoa que tá de fora não conhece, não tem a dimensão do que a pessoa sente.” (Sul)

Podemos observar na fala da(o) profissional acima a identidade trans sendo caracterizada pela dor, sofrimento, discriminação e o não reconhecimento do órgão genital que se tem. Esse discurso circunscreve as experiências trans a partir da lógica diagnóstica, reiterando o discurso médico e jurídico. Dessa forma, falar que as transgeneridades são potencialmente danosas ao funcionamento psíquico, longe de uma descrição imune aos acordos sociais, é também uma maneira de impossibilitar que sejam vividas de maneira diferente. Não seria novidade para nós, profissionais com interesse em pensar criticamente a escuta, que a gramática que as pessoas recebem para pensar as próprias condições produza também a linguagem por onde irão falar sobre si mesmas. Arantes (2023) vai dizer como o uso de termos como “materna”, “mãe”, “leite materno” não representam a totalidade de pessoas que podem gestar e gestam, além de eclipsar o fato de que nem toda mulher cissexual que engravida será a mãe da criança concebida.

Masculino e feminino só podem intercambiar caso seja para complementar, nunca para confundir. Quando essas instâncias passam a não se comportar de modo conservador, deixando de sustentar roteiros sexuais fossilizados, o que se nota é a emergência de um pânico moral, conforme analisado pelo cientista político Rogério Junqueira (2018), que transforma todo o debate em uma corrida contra uma pretensa “ideologia de gênero” – cuja apresentação - entre aspas - ocorre para denotar o seu caráter artificial. Acompanhada de unidades linguísticas, como o combate ao “kit-gay” ou o fortalecimento de iniciativas como “Escola sem Partido”, endossam o caldo de disputas desproporcionais, especialmente se consideramos a violência estatística que atinge essas populações. Afinal, um dos

braços da necropolítica para enfraquecer a cidadania de um grupo é a patologização de sua experiência (Mbembe, 2018), obstruindo a materialização dos direitos sexuais e reprodutivos, ao considerá-los dependentes da apreciação de agentes como a Família e a Igreja, conhecidos por inscrever a “diversidade” como inimigas da pátria, e até mesmo antinaturais, ao supostamente contrariarem as leis do corpo.

Essa recepção policialesca, muitas vezes encoberta pelo rótulo de “intervenção especializada”, fez com que um estado permanente de “infante” fosse associado as pessoas trans. Para que pudessem ser reconhecidas como se identificavam, uma equipe técnica precisaria validar suas demandas. Esse é um processo em curso que está sendo nutrido desde a década de 1950, responsável por impedir a ampliação do nosso entendimento da categoria gênero. O gênero, visto desde a psicopatologia, seria compreendido como algo profundamente íntimo, interno, ao passo que linhas filosóficas ligadas ao pós-estruturalismo irão entender o gênero na qualidade de um dispositivo. Convém salientar que a Psicologia social brasileira, considerada por célebres intelectuais como uma Psicologia crítica (Furtado, 2012), buscou no pensamento pós-estruturalista modos de reconfigurar relações de poder e dominação, tão presentes num país cuja democracia permanece em estado de constante ataque.

Desde Foucault (1988), filósofo que se interessou em, dentre muitas proposições, explorar o domínio das relações de poder, entende-se que vivíamos em uma sociedade disciplinar, onde hospitais, asilos, prisões e escolas organizavam a dinâmica intersubjetiva. Complexificando a análise foucaultiana, Byung-Chul Han (2015) propõe que, ao invés de uma sociedade disciplinar, analisemos a emergência de uma sociedade do desempenho. Em sua proposição, estaríamos agora nos constituindo através de academias, shoppings, aeroportos, bancos, aplicativos e redes sociais. Nesse novo cenário, o sujeito não precisa mais ser “guiado” pelas instituições, pois é ensinado a colonizar a si mesmo.

Autores de violência e vítimas não são posições estanques. O explorador é, ao mesmo tempo, o explorado. Produz-se, na perspectiva de Byung-Chul Han (2015), uma era onde enfermidades como depressão, *Burnout* e Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) se tornam cada vez mais frequentes. O nível da violência contemporânea é neuronal. Se com Foucault (1988) o biopoder se manifestava na maneira como diferentes ciências, dentre medicina, antropologia e direito, se aliavam a “fazer viver” ou “deixar morrer”, trata-se de deliberadamente atuar para interromper o vitalismo, apressar a morte ou esticar o vitalismo, postergando a morte. Biopoder, assim, poderia ser definido como um mosaico heterogêneo de discursos, ditos ou não-ditos, práticas, diretrizes e afetos que se distribuem em rede, orientados a estratégias que sustentem saberes sobre os corpos. Em instituições totais como aquelas onde sujeitos são privados de liberdade a atuação da(o) psicóloga(o) pode ser um diferencial no acolhimento ou na pactuação da anulação das subjetividades da população LGBTQIA+, o que nos é exemplificado por psicólogas(os) do nordeste, que atuam em políticas de segurança pública:

“Mesmo assim a gente tá com parcerias e fazendo essa intervenção, a gente está trabalhando com os nossos apoios, com os agentes penitenciários e os profissionais também... A questão do nome social, a questão do respeito, então assim... é um todo na verdade, estamos devagarinho, mas estamos chegando lá. Eu acho que a dificuldade maior, eu torno a falar, são os interiores também, porque primeiro quando a gente chega no interior não tem nenhum.” (Nordeste).

“Quando a gente pergunta “Tem quantos LGBT na unidade?” “Nenhum” “Tem certeza que não tem nenhum?” “Não doutora, se ele disser que ele é

viado ele vai chegar lá, vai levar um cacete, ele vai virar homem hoje”. Então é muito, até pra eles mesmo que estão ali se declarar, porque pra ele se declarar ele vai ter que enfrentar uma questão do preconceito muito forte.” (Nordeste)

É ainda com Foucault (1988) que entendemos que toda relação de saber é, portanto, uma relação de poder. Dessa forma, “produzir um saber” sobre alguém é também uma forma de fortalecer ou obstruir a capacidade que esse alguém possa ter de negociar com o mundo. Falar sobre direitos sexuais e reprodutivos é falar sobre como a sexualidade é encarada por nós. Ora, não se trata de se perguntar “o que é a sexualidade?”, mas “o que fez com que entendêssemos ‘essa concepção de sexualidade’ como aquela que se sobreporia às demais?”. Quais acordos deram contorno a um grupo como hegemônico e os demais como periféricos? O que faz com que raça exista para alguns, mas pareça “não existir” para outros?

A lição aprendida com a filósofa brasileira Sueli Carneiro (2005), importante estudiosa dos processos de subjetivação, ao discutir o dispositivo da racialidade, é a de que raça é um importante qualificador de lugares sociais, assim como gênero e sexualidade. No caso do racismo, instrumento colonial de poder, pessoas negras vão sendo expostas a um massivo epistemicídio, sendo obrigadas a significar suas próprias posições como derivadas de um centro. Pessoas negras reunidas nunca são apenas “estudantes” ou “trabalhadores”, mas “alunos negros” e “empregados negros”. Pessoas brancas, caso acompanhadas dos próprios pares, são apresentadas como “idosos” ou “crianças”. Retornando a Byung-Chul Han (2015), observa-se uma violência da aniquilação suave, onde as subjetividades são capturadas ao longo do próprio processo de subjetivação.

Direitos sexuais e reprodutivos estão situados no meio dessa querela, cujas principais questões introduzem a nós um desafio epistêmico: ao intervir nas subjetividades das pessoas com ferramentas

obstruídas por limites ontológicos, a respeito de como vemos a realidade, estaríamos reinserindo as pessoas nos mesmos esquemas que desejamos sair? Estaremos reiterando violências que marcam sua trajetória dentro da cisheteronorma. Um exemplo, a partir da fala de uma(um) profissional entrevistada(o), de como o campo dos direitos sexuais e reprodutivos é amplo: consideremos o caso onde uma pessoa usuária, que teve três filhos dentro de um casamento compulsório, que concordou em ter devido à repressão, discriminação da família e da comunidade, que não permitiam que se expressasse de um modo diverso, como lésbica ou homem trans, por exemplo:

“Por exemplo a gente tem uma usuária que teve 3 filhos, ela se casou porque ela não podia assumir para a família dela que ela era trans homem, é uma violência, ela foi violentada, teve 3 filhos, se vendo como homem, é uma violência sexual e reprodutiva, ela teve que casar e ter filhos porque ela não podia assumir uma condição sexual. “Hoje sim, especificamente essa pessoa tem filhos adultos e hoje está fazendo a transição e tá enfrentando a família, está independente, já passou n situações de violência física e sexual. Nós temos casos aqui de trans homens que já foram violentados sexualmente, muitos casos.” (Centro-Oeste)

O que a(o) profissional acima nos relata é a materialização de discursos violentos em histórias onde se naturaliza a violação no próprio laço com a cultura, associado a uma norma social. Destacamos que isso se dá, em muitos casos, com a convivência de pessoas que têm formação em Psicologia e que participam das ditas terapias de conversão, onde se presume que é possível adequar uma pessoa a um paradigma hegemônico (CFP, 2019) Se assumirmos que essas ferramentas, nossa concepção de sujeito e de mundo, presumem a diferença sexual como a célula central da humanidade, apenas por

sua suposta exclusividade reprodutiva, seria preciso reconhecer que a população não-cis e não-heterossexual ainda é atendida com os predicados da “verdadeira” sexualidade ou do “verdadeiro” gênero. Assim, como enquadrar as ferramentas que nos levam a pensar direitos sexuais e reprodutivos como coisas que buscam representação na dupla homem e mulher?

Por conta da busca pela binarização (masculino/feminino) do corpo como pressuposto para a garantia de direitos das pessoas intersexo, o ‘I’ da sigla LGBTQIA+, ainda sofre uma série de violências e violações. As lutas da população intersexo evidenciam que direitos sexuais e direitos reprodutivos existem atrelados aos direitos a integridade corporal e autonomia. A definição mais recente de intersexualidade foi realizada pela *Intersex Human Rights Australia* (IHRA) (2021):

“Pessoas intersexo têm características sexuais inatas que não se enquadram nas normas médicas e sociais para corpos femininos ou masculinos e que criam riscos ou experiências de estigma, discriminação e dano” (IHRA, 2021).

Desde os anos 90, com a *Intersex Society of North America* (ISNA) na América do Norte e com os trabalhos de Mauro Cabral (Cabral & Benzur, 2005; Cabral, 2009) na América Latina, o movimento intersexo internacional combate as violações de direitos que acometem a população. Ainda que venha pautando suas lutas já há alguns anos, a Associação Brasileira Intersexo (ABRAI) só foi oficialmente regulamentada em 2020. A ABRAI luta pela integridade física e psíquica de pessoas intersexo, “com foco na conscientização sobre as variações sexuais e as questões intersexo, defendendo políticas públicas de inclusão Intersexo no Brasil”. Em diferentes partes do mundo, os movimentos políticos intersexo combatem as interven-

ções cirúrgicas e hormonais precoces, estéticas e não consentidas pelos próprios sujeitos.

A intersexualidade ainda é patologizada nos campos de saúde e biomédicos, chamada de Anomalia de Diferenciação Sexual (CFM, 2003). Os corpos intersexo são colocados em um lugar de anormalidade e patologia, fazendo com que sejam submetidos, ainda criança, a uma série de intervenções cirúrgicas e hormonais, cosméticas, invasivas, desnecessárias e não consentidas pelos próprios sujeitos. Esses procedimentos têm o intuito de “corrigir” esses corpos, apagar a intersexualidade, a ambiguidade, enquadrando-o em um dos sexos binários (feminino ou masculino). Inicia-se aí a discriminação de corpos intersexo, visto que sua corporalidade é reconhecida como anômala por não se encaixar na normativa social e cultural binária e endossexo, como resolução busca-se aproximar esse corpo de um padrão cis e heteronormativo (Leivas et al., 2023).

Uma das questões levantadas pelo campo biomédico é o que chamam de funcionalidade dos órgãos sexuais, tais como possibilidade de ter um pênis ereto e, especialmente em mulheres cisgêneras, manter a capacidade reprodutiva (Machado, 2008). Iain Morland (2005) aponta o quanto a redesignação sexual no corpo da criança intersexo pressupõe uma futura experiência heterossexual. Busca-se produzir um corpo que irá seguir linear e coerentemente a norma para sexo-gênero-sexualidade, binário, cis, hétero e corponormativo, um gênero inteligível, como diria Judith Butler (2018).

Janik Bastien Charlebois e Vincent Guillot (2018) apresentam que o sucesso médico está relacionado ao cumprimento de uma norma estética, no entanto, nem sempre a percepção de sucesso para pessoas intersexo terá relação com essa norma. Além disso, Iain Morland (2009) ressalta que seu corpo pós-cirurgiado nunca foi reconhecidamente heterossexual, assim como não deixou de ser intersexo, afinal, mesmo cirurgiado, outras esferas de seu corpo

seguem marcados pela ambiguidade circunscrita a partir da norma binária sexo-gênero.

Recentemente, no Brasil foi estabelecido o Provimento nº 122/21 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) (2021) que produz outra categoria de sexo no registro de nascimento que não o feminino e masculino. A partir dessa normativa, bebês intersexo podem ser registrados com o sexo “ignorado” sem a necessidade de ordem judicial ou laudo médico e psicológico, assim como sem a necessidade de alterá-lo para um dos sexos binários. No entanto, o termo “ignorado” tem sido rebatido por ativistas intersexo e pesquisadores, visto que remete a um corpo e sexo que pode ser menosprezado, desconsiderado¹⁵.

De um lado temos uma equipe de saúde que pauta a ideia de funcionalidade e capacidade reprodutiva de sujeitos intersexo, no qual se defende a realização de procedimentos cirúrgicos precoces, irreversíveis, cosméticos, invasivos e não consentidos, pautando o enquadramento desses sujeitos em uma norma cis, hétero e endonormativa. E de outro lado, temos os ativismos políticos intersexo, nacional e internacionais, lutando por abordagens baseadas em direitos humanos, na qual evidenciam uma série de relatos em que as pessoas intersexo que passaram por procedimentos cirúrgicos precoces reivindicam o fim desses tratamentos, pois sentem que tiveram seus corpos mutilados. Importante ressaltar, para não invalidar as pautas dos movimentos Trans, chama-se mutilação aquelas intervenções biomédicas realizadas sem consentimento dos próprios sujeitos (Schiavon, Favero & Machado, 2020).

O relatório da *Human Rights Watch* (2017) é um compilado de relatos de que essas intervenções ocasionaram traumas e sofrimentos psicológicos e físicos, tais como dores, incontinência urinária, perda

15 Disponível em (2022): [Intersexualidade: Da tentativa da normatização à invisibilidade no jornal Humanista da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.](#)

de sensação e funções sexuais, esterilização, não reconhecimento do próprio corpo e do sexo atribuído por tratamentos cirúrgicos e terapias hormonais. Aponta, portanto, para diferentes violações dos direitos sexuais e reprodutivos, o que é reiterado por outros relatórios e documentos internacionais de saúde e direitos humanos¹⁶, além de violações nos direitos a autonomia, integridade corporal, saúde, informação, privacidade, autodeterminação, liberdade de expressão, direito de consentir e de estar livre de interferências e tortura.

O bioeticista intersexo Morgan Carpenter (2016) reivindica a necessidade de mudanças estruturais para extinguir a patologização e estigmatização de corpos intersexo, dentre as quais está eliminar práticas em saúde prejudiciais, desenvolver práticas clínicas com base em direitos humanos, o que envolve alterar os diagnósticos da CID e colocar a pessoa intersexo no centro das decisões, seja em relação ao próprio corpo, mas também decisões de gerenciamentos institucionais quando envolver as questões intersexo.

Nessa direção, Crocetti et al. (2020) propõem um modelo¹⁷ fundamentado no princípio da não-discriminação e autodeterminação de forma que os profissionais e equipes de saúde discutam as variações sexuais, colocando em questão as normativas heterossexuais e do binarismo de gênero; reitera a necessidade de colocar a pessoa no centro das decisões e melhorar a comunicação com paciente e familiares; além disso, propõe o desenvolvimento de caminhos não cirúrgicos. A partir das proposições desses autores. Schiavon (2020)

16 Dos quais destacamos os relatórios: Reformulação do Consenso de Chicago (Lee et al., 2016); APA (2006); WHO, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA e UNICEF (2014); Human Rights Watch e interACT (2017); Amnesty Internacional (2017); Parliamentary Assembly, Council of Europe - Resolution 2191 (COE, 2017); Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2019); OMS (2020), assim como a Campanha Free & Equal da ONU (2019).

17 As autoras chamam esse modelo de Modelo Baseado na Agência de pessoas intersexo, com variações das características sexuais (VSC) e desordem do desenvolvimento sexual/diferenças do desenvolvimento sexual (DSD/dsd), forma a integrar diferentes nomenclaturas utilizadas no mundo.

reafirma o quanto é urgente produzirmos práticas que defendem e garantem proteção e apoio para o desenvolvimento da capacidade futura da autonomia da criança, garantia do direito a um futuro aberto. Todas essas proposições já constam na Nota Técnica e Orientativa do CRP SP: ‘A atuação profissional de psicólogas(os) no atendimento às pessoas intersexo’ (CRP 06, 2022).

No Brasil, as aproximações entre a saúde e as pessoas LGBTQIA+ foram, majoritariamente, mediadas pelo departamento de IST’s e hepatites virais, que desde meados dos anos 1990 se articula a entidades e coletivos representativos para diminuir o alcance da epidemia da aids. Hoje, organizações como Articulação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) e RedeTrans constroem um espaço onde a participação política de pessoas trans é fortalecida. Os anos 1990 também representaram a época de formação de identidades coletivas como gays, lésbicas, travestis e transexuais, que observadas pelo Estado passam a ser inscritas como grupos de risco, ou populações-chave, como mais tarde passam a ser chamadas, em relação à infecção por HIV.

A inscrição das pessoas LGBTQIA+ como sujeitos epidêmicos, sobretudo gays, mulheres trans e travestis, como bem analisado por Regina Facchini (2006), mas também por Larissa Pelúcio e Richard Miskolci (2009), deu-se logo após a retirada da homossexualidade do rol de patologias mentais. Pouco depois de, em termos formais, ter sido despatologizada, saindo do DSM em 1973 (APA, 2002) e da CID em 1990 (OMS, 2017), as identidades sexuais dissidentes voltaram a ser patologizadas com o “boom” da aids na década de 1980. Tais sujeitos passaram a ter o acesso a direitos sociais condicionado à sexualidade, ou, nas palavras de Pelúcio, uma sida/dania¹⁸ (2011).

18 “Ao não reconhecer o desejo das travestis como algo ponderável, o projeto de cidadanização do modelo preventivo se esvai: sai o “c” e entra o “s”. O que ser quer, de fato, é “SIDAdanizadas”, numa alusão que faço à SIDA [síndrome de imunodeficiência adquirida], ou aids.” (Pelúcio, 2011, p. 83)

Travestis que se tornavam cidadãs na forma de “perigos” sexuais ou “bombas” biológicas. Paralelamente, tudo isso foi ganhando forma no centro do mercado informal de trabalho, onde muitas travestis e mulheres trans exercem a prostituição sem que sequer consigam ser entendidas na posição de trabalhadoras. Nesse sentido, é importante grifar a necessidade de uma prática psicológica que compreenda o sofrimento psicossocial a partir dessas experiências de exclusão social:

” Em termos de direitos sexuais [...] a gente precisa de uma política mais ampla de ação. [...] A invisibilidade da questão da transgeneridade é exatamente isso, são coisas moralmente não compreendidas, não aceitas, rejeitadas [...]. Então a questão ética para mim é antes da Psicologia, é antes da [profissão], é antes de qualquer outro lugar. É essa rejeição com essa população, tanto que a elas foi destinado o quê? Foi destinado a prostituição. E a gente batalha pela reinserção educacional, reinserção no mercado de trabalho. [...]” (Sudeste)

Essa cidadanização, processo pelo qual a promoção de “programas educativos” e de “conscientização política”, voltadas à “mudança de comportamento” de um público tido como controverso em relação ao “caráter e à conduta”. Socialmente marcadas pela experiência comum da abjeção (Pelúcio, 2011), por meio da aposta de que o “normal” seria que as pessoas se conformassem à diferença sexual, e não buscassem construir e fortalecer outras subjetividades. O que se observou desde então foi uma luta constante por autonomia e por pensar criticamente os processos de institucionalização, seja aparecendo como minorias sexuais, ONGs, contingentes vulneráveis. Junto a mudanças nas palavras e avanços nas siglas, que hoje tem

sido apresentada como LGBTQIAPNB+ (lésbicas, gays, bissexuais, trans, *queers*, intersexo, pansexuais, não-binários e demais formas de identificação não-cis e não-hetero), observam-se também transformações nas bandeiras que vão sendo encabeçadas, ligadas especialmente à produção de homossexualidades, transgeneridades, bissexualidades, lesbiandades, etc.

Convém salientar que o século XX, como definido por Laqueur (2001), o “século das diferenças”, foi responsável por uma alta produção taxonômica, que já estava em emergência no final do século XIX e pode ser encontrada nos trabalhos de Richard von Krafft-Ebing, Alfred Kinsey e o próprio Sigmund Freud. Ao invés de reduzir o fenômeno à definição de “homossexual”, alguém que se relaciona com o mesmo sexo, convém se perguntar “homossexual como?” – o que, na experiência do sujeito, é nomeado como homossexualidade, e de que maneira isso passa a ser vivido, negociado e transmutado. Esse giro está aqui colocado para que não pensemos a atuação psicológica diante da diferença como uma atuação primeiramente identitária (responder “o que é ser gay, o que é ser trans”), mas, sim, se implicar de que forma que as pessoas habitam contradições, suportam ambivalências e dão respostas criativas aos paradigmas normativos e violentos.

Para atravessar essa violência sistêmica, é necessário antes que saibamos da existência dela (Carneiro, 2005). Quando tomamos um paradigma como questionamento, estamos atuando para que ele se reinvente. Essas forças simbólicas e materiais podem receber nomeações das mais diversas ordens: branquitude, cis-heteronormatividade e sexismo são apenas algumas das possibilidades. Iremos nos deter em explorar a cis-heteronormatividade que, como lembram os autores João Maracci e Sofia Favero (2022), refere-se a um posicionamento social onde são indicadas composições a serem seguidas, mas talvez para entendê-lo seja preciso antes resgatar o

pensamento de Michael Warner (1993), responsável pela criação da categoria “heteronormatividade”.

A proposição do autor é a de que heteronormatividade se refere a um padrão encarregado de definir o comportamento sexual “normal” e as diferenças esperadas entre homens e mulheres, sob o suporte de instituições sociais e legais que irão se responsabilizar em desvalorizar, marginalizar e discriminar aqueles que nele falharem em se adaptar (Warner, 1993). Não se trata apenas de diminuir a intolerância e os gráficos da violência, mas de compreender a visão de mundo imposta pela heteronormatividade. Trata-se de um projeto epistêmico e político de captura de subjetividades, no qual são situadas na posição dominante aquelas identidades que correspondam a uma espécie de cola entre “sexo”, “gênero” e “sexualidade” (Butler, 2018). Uma das faces da heteronormatividade foi a construção médico-científica de um “tipo humano” patológico, que não seguia o predicado “homens e mulheres se complementam, e nisso se baseia a vida”.

Ao questionar o privilégio de uma ciência portadora da verdade, Warner (1993) ensina que para que possamos deslocar demarcações que tornam alguns simplesmente “outros”, ao passo que determinados sujeitos são dignamente contemplados. A ciência tem o efeito de traçar fronteiras morais e produzir hierarquias sociais, traçando, assim, o corte que divide o “nós” e o “eles”. Começar este capítulo falando sobre um estranhamento otimista em relação às categorias “não-cis” e “não-heterossexuais” é uma forma de contornar essa divisão. Heteronormatividade, assim, é uma ferramenta analítica que coloca em questão a distribuição desigual de poderes e saberes, que pode ser útil para uma prática ética da nossa categoria profissional:

“Nós psicólogos, nesse contexto, precisamos ter uma força crítica, política e criativa da clíni-

ca atuando todos ao mesmo tempo para compreender a complexidade do sujeito concreto e não acreditar que uma questão como [...] ligada à trans identidade, ela é redutível à uma constituição de natureza simples. Nós, psicólogos [...] precisamos ser combatentes do preconceito e radicalizar essa questão e compreender que enquanto nós não formos isso, nós estamos [...] praticando uma Psicologia antiética, nós estamos [...] ajudando a produzir adoecimento psíquico humano. [...].” (Sudeste)

O que as pessoas podem fazer com os próprios corpos? Por que algumas, a depender da demanda que apresentem, especialmente caso se trate de uma demanda “não-normativa”, chamam-nos tanta atenção? Intelectuais como Viviane Vergueiro (2016), Beatriz Bagagli (2014) e Céu Cavalcanti (2016) complexificam a categoria cisgênero. Cis é a expressão utilizada para demarcar quem corresponde ao sexo designado no nascimento, mas, além disso, também se trata de uma categoria útil para pensar os endereçamentos sociais. É o louco quem cria o normal. O homossexual quem cria o heterossexual. O transexual quem cria o cisgênero. As identidades vão sendo construídas como uma negação, essenciais para que seja possível afirmar-se: eu sou assim.

Como discutido anteriormente, quando grupos de brancos são apresentados como “jovens” ou “estudantes”, mas negros são apresentados como “estudantes negros”, o outro está sendo sempre racializado, logo, localizado por forças heterogêneas (enunciados e práticas que passam a ser o horizonte imagético e prático de escolhas que serão tomadas). A discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos, em sua dimensão psíquica, nos ajuda a deixar de se solidarizar com uma perspectiva colonial que impõe uma concepção de sujeito soberano a todos os corpos. Refere-se à quando revisitamos nosso

entendimento de prazer, erótico e sexualidade, bem como “maternagem” ou “paternagem” e nossas noções de cuidado.

“A importância crítica de se pensar esta dimensão existencial está relacionada à profundidade da atuação da ciscolonialidade sobre ela, bem como ao relativo desinteresse que desperta em várias epistemologias dominantes: seja ao não falar sobre a dimensão existencial das vivências de corpos e identidades de gênero não normativas, seja ao tratar desta dimensão a partir de um olhar condescendente e individualizante que percebe ‘sintomas de transtornos’ onde há intensos processos socioculturais injustos contra os quais colocamos uma variedade de estratégias de resistência.” (Vergueiro, 2016, p. 153).

Diante do debate apresentado, podemos compreender a complexidade que atravessa a discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos da população LGBTQIA+, assim, cabe à (ao) profissional de Psicologia se atentar a herança cisheteronormativa que atravessa e se enraíza na profissão. Pensando nisso, o CFP vem se posicionando de forma ativa e criando resoluções que versam sobre o atendimento dessa população. Destacamos, entre elas, as resoluções: Resolução CFP nº 01/1999, que estabelece normas de atuação em relação à questão da orientação sexual; Resolução CFP nº 01/2018, que versa sobre a atuação de psicólogas e psicólogos frente às pessoas transexuais e travestis; Resolução CFP nº 08/2022, que estabelece normas de atuação frente às bissexualidades e demais orientações não monossexuais; Resolução CFP nº 16/2024, que estabelece normas de atuação para a categoria profissional em relação às pessoas intersexo.

Além disso, entre outros documentos de domínio público que podem auxiliar no atendimento das pessoas LGBTQIA+, destacamos a cartilha “Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções

sexualmente transmissíveis?” (Brasil, 2019a). Fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e organizações do movimento social de homens trans e pessoas transmasculinas, a cartilha visa discutir sobre prevenção de IST's, gravidez, prevenção de câncer de colo de útero.

Por fim, espera-se, ao fazer esse debate, que possamos criar outras vias relacionais com a corporeidade dissidente, para ser possível se abrir aos lugares indicados pela diferença e encontrar algum nível de satisfação em acompanhar jornadas singulares, improvisadas, em construção.

2.4 - Contribuições para a práxis da Psicóloga(o)

A atuação profissional da(o) psicóloga(o) no Brasil, seja nos âmbitos públicos ou privados, necessita estar a par da desigualdade racial que é basilar e cotidianamente atualizada no nosso país. Ao negar este histórico e atender pessoas com deficiências, pessoas negras, pessoas indígenas, pessoas LGBTQIA+, pessoas idosas, sob uma lógica universal, a(o) profissional *psi* incorre em uma re-violentação do sujeito ao desconsiderar os aspectos psicossociais que produzem o sofrimento psíquico, além de reproduzir práticas capacitistas, racistas, lesbotranshomofóbicas, etaristas.

É preciso reconhecer a hierarquização das raças, logo, dos corpos. Se uma pessoa negra é classificada, necessariamente, com atributos negativos atrelados aos seus fenótipos, como se dará a construção de sua identidade? A profissional de Psicologia deve considerar que, dada sua singularidade, as pessoas reagem de maneiras diferentes aos estímulos ambientais, no entanto, coadunando com Fátima Lima (2018) é preciso admitir raça como espinha dorsal dos processos identitários que forja a população brasileira e compreender que uma parcela significativa da população tem sido efetivamente

alvo de mecanismos de exclusão ao longo da vida. Isto se daria pela inferiorização e, por vezes, ridicularização, de suas características.

A Psicologia, profissão majoritariamente feminina e branca, deve atuar de modo a revisitar sua branquitude, admitindo o racismo como um problema de toda sociedade brasileira e não apenas da população negra. Como profissionais de saúde, compete a nossa categoria o cuidado localizado e comprometido em compreender a dimensão do sofrimento produzido por estruturas desiguais e violentas.

O exercício antirracista da escuta demanda a ruptura com lentes homogêneas sobre as pessoas negras, lentes que historicamente pressupõem precariedade intelectual, afetiva, estética, moral, cultural e simbólica, assim como demanda que se rompa com a ideia de humanidade a partir de valores centrados no sistema de gênero moderno/colonial, valores que pressupõem branquitude e cisheteronorma como parâmetros de saúde, beleza e intelectualidade (Gonzaga, 2022, p. 165).

Nesse sentido, apostamos na ferramenta metodológica da interseccionalidade para analisar e orientar a atuação de profissionais da Psicologia nos âmbitos dos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, considerando o compromisso ético dessa categoria na dirimção das desigualdades e na promoção dos direitos humanos. De acordo com a jurista norte-americana Kimberlé Crenshaw (2002, p. 177):

“A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especi-

ficamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.”

O Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), ao apresentar os princípios fundamentais, nos convoca a reconhecer as relações de poder que compõem nossos espaços de atuação e, diante destas, agir de modo crítico e em acordo com a defesa dos direitos humanos. Ainda que pareça uma diretriz simples, observamos acima que são inúmeras as formas como relações de poder podem se materializar em violações, convocando a nossa categoria a refinar o que entendemos por direitos e o que entendemos por humanos. Essa definição não é tão óbvia como parece, ao menos, como pode parecer num primeiro momento. Reconhecer que a humanidade em si só é possível quando admitimos que são inúmeras as formas de existir e, portanto, inúmeras as formas de se relacionar com o próprio corpo, a própria sexualidade, a própria potencialidade reprodutiva. Para isso, precisamos reconhecer que: “Violências como racismo, sexismo, cis-heteronorma, xenofobia, gordofobia, capacitismo, etarismo, que têm sido utilizadas como catracas sociais impedindo o acesso de determinados grupos ao direito inalienável à saúde.” (Gonzaga, 2022, P. 15).

Assim, é fundamental que a(o) profissional da Psicologia oriente sua atuação sempre considerando as questões culturalmente estabelecidas e os determinantes sociais que prejudicam tanto o pleno exercício dos direitos reprodutivos de cada indivíduo, como a atuação de cada profissional das equipes de saúde, da assistência e da educação. A Psicologia pode contribuir com sua participação nos

espaços de formação com gestores públicos que trabalham na área da saúde sexual e da saúde reprodutiva, fomentando a ampliação desses conceitos, contribuindo criticamente para a efetivação das políticas públicas onde se insere.

Apesar de muitas das políticas públicas terem sido criadas a partir da demanda da sociedade civil organizada, é raro que seja permitido que representantes de usuárias participem da elaboração dos desenhos das políticas públicas de saúde, sendo esses espaços ocupados predominantemente por representantes de classe de profissionais médicos e mais recentemente também pela enfermagem obstétrica e obstetrícia. A Psicologia, como profissão da área da saúde que se interessa em diminuir os próprios muros, deve participar desses espaços e atuar no sentido de demandar a participação de representantes das usuárias, assim como contribuir com temas sobre a importância de um modelo de atenção obstétrica que seja efetivamente acolhedor para pessoas com deficiência, transexuais, travestis, adolescentes, lésbicas, não-binárias, negras, indígenas, intersexo, isso é, uma atenção obstétrica que consiga compreender o sujeito naquilo que lhe é singular. Para isso, é necessário reforçar a importância de valorizar os aspectos psicossociais, respeitar os processos identitários, e sinalizar sempre que possível a necessidade urgente em elaborar e implementar estratégias de enfrentamento às violações de direitos sexuais e direitos reprodutivos.

No que tange à atenção voltada para pessoas com deficiência, é primordial reconhecer a autonomia desse público sobre seus próprios processos sexuais e reprodutivos; o direito ao exercício de sua sexualidade livre de imposições, violência ou discriminação, promovendo estratégias de prevenção a infecções sexualmente transmissíveis ou gestações indesejadas; o direito ao respeito mútuo nas relações sexuais, a sua decisão individual de decidir sobre ter ou não ter filhos, seu direito de receber informações de forma compreensível, empática e com acessibilidade comunicacional, assim

como tomar decisões sobre os procedimentos a serem realizados em seus corpos, ou tomar decisões em conjunto com seus apoiadores (como em casos de deficiência intelectual).

É importante que haja o estabelecimento de acessibilidade atitudinal a fim de erradicar as posturas permeadas por preconceitos, pré-julgamentos e omissões, bem como que a atuação se dê de forma a valorizar os relatos das pessoas com deficiência, suas percepções, sua satisfação com a assistência recebida e as violências que sofrem. Para isso, consideramos a potencialidade de ações produzidas de modo interdisciplinar para favorecer o reconhecimento da dinâmica e os modos de saber/fazer de cada sujeito. O diálogo entre a equipe deve possibilitar que a pessoa seja vista para além da deficiência, contemplando todas as dimensões de sua vida, inclusive sua sexualidade. É recomendado que se proponha a construção de atividades coletivas com as equipes, familiares e com parceiros e parceiras, a fim de colocar em questão estereótipos que ignoram a sexualidade das pessoas com deficiência, o que prejudica o acesso a informações sobre concepção, contracepção, prevenção de IST's e prejudica o acesso a exames ginecológicos, o desenvolvimento do autoconceito do sujeito, a identificação e conseqüentemente o manejo adequado em tempo certo de violências sexuais a que essas pessoas possam estar envolvidas.

Uma etapa relevante para uma atuação que reconhece a autonomia dos sujeitos é conhecer o processo histórico, social e político das lutas ainda em andamento pelo reconhecimento de direitos das pessoas com deficiência; das políticas públicas de assistência social e da promoção de direitos humanos nas mais diversas esferas. Isso cabe também para a atuação junto à população LGBTQIA+. Ainda que tenhamos produções teóricas que apontam para a necessidade do reconhecimento das orientações não-hétero e de pessoas não-cis fora do viés patologizante e exista resoluções do próprio CFP que subsidiam essa perspectiva, é fundamental escutar o que tem sido

colocado por agentes que ocupam os espaços de reivindicação e nos convocam a rever certezas linguísticas, atitudinais e disciplinares, sobre seus corpos e suas potencialidades. O leite materno é, por essa perspectiva de fato, o leite humano, como nos diz Arantes (2023), e a recorrência de termos como materno, mãe, eclipsam a distinção necessária entre gerar e maternar e a existência de corpos masculinos e não binários que podem gestar, parir, amamentar e criar.

Considerando que a falta de humanização dos serviços afasta os usuários, aumenta as demoras no acesso aos serviços e impacta na adesão ao que é proposto pelos profissionais, a(o) profissional de Psicologia deve apoiar o processo de humanização dos serviços, sensibilizando, capacitando e auxiliando na elaboração de estratégias para a plena implementação, buscando que o espaço onde se busca acolhimento e cuidado não se convertam em território de medo, violação, negação das identidades, dos afetos e das histórias que ali chegam. Nesse sentido, compete ao profissional apropriar-se das resoluções do CFP e das normativas do Ministério da Saúde que orientam para a práxis em políticas públicas voltadas para pessoas LGBTQIA+, evitando desinformação e a possível resistência do público a quem se destina às políticas. Para isso, deve-se prezar pela prestação e continuidade do cuidado pelos serviços e profissionais de saúde através de ações a serem frequentemente avaliadas internamente e, também, pelos movimentos sociais e demais formas de organização coletiva dos usuários.

Em amplo aspecto, é urgente uma consolidação do debate sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos na formação de novos profissionais de saúde, especialmente na formação em Psicologia. Compreender os aspectos psicossociais e o caráter sócio-histórico que atravessam experiências recorrentemente presumidas como ‘naturais’, implica numa significativa reestruturação da grade curricular para que políticas públicas, assistência humanizada, saúde sexual, saúde reprodutiva, interdisciplinaridade, intersetorialidade, justiça

reprodutiva sejam paradigmas com os quais psicólogas estejam familiarizadas e aptas a operacionalizar na sua práxis.

EIXO 3 – A IDEALIZAÇÃO DA MATERNIDADE NA PSICOLOGIA: REORIENTANDO ALGUNS PRESSUPOSTOS PARA ATUAÇÃO ÉTICA EM DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

A discussão sobre gestação e maternidades (tomaremos aqui o termo sempre no plural) envolve ambivalências e paradoxos. Apesar da construção cristã ocidental de maternidade como elemento intrínseco a uma suposta natureza feminina, verifica-se historicamente que em diversos períodos e territórios o cuidado com a prole era possível de ser relegado, compartilhado, abandonado ou subestimado (Badinter, 1985; Gonzaga, Gonçalves & Mayorga, 2019; Oy wùmí, 2004). A maternidade consiste em um fenômeno biopsicossocial que, como tal, é delineado a partir dos pertencimentos de classe, raça, gênero, geração e território, sendo inviável presumir que existe um modelo único e ideal de maternidade a partir do qual a Psicologia deve orientar suas intervenções.

Segundo Biroli (2018), ao discutir maternidades e família, a dimensão do controle que incide na vida das pessoas “define fronteiras entre, de um lado, formas de vida aceitáveis e valorizadas e, de outro, formas que, por serem estigmatizadas, são alvo de violência simbólica e privações” (Biroli, 2018 p. 92). A dimensão dos privilégios e desigualdades está expressa em leis e políticas que, promovendo reconhecimento desigual, geram diferenças de acesso a direitos e recursos materiais. No entanto, tais experiências foram pouco exploradas e entendidas como situações permeadas por relações de

poder e, portanto, envolvidas em sistemas de controle, privilégios e desigualdades.

Ao longo deste eixo, discorreremos sobre alguns exemplos onde a experiência de maternidades desafia parâmetros estáticos e burgueses de família, território, comunidade e geração, convocando nossa categoria a uma complexificação desses que são temas fundamentais em nossa atuação (Marques et al., 2019; Vieira-Silva et al., 2019). Toda maternidade não é a mesma, e a maneira como entes de diferentes contextos se relacionam com esse fenômeno produz efeitos complexos na realidade de famílias, crianças, pessoas de idades e configurações múltiplas, inclusive inviabilizando esse exercício de parentalidade.

Trabalhamos com a possibilidade de gravidezes que não são concluídas de acordo com o modelo idealizado pelas representações marianistas da nossa sociedade, onde a vulnerabilidade se delineia como interdição para o exercício autônomo da sexualidade, da potencialidade reprodutiva e do exercício da parentalidade. Aqui, entendemos como vulnerabilidade a situação de pessoas que em razão “da sua idade, gênero, estado físico ou mental, ou por circunstâncias sociais, econômicas, étnicas e/ou culturais, encontram especiais dificuldades em exercitar com plenitude perante o sistema de justiça os direitos reconhecidos pelo ordenamento jurídico” (Conferência Judicial Íbero-Americana, 2008, p. 5). Nesse cenário apresentaremos análises provenientes dos relatos expressos pelas profissionais entrevistadas pelo CREPOP e pela literatura especializada sobre problemáticas como: esterilização; retirada de bebês e gravidezes na adolescência, abordando em todos esses subtópicos uma pergunta que reverbera historicamente no Brasil: Quem pode ser mãe?

Abordaremos ainda como orientar a atuação profissional diante de gravidezes que são concluídas com abortos espontâneos e mortes neonatais, reconhecendo o sofrimento que pode ser expressado nesses cenários. Em todos esses casos um desafio é comum:

ressignificar o espaço das maternidades e centros obstétricos para que possam ser ambientes acolhedores para mulheres que não irão sair de lá com um bebê nos braços, mulheres que não podem ser reduzidas ao significante de mães, mãezinhas (Gonzaga, 2022). Nesse sentido, retomamos a adoção como um direito reprodutivo e a entrega voluntária para adoção como uma expressão de cuidado parental que pode garantir o direito de crianças e adolescentes à convivência familiar. Entre todas essas temáticas, está impressa a realidade da maternidade como fenômeno psicossocial que não deve ser reduzida a essencialismos e pressupostos reducionistas sobre instintos supostamente balizadores da identidade de mulheres cisgêneras.

3.1 - Aleitamento

A possibilidade de amamentar tem sido associada de modo determinista à habilidade e responsabilidade de cuidar. São inúmeros os fatores que possibilitam ou interditam esse processo e que vão desde aspectos fisiológicos (como a produção do leite, lactação), ligados a políticas públicas (licenças maternidade e paternidade), redes de apoio (cuidado com as crianças mais velhas, domésticos etc.) e mesmo ao desejo de dispor do próprio corpo para nutrição de outrem. De forma geral, as campanhas midiáticas sobre a amamentação acabam por confundir gestantes, puérperas, profissionais e a sociedade em geral. A vinculação da amamentação com um suposto e inato amor materno pode tornar a experiência aversiva ou agudizar quadros de sofrimento psicológico, especialmente àquelas que ou não podem, ou não desejam, ou não estão conseguindo amamentar, ou por diversos motivos, podem perceber que não estão realmente sentindo esse amor que é descrito como natural, instintivo e automático. Conforme nos indica o relato de uma(um) psicóloga(o) entrevistada(o):

“O aleitamento materno, a gente sabe como é que mexe com a mulher. Porque, hoje em dia, a mídia cobra muito a mulher amamentar e a gente sabe que muitas mulheres não vão conseguir amamentar, por vários motivos. [...] As mães chegam muito desesperadas. [...] Todo mundo quer que a mãe amamente, mas às vezes a mãe não tá preparada pra aquilo. Outras vezes, ela vai te falar que não quer amamentar mesmo. [...] Então, a gente escuta a queixa dessa mãe, o sentimento dessa mãe em relação ao bebê”. (Sudeste)

A romantização da maternidade inclui em seu bojo a romantização e naturalização do aleitamento como função, além de fisiológica, instintiva e obrigatória. Esse significado atribuído ao aleitamento pode ser interpretado à luz da violência obstétrica¹⁹. Uma vez que esta ideia de evento natural e espontâneo mais atrapalha do que auxilia as relações entre gestante, puérpera e bebê. Para além disso, discursos que induzem, favoreçam ou estimulem a amamentação compulsória, por meio de constrangimento e coerção do corpo da pessoa puérpera, podem ser considerados uma forma de violação de direitos uma vez que não respeitam os desejos e as singularidades. Como nos indica a(o) psicóloga(o) do relato acima, não é função da nossa categoria utilizar-se do exercício profissional para corroborar perspectivas que anulem o sujeito e sua autonomia sobre o próprio corpo. Portanto, é preciso extrema atenção ao que é a queixa da-quele a quem nossa escuta se direciona, buscando acolher o que sejam inseguranças, dúvidas, medos e aversões, colaborando para a vivência desse fenômeno intenso que é o puerpério.

É importante elucidar que aqui não estamos negando os benefícios comprovados cientificamente da amamentação. No entanto, há

19 Para mais informações ver o tópico de violência obstétrica neste documento.

de se considerar uma vasta gama de aspectos que transitam entre os dois extremos do problema: da romantização do aleitamento humano e da amamentação exclusiva, até o incentivo ao desmame precoce, que adquire contornos mercadológicos no capitalismo atual com investimento massivo da indústria em propagandas de alimentos substitutivos ao aleitamento humano.

Assim, todos estes aspectos devem ser considerados pelas psicólogas e pelos psicólogos ao se trabalhar com meninas, mulheres e pessoas que estão lidando com a questão de formas singulares, demandando estratégias situadas e orientadas a suas especificidades. Por isso, cabe aos profissionais incluir discussões amparadas na realidade de seus benefícios e de seus desafios, na ausência de políticas públicas que favoreçam, das dificuldades de conciliação com o trabalho formal e das formas de realizá-lo com conforto, segurança e bem-estar físico, psíquico e social. Em caso de indisponibilidade física e emocional para o aleitamento, é importante que orientações sejam fornecidas tanto para o bem-estar da pessoa em puerpério, quanto da alimentação a ser oferecida ao recém-nascido. Uma possibilidade que deve ser divulgada amplamente é a utilização dos bancos de leite humano. Trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde, ligada ao SUS, para promoção, proteção e apoio ao aleitamento. A doação de leite humano pode ser realizada por pessoas puérperas, inclusive em casos de morte perinatal e neonatal, conforme Nota Técnica nº 22/2020 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que explicou e reorientou a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, bem como todas as instâncias das Vigilâncias Sanitárias (estaduais, municipais e regionais), com relação ao recebimento de doação de leite humano.

3.2 - Gravidezes e adolescência: repactuando nosso olhar

Nos relatos das(os) psicólogas(os) entrevistadas(os) para a produção desse material, apareceu com grande recorrência questões relacionadas à “*gravidez na adolescência*”. Precisamos iniciar essa reflexão refinando a partir de quais premissas de sexualidade e adolescência temos escutado e acolhido essas adolescentes. Num primeiro momento é possível identificar que as(os) profissionais concentram a leitura desse fenômeno numa falha das pessoas responsáveis por essas adolescentes em orientá-las sobre sexualidade e contracepção.

“E a mãe acha normal a filha ter um filho com quatorze anos. Acha super tranquilo. “Ah, eu falei pra tomar remédio”, mas assim “você foi com ela no posto?” Põe até a própria mãe pra refletir nas ações dela. [...] Porque muitas vezes o adolescente precisa de uma certa vigilância ainda.” (Sudeste).

Considerar a gravidez na adolescência como um descuido das famílias - e no limite da intervenção culpabilizar as mães dessas adolescentes pela ocorrência da gravidez - revela um cenário onde contracepção e parentalidade são obrigações presumidas das mulheres, ao passo que desconsidera sobre quais estratégias o Estado - por meio dos equipamentos de educação e saúde - tem adotado para promover saúde sexual e saúde reprodutiva entre adolescentes e jovens. Cabe resgatar que nos últimos anos fomos regidos por lógicas punitivas e conservadoras no que tange à educação sexual nas escolas. A empreitada antigênero implicou em retrocessos e reduziu práticas protetivas a supostas ameaças a valores familiares

cristãos e conservadores (Corrêa & Kalil, 2020). É necessário ainda problematizar sobre a nossa inserção profissional na atenção primária em saúde, considerando que a(o) profissional de Psicologia pode atuar em práticas comunitárias de educação para saúde e exemplos bem-sucedidos dessa atuação no campo da saúde sexual e saúde reprodutiva apontam para a relevância desse tema desde a formação. Para participar do cuidado das pessoas não é necessário imprimir nelas uma moralidade que as reinsira em esquemas de vergonha, fracasso e aprovação social.

P4: “em relação aos direitos sexuais a liberdade de escolha de com quem relacionar, como relacionar então o que vejo na minha atuação trabalho com as gestantes e mulheres e já vou entrar nos direitos reprodutivos que os direitos da mulher fazer o planejamento, quantos filhos quer ter, como quer ter e o que eu vejo da prática ainda está muito falho principalmente nos direitos reprodutivos tanto falha nas políticas de educação e na atenção básica, por exemplo tenho meninas e mais jovens que engravidam por puro desconhecimento dos métodos contraceptivos, como engravidar, porque nunca aprenderam na escola ou com as mães...já ouvi de paciente de 16 anos que namorou 2 anos que não usou método contraceptivo nunca engravidou e achou que era infértil isso mostra um desconhecimento completo do corpo dela, do funcionamento do corpo, do ciclo reprodutivo. E direitos reprodutivos elas são bem desassistidas essa parte da atenção básica, do posto de saúde. Antes da alta o hospital oferece algum método contraceptivo, mas às vezes elas nem entendem.” (Centro-Oeste)

O relato da profissional acima desvela a precariedade de informações fundamentais para a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Muitas adolescentes desconhecem o funcionamento dos próprios corpos, bem como a pluralidade de métodos contraceptivos e de prevenção às IST's. A categoria profissional da Psicologia pode contribuir com espaços de educação em saúde, orientação para práticas protegidas de sexualidade, além de acolhimento e encaminhamento, quando necessário. Para isso é preciso capilarizar nos espaços formativos, metodologias de intervenção psicossocial que nos capacite para a abordagem dessas temáticas de modo orientativo e não moralizante.

Lima, Brito e Firmino (2011) apresentam resultados significativos a partir da articulação do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no centro histórico de Salvador. As autoras indicam que entre 2007 e 2010, mais de 300 estudantes de Psicologia foram capacitados na realização da Oficina *Árvore dos Prazeres* que tinha como principal objetivo promover saúde sexual e saúde reprodutiva com adolescentes do ensino médio da rede estadual. Nessas oficinas temas como contracepção, prazer, sexualidade, preservativo, homossexualidade, lesbianidade eram apresentadas pelas adolescentes em meio a intervenção psicossocial proposta. Outro aspecto que as autoras apresentam como elemento analisador são os relatos de estudantes que tinham dificuldade em acessar os serviços de saúde por constrangimento, medo de serem tolhidos no exercício de suas sexualidades ou ainda de serem expostos pela equipe no território onde moravam. Isso nos convoca a compreender que a presunção dos métodos contraceptivos como acessíveis e disponíveis, muitas vezes desconsidera quais marcadores são operacionalizados como interdições de certos grupos às informações e orientações necessárias para seu uso efetivo.

“Inclusive para adolescentes, que estavam iniciando a vida reprodutiva... a vida sexual, porque não é ofertado a uma que adolescente iniciou, geralmente era ofertado depois porque o DIU, quando você coloca, você não tem a questão de esquecer, não esquecer, né? De saber tomar, de não saber tomar... Seria a longo prazo, mas eficaz. Lógico que respeitando as ideias que a mulher tem sobre isso, mas... E DIU é uma coisa que é fácil de colocar, teoricamente a atenção básica coloca, mas existe um desconhecimento, existe muito mito sobre esse método. E aí teve uma que me disse o que... Uma adolescente de 14 anos, que engravidou, e aí ela disse assim: Se tomou algum remédio que eu conheço? R: “não, eu não tomava não porque eu tinha medo de passar mal.” Passar mal? Como assim? “não porque o pessoal dizia que passava mal tomando anticoncepcional?” aí ela grávida vomitando (risos) horrores sem entender, com muito enjoo. Então é uma questão muito mais básica, não tem como você fazer direito se você não conhece.” (Sul)

A colocação do dispositivo intra-uterino (DIU), bem como a orientação sobre o uso de contraceptivos hormonais e preservativos de barreira não devem ser presumidas como elementos de fácil compreensão, principalmente quando consideramos questões geracionais (pessoas idosas e pessoas em início da vida sexual), territoriais (comunidades afastadas das UBS, grupos conservadores, zonas rurais e ribeirinhas). Nesse sentido, é necessário aprofundar junto a nossa categoria a compreensão de que cada indivíduo deve ter autonomia na decisão de como e se deseja exercer a parentalidade, sobre ter ou não filhos, sobre quantos filhos ter, o espaçamento de tempo entre os nascimentos. De todo modo, é necessário ter acesso a informações e suporte sobre meios e métodos disponíveis para conseguir exercer

plenamente o direito de escolha, o direito de decidir, bem como é fundamental que as(os) profissionais tenham elementos e repertório atualizado para compreender quando definimos uma situação como gravidez na adolescência e quando devemos considerar que se trata de gravidez decorrente de estupro de vulnerável.

“Falta capacitação, nunca tivemos, em 2014 um grupo e eu fui a convite do Ministério da Saúde, fomos pra [Estado] conhecer uma experiência, e aí quando chegamos fomos passando boca a boca pros [profissionais] e é assim até hoje. Eu acho que a gente carece muito de uma capacitação em nível de legislação, existem alguns [profissionais] que desconhecem as leis assim como [profissionais], lá no [hospital onde a profissional atua] tem várias clínicas por ex. eu fico na triagem segunda a sexta de manhã e de tarde, mas chega sábado e domingo tem as colegas que sabem por que já me ouviram, mas tem os que não sabem. Por exemplo, adolescente até 13 anos é estupro de vulnerável, tendo nexos causal ou não tem que fazer, se a família e a adolescente tá solicitando, o nexos causal não é importante, o importante é a lei, porque é estupro de vulnerável, tem que internar e fazer tem [profissional] que desconhece isso.” (Norte).

O apontamento da profissional nos convoca a uma necessária interpelação: por que nossa categoria fundamentalmente apresentou mais considerações sobre gravidez na adolescência - inclusive responsabilizando a adolescente gestante e sua mãe em muitos dos casos - sem se questionar sobre em que condições essa gravidez foi produzida? A legislação brasileira define que qualquer intercurso sexual com pessoa de idade inferior a 14 anos é estupro presumido. Entende-se que se trata de alguém que não tem condições de con-

sentir e que, logo, não deve ser responsabilizado nem pelo ato, nem pelas consequências deste. Mas quais são os elementos que as(os) profissionais têm considerado para definir, por um lado, quando se trata de uma adolescente a ser protegida, por outro lado, de quando se trata de uma adolescente “fazendo coisas de adulto”?

“Foi solicitado pela enfermeira o atendimento de uma menina de 14 anos que estava passando por uma curetagem. Dirigimo-nos à menina, que estava sozinha nesse momento, e a psicóloga perguntou como estava se sentindo. Ela disse que bem, que foi uma surpresa, que estava em estado de choque, salientou que a mãe que não estava bem e que demonstrava estar abalada. A psicóloga pontuou: “às vezes, para a mãe da gente, é difícil nos ver crescendo e fazendo coisas de adultos, dá um tempo para ela conseguir entender tudo também”. Entendemos que o direcionamento da intervenção dela era motivado porque ela acreditava que a curetagem ocorreu pela existência de restos fetais, entretanto, ao olharmos posteriormente o prontuário, tratava-se de uma suspeita de câncer no útero, a retirada foi do possível nódulo.” (Trecho do diário de campo de uma estagiária numa maternidade pública, 2019) (Gonzaga, 2022, p. 10).

A prática da Psicologia, profissão que se define pelo cuidado e pela escuta, não deve se resumir a reprodução de imagens cristalizadas. Imagens essas tecidas na formação do Estado brasileiro desumanizam, hipersexualiza, objetifica e silencia uma parcela significativa da população. No episódio descrito acima uma adolescente negra é interpelada por uma psicóloga branca que pressupõe que sua internação é decorrente de um aborto

e a despeito da pouca idade da garota, presume que se trata de um aborto decorrente de prática sexual consentida, nomeando como “coisas de adulto”. Há tanta certeza no desenrolar da intervenção realizada que a garota, aquela que devia ser escutada, não consegue dizer sobre si, apenas expressa a preocupação com a mãe. Não resta espaço para sua angústia quando a profissional que deveria acolher está demasiadamente ocupada com pressuposições que não lhe permitem enxergar aquela garota como sujeito, a quem se direciona cuidado ou que deveria ser protegida de uma possível violência se fosse o caso realmente de um aborto. Reconhecer as cristalizações que nossa formação social, familiar e profissional imputou em nossa práxis é fundamental para desconstruir as violências que perpetuamos em nossa atuação. Nesse sentido, é de grande valia as reflexões de Carneiro (2020) sobre a dimensão estética em que esbarramos no exercício do encontro com o outro:

“Nível da imagem, da representação imagética, dos estereótipos e retratos preconcebidos que nos tomam por meio de flashes automáticos que criam fotografias instantâneas ao vermos uma pessoa, nível do olhar que não se confunde com a mera visão superficial e colonizada. Aqui se aposta no desmonte das categorizações apresadas que se faz ao olharmos para alguém que chega até nós e traz consigo um corpo com um cabelo, lábios, cor, boca, forma de andar, se posicionar, parar, modo de gesticular e se comportar. Em termos práticos, indica-se o investimento na (des)construção de outras imagens sobre essa pessoa, que não fiquemos apenas com a imagem automatizada e estereotipada, que possamos ir além da velha “primeira impressão”. Como fazer

isso? Dando a oportunidade para que a pessoa nos apresenta essas outras imagens de si através de fotografias, imagens que escolher para falar de si, cenas e retratos que nos permita alcançar que a estrada vai além do que se vê.” (Carneiro, 2020, p. 243).

3.3 - Quem pode ser mãe? A romantização da maternidade e a retirada de bebês

A Psicologia produziu - e segue produzindo - inúmeras classificações que cristalizam o que seria um perfil ideal de mãe e quais parâmetros de cuidado, de casa, de família são indicados para o desenvolvimento adequado de uma criança. Essas premissas muitas vezes ignoram a realidade do contexto brasileiro onde relações de colonialidade impuseram a baixa valorização do trabalho realizado por pessoas negras, além de políticas pós-abolição que interditarão o acesso desse grupo à educação formal (Castro, 2017; Quijano, 2005). Também é preciso considerar como a invasão e exploração de territórios indígenas impeliu diversas etnias a uma migração rumo às cidades, onde suas práticas religiosas, familiares e culturais, assim como seus meios de subsistência, foram afetados radicalmente. As desigualdades de classe, raça, território e geração refletem em políticas públicas que recorrentemente leem a vulnerabilidade social como sinônimo de risco, definindo quais sujeitos são ou não aptos ao exercício da parentalidade (Marques et al., 2019).

“Como numa carta lacrada, onde o selo seria o carimbo, contendo as palavras cuidado da criança, o contexto da carta é bastante pretensioso e significativo, sendo que nele está condo todo um jogo de poder, onde poderíamos ler o que di-

zem nas entrelinhas os vários atores, do jogo de palavras à construção de verdades: “Como pode uma moradora de rua cuidar de uma criança?”, “A família extensa já é tão desestruturada, como acatar mais um membro?”, “A criança é prioridade absoluta frente a lei, portanto temos que agir, a fim de zelar pelo seu bem estar.” ” Mulheres em uso de álcool ou outras drogas não podem amamentar uma criança.”, “A quantidade de álcool ou outras drogas torna essa mulher incapaz para o mundo do trabalho, logo o sustento dessa criança está comprometido”, “Em uma casa sem quartos para a criança, onde fica o bom alojamento para este bebê?”. Estes e muitos outros ditos são expressos de forma natural por alguns técnicos da rede de saúde que trabalham nessas maternidades e igualmente por agentes do poder judiciário; coadunam com o arcabouço jurídico definidor do desenho de mães consideradas em situação de “vulnerabilidade” e de seus filhos que, de acordo com essa visão de mundo, deixam de ser seus.” (Santos et al., 2018 p. 146).

A Psicologia é um saber-fazer convocado a contribuir na definição de quais mães representam mais risco do que cuidado para seus filhos. Em Belo Horizonte, Minas Gerais, a 23ª Promotoria de Justiça Cível da Infância e Juventude do Ministério Público (MP) lançou, em 16 de junho de 2014, a Recomendação nº 05/2014²⁰ e, em 6 de agosto do mesmo ano, a Recomendação nº 06/2014²¹, que indicaram a notificação à autoridade judiciária dos casos de grávidas e puérperas

20 Disponível em: [RECOMENDAÇÃO Nº 05/2014 do Ministério Público do Estado de Minas Gerais.](#)

21 Disponível em: [RECOMENDAÇÃO Nº 006, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2014 do Conselho Nacional de Saúde](#)

com histórico passado ou atual de uso de substâncias psicoativas e o imediato recolhimento de bebês em instituições de acolhimento. Em 2016, fazendo uso do argumento de proteção à infância, a Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte publica a Portaria n° 3²² instando profissionais da saúde a comunicarem no prazo de 48 horas os casos de bebês recém-nascidos cujos genitores tenham trajetória de rua e/ou dependência química, a risco de serem eles, os profissionais, implicados juridicamente para averiguação de possível omissão culposa ou dolosa (Moreira, 2019).

Nesse cenário, a articulação de profissionais com seus conselhos de classe é fundamental para embasar o cuidado com as usuárias e com as(os) profissionais em exercício profissional. O CRP de Minas Gerais foi ativamente atuante nos questionamentos das referidas portarias e, também, na promoção de espaços públicos de debate com a categoria para elaboração de estratégias conjuntas para conservar o compromisso ético-político com os direitos humanos diante desse cenário. O movimento social mineiro “De Quem é Este Bebê?” é um marco importante no enfrentamento das graves violações de direitos nesse período histórico e se mantém com força ativa nos dias atuais²³. Ao entrevistar psicólogas(os) e assistentes sociais que atuavam em maternidades de Belo Horizonte quando essas diretrizes foram publicadas, Moreira (2019) constata que vigora entre as(os) profissionais da Psicologia uma visão romantizada e conservadora de maternidade, o que se contrapõe às experiências que são convocadas a acolher nos seus espaços de trabalho. Nesse sentido, é importante grifar que mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas são duplamente estigmatizadas: pela conduta que é socialmente reprová-

22 Disponível em: [PORTARIA N° 3/VCLJBH/2016 da Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte](#)

23 Para mais informações acesse: [De quem é este bebê? Por mais Saúde e menos abrigamentos em BH.](#)

vel e pela ruptura com o ideal de feminilidade e maternidade que se espera dessas, produzindo reações recriminatórias e reducionistas nas equipes:

“Agora eu to pensando. As pacientes dependentes químicas. Tá, a gente tem as pacientes usuárias de substâncias e assim ó... É bem... Ali ficou muito claro, né. “Ah, a crackelenta. Usou crack, desencadeou e vem aqui. Pobre dessa criança”.

“Ah, olha lá. Depois que ganhou, apagou. Claro né, tava chapada”.

“São as mais vulneráveis...” (Sul)

Muitas camadas permeiam as experiências das maternidades e trazem desafios profissionais consideráveis já que não há, ainda, muitos debates nesse campo. Em 2020, o CRP de Minas Gerais e o CRP de São Paulo produziram um Caderno de Orientações sobre a atuação de psicólogas(os) com mães e suas/seus filhas/os em situações de vulnerabilidade diversa, buscando desmistificar a interface entre maternidades e a situação de rua, o uso de álcool e outras drogas e amamentação, a saúde mental, o vínculo materno e as questões de gênero, o racismo institucional e outros temas (CRP 04/MG & CRP 06/SP, 2020).

Além dos elementos discriminatórios, foi possível perceber entre as(os) profissionais consultadas(os) uma preocupação com a possível negligência que as mulheres podem reproduzir com seus filhos. “Até que ponto essa mulher, ela tem condição de receber alta com esse filho sem colocar essa criança em risco devido à história de vida que ela traz?!” (Sudeste). A presença de penalização jurídica das profissionais aparece nos relatos das(os) psicólogas(os) do sudeste de modo incisivo, o que denota como as portarias supracitadas produzem sofrimento e angústia não apenas nas pessoas gestantes

e puérperas, como também naquelas que são imbuídas de tomarem decisões a partir de um cálculo teleológico de risco, onde a voz da mulher puérpera é considerada com inúmeras limitações. O que ilustra um difícil e denso processo de tradução das experiências de mães comuns em comportamentos patológicos, perigosos e supostamente antissociais.

“A mãe participa. Mas a gente percebe meio que muitas vezes o desejo dela é... é contraditório à trajetória de vida que ela vinha seguindo até então. Então vamos ver que a mulher às vezes entra pra dar à luz em uso de substância, em efeito de substância psicoativa – um crack, muitas vezes é o crack, cocaína, o álcool... E, a partir do momento que ela dá à luz, ela começa com outro sentido, vamos dizer que “agora eu vou parar”. Então que “agora eu vou parar, agora eu vou cuidar dessa criança, agora eu vou morar com a minha mãe”. E a gente fica entre a questão do direito, né, que a gente pensa no Estatuto da Criança e do Adolescente, que fala dessa possibilidade de negligência, que essa criança tem que ser protegida, né, e no relato da mãe, do desejo dela, né.” (Sudeste).

A aposta no desejo expresso pelas mulheres deve ser ponderada de modo intersetorial e interprofissional, de modo a garantir a mobilização com os equipamentos responsáveis pela continuidade do acompanhamento dessas pessoas, seja com a presença do bebê ou não. Como fica explicitado nas reflexões de Moreira (2019), há uma significativa falha assistencial no percurso dessas pessoas para que elas cheguem no momento do parto/puerpério nas condições descritas pelas(os) profissionais e que compete ao Estado propor-

cionar condições para que essas falhas não definam a possibilidade ou impossibilidade do exercício parental:

É necessário deixar claro que, nos casos em que a mulher deseja cuidar de seu filho, o Estado tem a obrigação de fornecer suporte para que isso seja possível. Ao culpabilizar cada mulher por suas vulnerabilidades e dificultar-lhe o direito de permanecer com seu filho, ele apenas camufla as próprias falhas e as dos serviços por ele criados para auxiliar e proteger a população (Moreira, 2019, p. 44).

Nesse sentido, é fundamental retomar a leitura interseccional das maternidades, reconhecendo que esta será definida a partir da garantia ou ausência de direitos que afetam a vida de um sujeito. A fragilidade de políticas públicas de segurança alimentar, moradia e creche dificultam que mulheres que se tornaram mães em contexto de vulnerabilidade socioeconômica possam reorganizar suas vidas com a chegada de uma criança. Isso não deve nos impelir a definir por elas a impossibilidade de maternar, pelo contrário, precisa nos convocar a uma práxis articulada com a rede de equipamentos de políticas públicas disponíveis nos territórios onde nos inserimos, rompendo com leituras que individualizam a precariedade e ignoram as formas de resistência que o indivíduo produz ao vivenciar violências (Nuñez, 2019).

É importante mencionar que a retirada de bebês tem ocorrido em diversas capitais do Brasil, além de Belo Horizonte, como Vitória/ES, Salvador/BA, e São Paulo/SP, porém, as pesquisas sobre o tema ainda são escassas (Lopes, 2015; Gomes, 2017; Lansky, 2018; Rosato, 2018; Malheiro, 2018).

A complexidade desse fenômeno exige a discussão de temas que envolvem preconceitos e tabus vigentes atualmente, como, por

exemplo: situações de dependência de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua, gênero, raça, classe, maternidades, políticas públicas, proteção, negligência, moralidades e violação de direitos. É preciso considerar tais conceitos para compreender como intervenções técnicas podem estar revestidas por questões morais na sua fundamentação (Rosato, 2024).

Mattar e Diniz (2012) afirmam que o exercício da maternagem pode ser mais ou menos legítimo e socialmente aceito, impactando diretamente na garantia dos direitos dessas pessoas. De acordo com as autoras, os principais aspectos que constituem essa pirâmide reprodutiva são: raça, classe, geração/idade e parceria sexual. Desse modo, pessoas não brancas, pertencentes a uma classe econômica baixa, jovens ou bem mais velhas, homossexuais ou solteiras vivenciam a maternidade com mais dificuldades, menos aceitação e em piores condições. Isso, principalmente se for comparado a brancas, de classe média e alta, com idade entre 20 e 35 anos, heterossexuais, com parceiros.

As autoras listaram ainda alguns atributos que também influenciam na construção dessa hierarquia reprodutiva, colocando alguns grupos em condições mais desfavoráveis no exercício da maternidade. São pessoas com IST's/HIV, com deficiências ou com transtornos mentais, pelas dificuldades no cuidado com os filhos; as consideradas promíscuas, por não seguirem uma regulação moral socialmente aceita; em situação de rua, pela falta de condições de prover cuidados materiais aos filhos; usuárias de álcool e outras drogas, por serem consideradas como incapazes de cuidarem de si próprias, quanto mais de uma criança; as que vivem do sexo comercial, por razões morais; as em conflito com a lei, sobretudo as mulheres que estão em privação de liberdade, por não terem assumido papéis sociais de mulheres passivas e cuidadoras. Essas condições específicas juntamente com os aspectos acima mencionados vão construir a ideia de maternidades subalternas (Mattar & Diniz, 2012).

Nesse sentido, é possível observar quem são as pessoas capazes de gestar que estão na base da pirâmide da hierarquia reprodutiva, portanto, aquelas inseridas na ideia de maternidades subalternas que estão sendo impedidas de exercer sua função parental. Diante da retirada compulsória de bebês de pessoas em situação de vulnerabilidade, em diversas capitais do Brasil, o Ministério da Saúde (2015) produziu uma Nota Técnica que apresenta diretrizes e um fluxograma de atenção à saúde para mulheres em situação de rua e/ou usuárias de álcool e outras drogas e seus filhos. Esse documento relata que alguns órgãos da Justiça recomendam a comunicação imediata ao Poder Judiciário desses casos, ainda que a retirada de bebês esteja ocorrendo em localidades onde não há nenhum tipo de recomendação oficial. Trata-se de um documento opinativo “que não possui poder coercitivo ao poder público, sendo desse modo, de cumprimento espontâneo, porém incentivado” (Brasil, 2015c, p. 2).

Essa Nota Técnica resgata os grupos populacionais que geralmente têm seus direitos sexuais e reprodutivos cerceados e reafirma a importância de políticas específicas e garantidas pelo Estado para essas pessoas. Afirma ainda que não cabe “a relativização ou flexibilização dos direitos, inclusive de autonomia e liberdade, tampouco gera o direito de o Estado intervir no processo de cuidado intrafamiliar” (Brasil, 2015c, p. 5). E fundamenta que:

A vulnerabilidade social de tais populações não pode ser utilizada como condicionante para a manutenção ou eliminação de direitos fundamentais. Assim, a não submissão de mulheres que exercem o direito de escolher fazer uso de álcool e outras drogas aos cuidados em saúde e às intervenções judiciais, ainda que gestantes ou nutrizes, não podem interferir no seu direito de permanecer ou não com seus/suas filhos/as, assim como no acesso aos serviços de saúde com qualidade.

Portanto, esses direitos de liberdade e à saúde não concorrem entre si, e constitui violação aos direitos humanos recomendar que o acesso à saúde e a garantia de convivência familiar serão assegurados somente mediante a forçada escolha de não estar mais nas ruas e/ou em uso de drogas (grifo do autor, Brasil, 2015c, p. 6).

Essa Nota Técnica informa que o seu objetivo principal é o fortalecimento da atenção e a oferta de alternativas de promoção e defesa dos direitos desses grupos.

Em 2016, uma nova Nota Técnica do Ministério da Saúde é elaborada conjuntamente com o Ministério do Desenvolvimento Social que aperfeiçoa a anterior. Esse documento fala sobre a importância de um trabalho multissetorial e interdisciplinar, na saúde e na assistência social, na abordagem de casos envolvendo álcool e outras drogas. Retoma o art. 23 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que afirma que a falta ou carência de recursos materiais não é motivo suficiente para perda, ou suspensão do poder familiar.

Além disso, essa Nota também destaca um argumento que vinha sendo utilizado como fundamentação jurídica para afastar as responsáveis usuárias de álcool e outras drogas dos seus filhos, que dizia respeito ao art. 19 do ECA²⁴. No entanto, com a Lei da Primeira Infância (Lei n° 13.257/2016), essa redação foi alterada, não havendo mais nenhuma menção à questão de usuários de álcool e outras drogas: “É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral”.

24 Art. 19 do ECA que vigorou até 2016: “Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes”.

De acordo com Rossato, Lépore e Cunha (2017), abandona-se o texto legal original e preconceituoso de que crianças devem crescer sem contato com usuários de álcool e outras drogas. Os autores afirmam que não podemos considerar tais pessoas incapazes de manter uma família, sendo importante medidas aos responsáveis relacionadas a serviços que favoreçam proteção, apoio, promoção e inserção em programas de auxílio, orientação e tratamento de dependências químicas.

Por fim, essa Nota Técnica apresenta uma proposta de fluxo de atendimento²⁵, para a situação de vulnerabilidade, durante a gestação, no pré-natal, no nascimento do bebê e na atenção à saúde ao recém-nascido.

Gomes (2017) pesquisou a retirada compulsória de bebês na capital paulista e uma psicóloga que atua em Vara de Infância e Juventude (VIJ) disse:

É claro que o ideal seria mães e filhas ficarem juntas. Mas veja, não há rede, não há equipamentos e não há tempo para ficar impulsionando e articulando os outros parceiros. Há muita demanda, não dá pra ficar investindo naquela mãe. No fundo, acho que o sistema nos leva mesmo à destituição do poder familiar (Gomes, 2017, p. 58).

Em grandes cidades, as complexidades se acentuam no trabalho em rede, sem contar o volume de demandas que é muito alto diante da oferta de serviços na assistência social e na saúde. Nesse contexto, o acompanhamento de gestantes, usuárias de álcool e

25 Disponível em De quem é esse bebê?: [fluxo de atenção à saúde das mulheres em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras e aos seus\(suas\) filhos\(as\) recém-nascidos.](#)

outras drogas e/ou em situação de rua, exige dos equipamentos um nível de articulação que ainda não existe.

Para Gomes (2017), o trabalho do Consultório na Rua²⁶ é imprescindível, pois acaba sendo o serviço que fica na ponta e consegue chegar até as pessoas em situação de rua ou com uso abusivo de álcool e outras drogas. O fato de as equipes atuarem diretamente nos territórios e terem ações de busca ativa contribui para o acompanhamento dessa população. São equipes multiprofissionais que também funcionam como interlocutores junto aos equipamentos da assistência social e da saúde. Isso é um ponto de tensionamento para as equipes dos Consultórios na Rua, em função das resistências que os agentes de saúde têm em relação à esta população (higiene, uso de substâncias psicoativas e transtornos mentais) e suas especificidades (horários de atendimento, por exemplo).

Nos momentos de parto e judicialização dos casos, as dificuldades aumentam, tendo em vista que as equipes dos Consultórios na Rua precisam demonstrar para as maternidades e para a VIJ que aquela pessoa está tentando se organizar para ficar com seu bebê. No entanto, a falta de políticas específicas para esse público impede mudanças de ordem estrutural na vida dessas mulheres e pessoas que gestam, especialmente em relação à moradia e emprego. Quando os bebês são abrigados, as equipes do Consultório na Rua precisam acompanhar de perto esses casos para que os direitos de visita e amamentação não sejam violados (Gomes, 2017).

Uma pesquisa realizada por Rosato (2018), entrevistando profissionais que acompanharam casos de retirada de bebês em Belo Horizonte e no Estado de São Paulo, identificou que houve a separação familiar de pessoas que apenas relataram um uso pretérito de dro-

26 “Equipe de saúde com composição variável responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território”. Disponível em: [Ministério da Saúde - Equipes de Consultório na Rua](#).

gas. Essa informação foi colocada nos relatórios das maternidades, ensejando o acolhimento institucional dos bebês, sem que qualquer situação de risco tenha acontecido.

Podemos reconhecer como a retirada compulsória de bebês caracteriza-se como uma ação arbitrária e violadora de direitos que impõe a separação familiar, em diversas situações apenas pelo histórico da gestante, sem que haja um contexto de risco evidenciado. Desse modo, avaliamos a importância de se construir iniciativas que priorizem o cuidado familiar e a atenção integral ao binômio gestante-bebê, possibilitando outras maneiras de lidar com as situações de alta vulnerabilidade, seja pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, seja pela vivência de rua, sem determinar o acolhimento institucional de bebês (Rosato, 2024).

A atuação da(o) psicóloga(o), nesse contexto, deve levar em conta a história singular dessa mulher e pessoa que gesta, como querer e ser ajudada a superar as adversidades, por meio de programas e políticas que colaborem na construção de condições de vida mais dignas. Conhecimentos específicos sobre uso abusivo de álcool e outras drogas e redução de danos são imprescindíveis para que a análise dos casos seja tecnicamente fundamentada, sem moralismos.

3.4 - Quem pode ser mãe? Esterilização

A retirada compulsória de bebês, infelizmente, não tem sido a única forma de controle da possibilidade de maternar de mulheres e pessoas que gestam consideradas inaptas para o exercício da parentalidade. Marques e colaboradores (2022) analisam como a esterilização sem consentimento foi utilizada ao longo da história como instrumento de controle da natalidade dos grupos considerados indesejados. No caso do Brasil, em meio às políticas eugenistas que visavam o embranquecimento nacional, mulheres negras e indígenas foram submetidas sistematicamente ao procedimento de laqueadura

tubária, visando o controle da população não-branca no nosso país (Damasco, Maio & Monteiro, 2012; Marques et al., 2022).

O termo laqueadura, ou ligadura de trompas, se popularizou entre a população brasileira, ocultando o caráter definitivo do procedimento que é efetivamente um método de interromper a possibilidade de reprodução biológica.

Esse método consiste em cortar ou ligar cirurgicamente as trompas, que unem os ovários ao útero. É um método tido como seguro e irreversível, uma vez que o risco de voltar a engravidar é de menos de 1%. Segundo a literatura médica, existem várias formas de executar a laqueadura, tais como: colocando anéis de plástico nas trompas; queimando-as; cortando-as, realizando o ligamento das trompas com fio de sutura ou utilizando cliques de titânio. (Fontenele & Tanaka, 2014, p. 560).

Ao longo da década de 1980 o Movimento de Mulheres Negras Brasileiras buscou denunciar como o uso da laqueadura indiscriminada foi colocado como única possibilidade de contracepção para mulheres negras, pobres e periféricas, sendo muitas vezes realizadas sem o devido consentimento da mulher logo após o parto. Em 1986 o IBGE constatou que mulheres de idade entre 15 e 54 anos, casadas ou unidas e que tinham filhos, a esterilização era o principal meio de contracepção, sendo que 44% delas haviam sido laqueadas, o que superava em muito a média mundial naquele momento (Damasco, Maio & Monteiro, 2012). O posicionamento de embranquecer a população brasileira alinhada a privação de informações substanciais sobre o procedimento de esterilização, atenuado pelo termo mais sutil - laqueadura - consolidou um cenário de esterilização compulsória que naturalizava, inclusive, cenários onde o procedimento cirúrgico era negociado por representantes políticos em períodos eleitorais,

como fica explicitado pelo relato de uma interlocutora da pesquisa realizada por Fontenele e Tanaka (2014, p. 565):

Onde eu operei mesmo foi em uma cidade próximo a Maceió. Lá é assim: tempo de eleição, você podia é... Qualquer coisa que você quisesse fazer, que você tivesse direito, você fazia. Fosse cirurgia. Era só falar: “Eu vou votar no candidato fulano e a minha família vai votar” e você fazia tudo. Foi o que aconteceu. Eu não fiz nenhum tipo de exame. Eu fui lá e me operei. Assim que eu me operei eu passei muito mal. Quase que eu morro, porque a anestesia quase me mata. Porque não tinha feito exames antes pra saber. Se eu tinha, se eu tinha alguma alergia, o que não tinha... Quase morro, faltou nada. Eu passei... Eu fui pra passar um dia, dois dias (internada)... Eu passei 15 dias internada. Quase morro porque eu não fiz nenhum exame, não fiz nada. Eu deveria ter morrido.

Verifica-se nesse cenário que a irregularidade desses procedimentos não tinha como intuito o melhor benefício para a saúde da mulher que era submetida a intervenção cirúrgica, a partir do relato de uma(um) psicóloga(o) entrevistada(o) pela pesquisa do CREPOP, percebemos que essa preocupação segue coadjuvante frente a ideais eugenistas de controle populacional: “P1: a gente escuta muito dizer assim ‘Ah, tem que mandar fazer histerectomia nessas mulheres todinhas porque tem 5, 6, 7 filhos’ né”. (Nordeste)

Infelizmente é difícil ter a dimensão exata da magnitude dessa problemática, haja vista a dificuldade em se registrar devidamente tanto a cirurgia de laqueadura como informações sobre as mulheres e pessoas que gestam que vivenciaram essa experiência. Efetivamente, é preciso afirmar que o fenômeno da esterilização compulsória nos anos 1980 no Brasil teria sucumbido a um limbo histórico se não

fosse pela atuação incansável de mulheres negras que a partir de suas inserções políticas, intelectuais, artísticas e ativistas criaram estratégias de denunciar essa realidade dentre elas destacamos a Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras, liderada pela médica e intelectual negra Jurema Werneck em novembro de 1990; a atuação da ONG Geledés - Instituto da Mulher Negra com grupos de mulheres para discutir sobre essa problemática, além da publicação de dois cadernos em 1991 com o tema Mulher Negra e Saúde e Esterilização: impunidade ou regulamentação; a construção e realização do Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras que ocorreu em 1993 na cidade de Itapecerica da Serra, São Paulo e reuniu organizações do Movimento Negro de vários estados brasileiros tendo como intuito preparar um posicionamento das ativistas para a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994 (Damasco, Maio & Monteiro, 2012).

A partir do Seminário é produzida a Declaração de Itapecerica da Serra cuja relevância é atual ainda hoje e como nos explicita Edna Roland (2009, p. 185):

O peso da “Declaração de Itapecerica” foi tal que legitimou a participação de uma delegação de mulheres negras no Encontro Nossos Direitos no Cairo (em Brasília, 1993) e na Conferência Saúde Reprodutiva e Justiça (Rio de Janeiro, 1994). Diversos itens da Declaração foram incorporados ao relatório oficial do governo brasileiro e ela certamente contribuiu para que a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos indicasse uma mulher negra para representá-la no Cairo.

Essa mobilização é fundamental para consolidar ainda em 1993 uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para analisar

a questão da incidência da esterilização de mulheres brasileiras. Presidida pela então deputada federal Benedita da Silva em parceria com Eduardo Suplicy, naquele momento como Senador, a CPMI entrevistou feministas negras; professores universitários, políticos, médicos, representantes da Igreja Católica, ativistas, membros da Ordem de Advogados do Brasil, demógrafos e outros atores sociais, no entanto, em razão da raríssima identificação do item raça/cor nos serviços de saúde, foi inviável afirmar o caráter eugenista das esterilizações em massa que ocorreram no Brasil nos 1980 (Damasco, Maio e Monteiro, 2012). Ainda assim, é de reconhecimento público que os trabalhos produzidos no âmbito da CPMI foram basilares para a proposição da Lei de Planejamento Familiar n° 9.263 de 1996; que postulava critérios para a realização de laqueaduras tubárias. É ainda na vigência dessa lei que as(os) psicólogas(os) participantes da pesquisa que deu origem a essa referência técnica foram entrevistadas em 2018, e por isso analisaremos suas reflexões sobre a realidade dos serviços a partir dessa legislação articulando com as modificações realizadas em 2022.

Na ausência de reconhecimento sobre as violações que ensejaram a Lei de Planejamento Familiar é possível perceber entre as(os) psicólogas(os) entrevistadas(os) um incômodo nos critérios que teoricamente dificultariam o acesso à esterilização cirúrgica: “muitas saem daqui querendo uma laqueadura, mas como não é possível por vários critérios ou por não entrar nos critérios, ou por não ter feito isso na Atenção Básica, aí a gente faz também as orientações do DIU” (Norte)

Os critérios vigentes até então indicavam que só poderiam ser esterilizados aqueles, homens e mulheres, que tivessem ao menos dois filhos vivos ou ao menos 25 anos de idade e que se respeitasse o prazo de sessenta dias entre a solicitação e a realização do procedimento (BRASIL, 1996). Na revisão produzida pela Lei n° 14.443 de 2022 a faixa etária mínima foi reduzida para 21 anos, sendo conservados

os outros elementos previstos na versão de 1996, inclusive a orientação multidisciplinar no período dos 60 dias entre a manifestação do interesse e a cirurgia. Cumpre destacar que é ainda ressaltado no texto da lei que esses critérios obedecem à preocupação de evitar a esterilização precoce de pessoas em idade reprodutiva. Isso é de extrema relevância quando consideramos que é fundamental apresentar aos sujeitos que buscam pelo serviço de esterilização, todas as possibilidades contraceptivas que podem ser de curto, médio ou longo prazo, mas podem ser revertidas se o sujeito assim desejar, o DIU é um desses métodos, por exemplo.

Essas considerações são pertinentes quando consideramos que a decisão pela esterilização pode ser objeto de arrependimento futuro, como constatado por Fontenele & Tanaka (2014). As autoras destacam que as razões pelas quais essas decisões são tomadas envolvem uma trama complexa de elementos sociais, relacionais e muitas vezes de oferta ou ausência de informações pertinentes a sua própria potencialidade reprodutiva. Para Barroso (1984) é fundamental reconhecer que elementos como classe, raça, idade, estado civil, vão reverberar em decisões reprodutivas que estão condicionadas a elementos que não raras vezes reduzem a possibilidade de decidir autonomamente. Essas reflexões podem ser percebidas materialmente nas narrativas das interlocutoras entrevistadas por Fontenele e Tanaka (2014) que expressam como razões para realização da laqueadura o medo de engravidar de relações violentas; a proibição do uso de contraceptivos pelos maridos; a naturalização do procedimento entre mulheres da família; a dificuldade de adaptação com os anticoncepcionais hormonais, elementos que no momento da entrevista realizada pelas pesquisadoras já não vigoravam na vida das mulheres.

Ao lidar com a solicitação de esterilização, é preciso que nossa categoria profissional se desprenda das noções neoliberais de escolha e que possamos proporcionar informações fidedignas sobre outras

possibilidades reversíveis de contracepção, os efeitos a médio e longo prazo do procedimento e se essa for a decisão sustentada pelo sujeito, os critérios atuais para realização do procedimento. Nesse sentido, um aspecto importante que chama atenção é a ideia presente na narrativa das profissionais sobre impedimentos colocados no âmbito dos próprios serviços para a realização do procedimento, impedimentos que, inclusive, contrariam o que estava previsto em lei: “mesmo que ela esteja com toda a documentação vinda lá da rede básica, ela não é feita a laqueadura se ela não tiver uma indicação de uma Cesária, os médicos não são obrigados a fazer” (Norte).

A realização da esterilização em contexto de parto e abortamento estava vedada na versão original da lei de 1996, sendo destacado que isso deveria ocorrer apenas em necessidade comprovada por risco decorrente de cesarianas anteriores (Brasil, 1996). Desse modo, consiste numa violação do direito da pessoa usuária a condicionante de uma cirurgia cesárea como critério para realização da laqueadura tubária que atende os critérios previstos em lei. Atualmente, após a revisão realizada em 2022, se determina que o procedimento pode ser realizado no momento do parto desde que seja garantido o prazo de 60 dias entre a manifestação do desejo pelo procedimento e a realização do mesmo (Brasil, 2022).

Para Marques e colaboradoras (2022) aparentemente as mulheres e pessoas que gestam são as únicas que não possuem poder de decidir sobre quem deve ou não nascer. Sobre isso, destacamos as reflexões de uma técnica ao conduzir as entrevistas desta pesquisa:

“Os trechos demonstram também como é feita a regulação do corpo da mulher, uma vez que lhe falta autonomia sobre seu próprio corpo, levando em consideração que a mesma precisa passar pelo crivo do Estado e ainda encontrar um pro-

fissional que “queira” realizar o procedimento de laqueadura.” (Norte)

É digno de nota que ainda que as profissionais expressem a resistência de profissionais a realizarem a esterilização cirúrgica, a literatura tem apresentado que esterilizações sem consentimento continuam ocorrendo e obedecendo critérios racistas, machistas, classistas e heteronormativos. Como afirma Marques e colaboradoras (2022, p. 436): “O corpo da mulher se configura como objeto de intervenção quando afronta as normas sociais impostas.” Situações em que se legisla sobre os corpos de mulheres decidindo pela interrupção de sua potencialidade reprodutiva sob o argumento de que são usuárias de substâncias psicoativas ou hipossuficientes, ou em situação de rua, ou estrangeiras pobres, ou mulheres que já tem muitos filhos são ainda uma realidade no Brasil (Duarte et al., 2021; Marques et al., 2022). Ainda que em 2022 tenha sido retirada da Lei de Planejamento Familiar a exigência da autorização do cônjuge para realização do procedimento de esterilização cirúrgica, o que denota um componente sexista de controle da potencialidade reprodutiva; se mantém questões morais que viabilizam a interdição de determinados sujeitos pessoas produzirem filhos biológicos.

Por questões morais, entende-se que a autoridade, utilizando-se do seu poder estatal, presume-se aquela mulher teria ou não condições para criar seus filhos de modo que estes não se tornem um problema à sociedade futuramente. Assim, caso esta não se enquadre dentro do que se é esperado, justifica-se a violação de direitos por parte do poder público, quando na verdade, este deveria ser o responsável por amparar e retirá-la da condição de vulnerabilidade social. (Marques et al., 2022, p. 435-436).

3.5 - Perda gestacional perinatal e óbito neonatal: acolher o luto

Todos os anos, no Brasil e no mundo, milhares de gestantes passam por abortos, perdas gestacionais e pelo óbito perinatal (período que compreende desde a 22ª semana de gestação até sete dias após o nascimento) e neonatal (que compreende os 28 dias após o nascimento). Estimam-se cerca de 1,9 milhões de natimortos globalmente por ano (UNICEF, 2024), e esses valores podem ser ainda mais altos se consideramos a subnotificação de abortos e óbitos fetais.

Há um silêncio no entorno dessas questões, frequentemente atreladas à vergonha, culpa e sentimentos ambíguos. Ainda que esses fenômenos sejam recorrentes do ponto de vista epidemiológico, os espaços físicos das maternidades e centro obstétricos, bem como os currículos dos cursos que formam profissionais da saúde aptos para lidar com a obstetrícia, desconsideram essa realidade (Salgado et al., 2021). Por este motivo, gestantes e familiares enlutados pela perda de um bebê seguem recebendo uma assistência repleta de condutas inadequadas, sofrendo desrespeito e violência em um dos momentos de maior vulnerabilidade de sua vida.

Cabe indicar ainda que as desigualdades que estruturam o Brasil são fatores relevantes para compreensão da mortalidade perinatal e neonatal. De acordo com análise produzida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005d), esses índices aparecem em estudos epidemiológicos com significativa discrepância na morte entre filhos de mães negras e mães brancas. Dentre os elementos relacionados à alta mortalidade entre famílias negras, que impactam a saúde da mãe e do bebê, estão: menor tempo de gestação, baixo peso ao nascer, menor número de consultas pré-natal, além do racismo institucional no momento do parto (Brasil, 2005d; Leal et al., 2017; Pacheco et al., 2018).

Góes (2019, p. 25) indica que racismo institucional pode ser definido “como o acesso desigual por conta do pertencimento racial a bens, serviços e oportunidades, sendo normativo, mesmo sem ser legalizado”. Compete à nossa categoria profissional interpelar se a nossa práxis se enquadra nessa definição e interpelar a naturalização dessas desigualdades. Exemplificando, como em uma cena analisada por Gonzaga (2022), uma psicóloga realiza o atendimento de um casal negro que estava em luto e indignação pela morte do bebê no nascimento, alegando que a morte seria decorrente da negativa de atendimento e da demora em prestar atendimento, ao que a profissional diz que não cabe buscar por culpados e que diante da fatalidade o ideal é aceitar e não apontar responsáveis. Diante disso a autora interpela:

“Não nos compete afirmar quais fatores culminaram no desfecho que esse relato nos traz, mas cabe pensar: qual o papel da psicóloga diante dessa perda que também é vivida com revolta? É papel da psicóloga elencar quais comportamentos e sentimentos são legítimos nesse momento? Chorar é esperado, mas suspeitar, não questionar, jamais. Quais manuais dão conta de nos dizer o que é legítimo sentir, dizer ou fazer diante do atravessamento da dor da perda com o reconhecimento da desigualdade? A escuta psicológica não deve se prestar a uma docilização dos afetos, tampouco numa deslegitimação das queixas que os sujeitos trazem a partir da suspeição de injustiças e violências que se materializam cotidianamente. É preciso conhecer os dados que nos mostram a gravidade do racismo institucional nos serviços de saúde e, mais especificamente, a gravidade dos números de mortalidade materna no Brasil para reconhecer que o sujeito não sofre apenas pelo

luto, mas também pela indignação de quem reconhece um padrão recorrente de descaso em suas experiências.” (Gonzaga, 2022, p. 6)

Implementar uma diretriz de acolhimento para o luto perinatal (Salgado et al., 2021) pressupõe, num primeiro momento, superar limites e desafios culturais. Se o parto e o nascimento já trazem de forma marcante a dimensão dos aspectos socioculturais, o que dirá do nascimento e da morte que em contextos dramáticos se encontram no mesmo momento, ou separados por poucos dias. Nascer e morrer são fenômenos repletos de marcas sociais e culturais e este parece ser um dos primeiros desafios a se lidar quando se trata da morte de bebês e de protocolos de luto perinatal. Por este motivo, a Psicologia possui um papel fundamental na reflexão, condução e avaliação dos eventos que circundam as perdas gestacionais e o óbito de bebês, papel que deve imbuir na sua leitura e intervenção um posicionamento crítico sobre a reprodução das violências, ao invés de silenciá-las, como explicita uma(um) profissional entrevistada(o) para essa publicação, que a partir da sua experiência nos serviços identifica que o descaso com algumas situações está associado a um descompromisso com a atenção para classes populares, além da dificuldade de ser escutada num ambiente médico-hospitalar:

“Eu lembro que na pós de familiar e sistêmica eu fiz um trabalho sobre perdas, atendimento de um casal que tinha passado por uma perda, uma perda gestacional e aí, acabei lendo o material de outros... de outros lugares, o pessoal de Portugal é muito bom nessa parte assim temos artigos de perda gestacional (inaudível) não contabiliza dessa forma. Mas o correto era haver levantamento dessas situações. Porque que isso tá acontecendo, né? E alguns natimortos, algumas mortas. A gente precisava investigar porque que essas

crianças estão morrendo. Não tem. O máximo que a gente faz é contagem, né. A gente acabou, eu e (fulano de Tal), né. A gente acabou pensando num protocolo de, dentro do pré-natal, dentro da assistência, é multiprofissional, havendo mais de duas perdas de encaminhamento pro geneticista, e ele se disponibilizou a fazer isso, mas o que é que ele fala? Ninguém liga pra geneticista, é, ninguém liga pra psicólogo, né. A gente é secundário, terciário, então quando a gente começou a levantar e ver isso, a gente pensou nisso, assim, a partir de duas perdas precisa ser avaliado e dedicado e tá lá com a equipe, ele pode fazer isso, mas a coordenação, a gestão num tá interessada, entretanto da é, que quando eu tava no pré-natal, o ambulatório era como se eu quisesse florear, eu quisesse fazer uma coisa que era muito legal e que não precisasse, é como se é pra pobre, não precisa disso, sabe? A impressão que dava era essa, né.” (Nordeste)

Assim como relatado pela(o) psicóloga(o) acima, vários países já possuem diretrizes próprias acerca do luto perinatal, com a intenção de organizar os serviços ou formar profissionais que trabalham em Obstetrícia. Canadá, Reino Unido e Austrália, por exemplo, possuem documentos que orientam sobre o acolhimento nesses casos, já a França possui uma legislação específica (Salgado et al., 2021). No entanto, no Brasil, exceto por algumas poucas publicações (Salgado & Polido, 2018; Salgado et al., 2021; Polido & Salgado, 2022), não há nenhum documento oficial ou política pública específica para orientar a organização do sistema de saúde, das instituições ou da formação dos profissionais quando a questão se refere a perdas gestacionais ou óbitos de bebês e obviamente que isso reflete na formação das psicólogas e dos psicólogos.

Quando falamos sobre luto perinatal, temos algumas especificidades que são fundamentais de serem contempladas especialmente pelas(os) psicólogas(os). Ver, segurar no colo, ninar, banhar, vestir e fotografar um bebê morto são situações que algumas famílias, mas principalmente as equipes, costumam avaliar, em um primeiro momento, como mórbidas. No entanto, quando se trata da única oportunidade de se conhecer o seu filho, vincular-se a ele e se despedir, esta é uma oportunidade única que deve ser possibilitada, garantida, mas nunca imposta (Salgado & Polido, 2018) e, sendo desejo da família, isso deve acontecer dentro das dependências de uma maternidade e sob os cuidados de profissionais da saúde. Em uma situação como essa, psicólogas(os) possuem um importante papel não somente no cuidado junto às famílias, mas também no apoio oferecido à equipe que pode ficar desconfortável ou emocionalmente afetada pela situação.

Desta maneira é fundamental que as instituições tenham uma diretriz de acolhimento norteadora para a assistência de famílias enlutadas pela perda de uma gestação, ou pela morte de um bebê, que orienta profissionais e equipes, desde o diagnóstico do óbito (ou da doença/síndrome/má formação que possivelmente levará à óbito) até a gestação de um novo bebê (quando há uma gestação seguinte àquela em que o bebê veio a óbito) (Salgado et al., 2021). Além disso, tais diretrizes não devem jamais constranger ou limitar as famílias, pelo contrário, devem ser protocolos que permitam tempo (cronológico), espaço (seguro e privado) e vivência (experiências) junto a seu bebê para a criação de memórias físicas, sensoriais e emocionais. Neste sentido, oferecer tempo e espaço privado para a família estar com o seu bebê, possibilitar rituais religiosos em todas as suas perspectivas e sem discriminação (ex: batizado, benzimento, oração, extrema unção, dentre outros), é fundamental e não haverá outro momento para que isso aconteça. Destacamos que não compete à(ao) psicóloga(o) sugerir práticas religiosas ou recorrer a explicações

dessa ordem no manejo do luto das famílias, conforme indicado na Resolução n° 7 de 06 de abril de 2023; a Psicologia é uma ciência e profissão que se ancoram na laicidade, por isso respeitar todas as expressões religiosas e garantir o exercício destas não implica em impor ou sugerir essas práticas.

Nesse sentido, um dos aspectos fundamentais nas diretrizes de acolhimento é compreender que uma assistência adequada às famílias passa necessariamente por profissionais de saúde que, além de capacitados para prestá-la, também se sintam acolhidos em seus lutos, medos e sofrimentos (Salgado et al., 2021). Desta forma, uma diretriz só é possível quando profissionais e equipes possuem espaços institucionais para compartilhar experiências difíceis de sua prática profissional, bem como espaços seguros para dividir sofrimentos da esfera pessoal e encontrar apoio, escuta e/ou suporte psicológico. Neste último caso, ter dentro da instituição profissionais devidamente capacitados para prestar esse acolhimento ao luto aos demais profissionais, trabalhadores e equipes é fundamental. Em geral, estes são chamados de profissionais do luto, ou *bereavement midwives* em serviços onde obstetizes estão na linha de frente da assistência ao parto (Salgado et al., 2021). Já no Brasil, a(o) psicóloga(o), pela natureza de sua formação e experiência clínica e profissional, tem essa vocação e pode colaborar com esta função, seja na assistência às famílias, seja na formação e acolhimento dos profissionais, mas é fundamental reconhecer que esse é um desafio a ser encarado de modo interdisciplinar, intersetorial e interprofissional.

Para que esse acolhimento seja efetivo, é preciso desconstruir a cultura de que morte é uma coisa que deve ser uma “página a ser virada” o mais rápido possível e de que luto é algo que tem que ser superado (Polido & Salgado, 2022). Tanto os rituais de despedida quanto a vivência de luto são fundamentais para se lidar com os sentimentos que a morte provoca e que devem ser vividos em sua plenitude, o que pressupõe tempo cronológico e emocional, de forma

que os enlutados possam conviver de forma saudável, e pelo tempo necessário, com as emoções advindas pela perda da pessoa amada. Ter uma postura aberta e respeitosa em relação aos instrumentos acionados nas realidades em que trabalhamos, escutamos, intervimos. Portanto, é necessário romper a barreira de preconceitos e crenças individuais e culturais das(os) profissionais que prestam a assistência de forma a abrir espaço para que as famílias possam ter um tempo de qualidade com o seu filho, com base em suas crenças e valores, se isso for o desejado.

Todo luto, por todas as perdas significativas da vida de um indivíduo, se dará a partir das memórias que temos da pessoa que morreu e do vínculo que foi perdido e isto não é diferente quando se trata da morte de um bebê ou da perda de uma gestação. No entanto, em situações como essas, temos pouco ou quase nada de lembranças e memória deste filho. Por isso, conhecer seu bebê, reorganizar, criar vínculo com ele e poder se despedir dele é a base para a criação de memórias e pode ser um elemento facilitador na elaboração do luto (Polido & Salgado, 2022). Deve ser possibilitado para as famílias a possibilidade de coletar memórias físicas do seu bebê – mechas de cabelo, impressões do pé, da mão ou da placenta, fotos variadas, pulseiras com as informações sobre a internação, roupas e registros de informações do bebê, são memórias que poderão ser guardadas em uma caixa ou envelope e acessadas a qualquer momento (Salgado & Polido, 2018). Além disso, toda a assistência recebida, desde a comunicação da má notícia, cena potencialmente carregada de intensidade, gerará lembranças e memórias. Desta maneira, a qualidade da assistência recebida é diretamente proporcional à quantidade e, principalmente, qualidade da memória que se terá do momento do nascimento/morte de um filho.

3.6 - Entrega voluntária para adoção

Considerando as ambivalências e paradoxos que envolvem as diferentes maternidades, é importante discutir a situação de mulheres e pessoas que gestam que, por diferentes motivos, engravidam e decidem não assumir a maternidade da criança que estão gestando. Esse tema não é novo e, a depender do período histórico, é tratado de distintas maneiras.

No período colonial, no Brasil, houve a implantação da roda dos expostos, enquanto estratégia de entrega de bebês, de forma anônima, para que fossem criados por outras famílias. Com esse dispositivo, evitava-se constrangimentos porque não havia contato entre a pessoa que entregava e a pessoa que recebia o bebê e eventuais infanticídios deixavam de ser cometidos. Essa prática era compreendida moralmente como uma situação de abandono. Considerando que a última roda dos expostos foi desativada somente em 1950, não há como deixar de reconhecer a influência dessa moralidade atualmente.

Ao mesmo tempo, há poucos dados históricos sobre essas pessoas que entregaram os bebês e como essas crianças foram entregues e adotadas por outras famílias. Fonseca (2012) afirma que, ainda que houvesse cartórios para regularizar situações de adoção, a partir do Código Civil de 1917, a grande maioria dos casos não chegava, predominando a chamada “adoção à brasileira”. Muitas crianças passaram a ter registro civil de nascimento apenas quando entravam no ensino regular ou para prestar serviço militar. Significa dizer que havia uma informalidade que deixou de ser hegemônica apenas a partir de 1970 quando os procedimentos estatais se tornaram mais sistemáticos.

O preconceito não se restringia a quem entregava seu filho para adoção, mas também se dava com as crianças que eram adotadas. Nessa lógica, era comum que os pais adotivos não contassem a

história de origem para seus filhos. Quando adultos, ao procurarem informações sobre seus pais, essas pessoas adotadas tampouco encontraram dados a respeito de sua filiação. Fonseca (2012) conclui que essas mulheres e pessoas que gestam e entregam seus filhos para adoção constituem-se como “uma das categorias mais esquecidas da história” (p. 30).

Motta (2015), ao estudar essa população, explica que os bebês entregues nas rodas não advinham apenas de mulheres pobres que não tinham condições financeiras de cuidar do filho, mas também de mulheres brancas e solteiras que ficariam “desonradas”. Isso demonstra a variedade de razões que podem levar uma gestante a decidir entregar seu filho para adoção. A autora propõe que o termo “abandono” seja substituído por “entrega” com o objetivo de retirar o estigma e o preconceito associado às pessoas que, ao engravidar, acabam não exercendo a maternidade (Motta, 2015).

Nesse contexto, o CNJ elaborou o Manual sobre Entrega Voluntária (2023) para efetivar a Resolução CNJ nº 485, de 18 de janeiro de 2023²⁷ que trata desse assunto, detalhando como deve ser o tratamento dessa situação específica. Destacamos cinco aspectos de especial relevância que devem ser observados nesse Manual.

O primeiro deles se refere ao não constrangimento, ou seja, a “gestante ou parturiente, não deve sofrer qualquer preconceito ou pré-julgamento por manifestar seu desejo de entregar o(a) filho(a) para a adoção” (CNJ, 2023, p. 14) por parte de qualquer profissional e/ou serviço que venha a atendê-la.

O segundo aspecto a ser ressaltado é que a “entrega voluntária não implica em poder de escolha dos pais acerca de quem o(a) filho(a) será destinado(a)” (CNJ, 2023, p. 15), ou seja, o bebê irá ser encaminhado para uma família que faz parte do cadastro de pretendentes à adoção, gerenciado pelo Poder Judiciário. Isso não ocorre

27 Acesso texto da resolução em: [RESOLUÇÃO N. 485, DE 18 DE JANEIRO DE 2023.](#)

somente quando a genitora indicar seu desejo de que o/a filho/a permaneça com a família extensa ou ampliada²⁸.

O terceiro ponto diz respeito ao direito ao sigilo que a gestante ou parturiente tem em relação “ao nascimento da criança e à comunicação aos membros da família extensa e suposto genitor” (CNJ, 2023, p. 17). Significa dizer que ela pode informar ou não sua família, ou o genitor, devendo seu desejo ser respeitado.

O quarto elemento relevante indica expressamente:

Após o parto, cabe à parturiente a decisão de ver ou não a criança, amamentá-la ou não e escolher ou não o seu prenome. O estabelecimento de saúde deve ser orientado quanto à necessidade de respeitar o desejo da mulher, sem haver qualquer questionamento, julgamento ou convencimento em relação à sua decisão (CNJ, 2023, p. 23).

O quinto aspecto menciona o direito à retratação por parte da mulher e pessoa que gesta que relatou a decisão de entrega voluntária do seu bebê, ou seja, pode-se manifestar arrependimento do que inicialmente decidiu, a qualquer momento, se ainda não houve a audiência judicial. Profissionais e serviços devem respeitar a retratação, sem julgamento ou tentativa de convencimento.

Do ponto de vista procedimental, a decisão de entrega voluntária pode ser iniciada em qualquer serviço da rede socioassistencial, a partir do relato da gestante ou parturiente, como, por exemplo, em maternidades, hospitais, escolas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselhos Tutelares, dentre outros órgãos. A partir

28 “De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), trata-se da família ‘formada também pelos parentes próximos com as quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade’. Poderá evoluir para a família substituta com algumas ressalvas” (Rossato et al., 2017, p. 155).

dessa comunicação inicial, a gestante ou parturiente deve ser encaminhada, “de preferência de forma imediata, para acolhimento e atendimento por equipe interprofissional do Poder Judiciário” (CNJ, 2023, p. 16).

A partir desse atendimento especializado, é feito um relatório que subsidiará a audiência judicial de escuta. Sendo mantida a decisão de entrega voluntária do bebê, é homologada a extinção do poder familiar e o bebê será encaminhado para uma família de pretendentes à adoção. Nessa ocasião, a pessoa deve ser informada que, a partir da data da audiência, ela tem até 10 dias para retificar essa decisão, caso se arrependa e deseje assumir a maternidade do(a) filho(a). Se, nesse prazo, houver arrependimento, o bebê deve ser entregue à genitora imediatamente.

Havendo a confirmação da entrega voluntária, é importante que a genitora seja informada que não terá nenhum tipo de contato com o(a) filho(a) que será adotado(a). Quando ele(a) completar 18 anos, caso queira, pode conhecer sua origem biológica e acessar o processo que originou sua adoção (art. 48 – ECA).

Para concluir, trazemos a reflexão de Motta (2015) de que precisamos abandonar a ideia recorrente de que:

A mãe que entrega a criança a abandona, porque não se interessa por ela, não a ama e está pensando somente em si mesma. Por vezes, a mãe que entrega abre mão do seu sonho de ter um filho consigo, de criá-lo, porque reconhece que não tem condições concretas ou internas para fazê-lo. O sofrimento apresentado debela qualquer hipótese de indiferença. Em muitos casos, se pensasse em si mesma estaria levando o filho consigo para viver de qualquer forma, em qualquer lugar. Insistimos, portanto, no uso do termo entrega para designar o ato que separa a mãe bio-

lógica do filho, pois este ato pode estar pleno de amor e preocupação pelo bem-estar da criança e, portanto, muito distante de um ato de abandono (p. 310-311).

Nesse contexto, compreendemos que cabe às psicólogas e psicólogos, construir intervenções junto a essas mulheres e pessoas que gestam, de acordo com cada história singular e sem um viés moralista. Ao mesmo tempo, é importante atuar como um ponto de apoio para essa pessoa, garantindo pleno acesso a todas as informações e políticas que ela porventura precise, colaborando para a construção de decisão consciente e madura.

3.6.1 - Adoção como direito reprodutivo

Atualmente, adotar é uma forma de filiação definida por lei de caráter irrevogável, colocando pais e filhos em condições jurídicas idênticas às famílias biológicas (Mendes, 2007).

Vale mencionar que a adoção sofreu inúmeras alterações desde sua primeira regulamentação, no Brasil, em 1916. Nessa ocasião, havia um entendimento de que adotar “era concedido tão somente para atender aos interesses dos adotantes” (Rossato, Lepore & Cunha, 2017, p. 189). Hoje a adoção constitui-se como uma medida protetiva excepcional aplicada quando a manutenção da criança e/ou adolescente na família biológica foi inviabilizada, conforme art. 39 - § 1º do ECA (1990), havendo uma nova compreensão, focada na infância e juventude como prioridade.

A chamada adoção pronta ou “*à brasileira*” acontece quando há o encaminhamento do bebê para terceiros, sem intermediação do Poder Judiciário. Essa prática, apesar de bastante comum no contexto brasileiro, constitui-se como crime.

Hoje, as crianças e adolescentes que serão adotados são aqueles que foram separados da sua família de origem, estão em acolhi-

mento institucional e não têm condições de retornar para a família biológica. Há também os bebês que advêm de entrega voluntária e seguem direto para adoção quando a gestante toma essa decisão.

De acordo com Schettini, Amazonas e Dias (2006), ainda que um dos maiores motivos para buscar a adoção seja a questão da infertilidade, atualmente há diversos casais que já tem filhos biológicos, casais na meia-idade, casais homoafetivos e pessoas solteiras que também desejam adotar.

Dessa forma, é possível compreender como a adoção tem sido uma forma de se constituir família, assim como na perspectiva biológica, com menos preconceitos e discriminações que ocorriam anteriormente. Levinzon (2004) indica que, na realidade, “toda filiação é, antes de tudo, uma adoção” (p. 25), apontando como tanto pais biológicos e adotivos vivenciam experiências semelhantes quando se tornam pai e mãe.

De modo mais específico, Laia (2008) aborda como a adoção é vivenciada pelo adulto que busca exercer a parentalidade junto a uma criança e/ou adolescente:

Quando alguém decide se tornar pai ou mãe, um desejo de adoção coloca-se em ato. Este ato é uma declaração pública que diz sim à responsabilidade de sustentar um processo particular de filiação/adoção. Devemos, portanto, averiguar, em cada situação, se a declaração “quero essa criança como filho(a)” comporta efetivamente o consentimento com uma responsabilidade, se há mesmo quem responda por este desejo e se, por isso, ao ser o desejo de alguém, não é anônimo, mas um desejo particular de sustentar, na lida com a criança, as funções paterna e materna (p. 32).

Além disso, é importante que cada cônjuge identifique e avalie qual é a sua posição subjetiva diante do projeto de adoção, pois, o desejo tem um aspecto singular, ainda que, muitas vezes, em um casal possa haver uma motivação comum de buscarem o exercício da parentalidade. O(a) postulante também deve se interrogar sobre o lugar que a criança irá ocupar nessa família, assim como o tipo de filiação que pretende estabelecer. Trata-se de um questionamento fundamental para construir um espaço simbólico para essa criança (Hamad, 2002).

Havendo a consolidação do desejo de adotar, as pessoas devem procurar a VIJ mais próxima da sua residência para iniciar o processo de habilitação à adoção. Os pretendentes apresentam documentos, participam de entrevistas psicossociais e cursos na área, são avaliados para depois poderem ter seus nomes inseridos no cadastro de adoção, onde irão aguardar uma criança e/ou adolescente no perfil escolhido. Os procedimentos variam de acordo com a cidade onde a habilitação irá ocorrer, no entanto, tem sido cada vez mais comum, a orientação e, em alguns locais, a obrigatoriedade de participar de grupos de apoio à adoção²⁹.

Essa forma de conduzir a avaliação dos pretendentes à adoção foi definida pela Lei 12.010, de 2009, porque foi identificada a importância de haver um preparo dos postulantes para lidar com a temática da adoção e o processo de adaptação de crianças e/ou adolescentes em um novo lar. Esse trabalho é desenvolvido e realizado pelas equipes técnicas do Poder Judiciário.

No entanto, a preparação de quem será adotado fica a cargo das instituições de acolhimento institucional que são serviços ligados ao Executivo dos municípios. Não há uma padronização de como as crianças são preparadas ou como as equipes desses serviços devem

29 Para mais informações: [Associação Nacional de Grupos de Apoio à Adoção - angaad](#).

manejar a aproximação, incorrendo em práticas variadas, de acordo com decisões do Poder Executivo.

Nesse sentido, Campanha-Araujo e Nascimento (2022) trazem a ideia de projeto adotivo como algo que deve estar presente junto aos pretendentes e também com as crianças que serão adotadas. Trata-se de “amadurecer o desejo de iniciar uma parentalidade por meio da adoção e preparar a chegada da criança e/ou adolescente na nova dinâmica familiar” (Campanha-Araujo & Nascimento, 2022, p. 3). Isso porque a construção de um projeto adotivo inclui tanto os pais quanto os(as) filhos(as) que irão iniciar um vínculo. Essa proposta considera que os pretendentes e as crianças e/ou adolescentes devem ter um tempo de elaboração e preparação para começar “uma nova convivência, marcada não só por expectativas, mas também por receios e inseguranças” (Campanha-Araujo & Nascimento, 2022, p. 4).

Hamad (2002) demarca um aspecto relevante, em relação à criança nesse contexto, quando afirma:

A criança também adota e, por isso, aqueles que cuidam do processo têm que zelar para que os candidatos à adoção e a criança se inscrevam mutuamente num projeto em que cada um é tanto portado como portador. É por isso que me parece mais correto falar de criança adotiva do que de criança adotada, pois é essa dimensão da adoção que por vezes escapa aos candidatos quando eles se mostram impacientes ou se queixam da lentidão de um processo eivado de armadilhas (p. 23).

Essa reflexão acima reforça a ideia de que as ações sejam destinadas não apenas para os adultos que querem adotar, mas também para a criança e/ou adolescente que está em vias de ser inserido em uma nova família. Para tanto, torna-se imprescindível a formulação de políticas públicas que envolvam intervenções nessa

perspectiva de um projeto adotivo de mão dupla, ou seja, que tanto os pais adotivos como os(as) filhos(as) adotados(as) sejam atendidos em suas demandas, colaborando na vinculação parental desse novo grupo familiar.

Sendo assim, aos profissionais da Psicologia, nesse campo de atuação, é possível trabalhar tanto com as pessoas que buscam a adoção como com as crianças e adolescentes que estão nos serviços de acolhimento institucional. No caso dos pretendentes, colabora-se na orientação, avaliação e oferta de informações adequadas sobre adoção e suas implicações, dentro do Poder Judiciário ou nos grupos de apoio à adoção com ações relacionadas. Já no caso das crianças e adolescentes, é possível auxiliar nos processos de elaboração do rompimento com a família biológica e contribuir para que a adoção se torne uma possibilidade de novo vínculo e uma nova vida, diferente da anterior.

Por fim, resta evidente que a adoção se constitui como uma possibilidade de exercer a parentalidade para as pessoas que desejam ter filhos(as), garantindo um direito reprodutivo.

3.7 - Contribuições para a práxis da Psicologia

A(o) profissional de Psicologia, compete olhar atento sobre as possibilidades que o sujeito anuncia, sem deduzir que seu histórico é determinante para suas próximas ações ou pressupor sobre sua conduta a partir de imagens cristalizadas e generalistas. Devemos admitir que no âmbito da sexualidade e da reprodução, nosso papel é acolher o que é manifestado por cada pessoa, sem qualificar suas decisões moralmente, tampouco prescrevendo condutas a partir de posturas deterministas: “amor de mãe é instintivo”, “toda mãe tem que...”.

Em oposição a isso, devemos operar sempre que possível nos aproximando dos demais equipamentos que se situam no território

onde nos inserimos, para fortalecer a relação entre essa pessoa (figura) e o contexto (fundo). A prerrogativa de análise intersetorial é apontada como caminho mais adequado, onde o encaminhamento é compartilhado de modo interprofissional por componentes da rede que devem garantir a continuidade do acompanhamento e o estabelecimento de um plano longitudinal de cuidado. Seja com quem solicita por um procedimento ou vivência, compulsoriamente, a esterilização cirúrgica, com quem teve seus filhos retirados ou com quem conseguiu levá-los para casa, com aquelas que amamentaram ou com aquelas que não puderam ou não conseguiram, ou ainda com as que vivenciam o luto após uma perda gestacional, nosso trabalho não se encerra até que sejam consolidadas estratégias de promoção e garantia de direitos.

Diante disso, pensar a inserção de profissionais de Psicologia nos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva implica em encararmos a realidade que esses serviços operam no complexo cruzamento entre vida, sexualidade e morte. Nesses cenários a ausência de autonomia no exercício da sexualidade e da potencialidade reprodutiva vão se tornando marcas cotidianas. O que significa, dito de um modo direto, lidar com algum nível de desamparo, sendo de desesperança ou de trabalho ineficaz, como “secar gelo”. Todavia, desde uma compreensão de política que se dá de modo performativo, as práticas e discursos institucionais e profissionais são capazes de disputar um novo estatuto civil para os deveres minoritários (Butler, 2018).

Observamos nesse eixo como mudanças legislativas, jurídicas e políticas têm influência direta sobre serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva. Para isso precisamos construir estratégias para que nossa categoria profissional esteja alinhada às prerrogativas legais nacionais e internacionais, bem como atenta às demandas e denúncias feitas por movimentos sociais, como nos casos do Movimento de Mulheres Negras, sobre a esterilização compulsória e o coletivo “De quem é este bebê?”, que atua frente à retirada de

bebês em Belo Horizonte. A articulação com atores e atrizes sociais contribui para um olhar crítico frente às desigualdades que atuam como interdições aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos.

Destacamos como ponto central desse eixo, que deve ser considerado ativamente na formação e na atuação profissional, a necessidade de desmistificar a maternidade como evento estritamente biológico, reduzindo um fenômeno psicossocial complexo, a comportamentos inatos e pré-determinados. Essas perspectivas essencialistas acabam desconsiderando que existem formas distintas de lidar com o exercício de cuidado parental, como a adoção e a entrega voluntária para a adoção, além de impor prerrogativas rígidas sobre o que é uma mãe ideal. Compete ainda destacar a importância de rever o que tem sido apontado como gravidez na adolescência pela categoria de psicólogas(os), considerando que qualquer intercurso sexual com pessoa de idade inferior a 14 anos é presumidamente estupro (Brasil, 1940). Precisamos abdicar de noções moralizantes sobre sexualidade e nos interrogar sobre como produzir cuidado para crianças e adolescentes que estão passando por situações de abuso sexual ou ainda, nos casos de adolescentes com mais de 14 anos que relatem estar em processo de iniciação à vida sexual, como contribuir com a promoção de estratégias de prevenção às IST's e de contracepção.

EIXO 4 – VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS NO ÂMBITO DOS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, e a 4ª Conferência Internacional sobre a Mulher (*Fourth World Conference on Women - FWCW*), ocorrida em Beijing, em 1995, reconhecem e afirmam os direitos humanos das mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva. A Conferência do Cairo declara que todos os casais têm direitos sexuais e direitos reprodutivos fundamentais. Esses direitos incluem a decisão livre e responsável pelo número, espaçamento e momento de terem filhos, e o direito de receberem informações e os meios necessários para alcançarem a mais elevada qualidade de saúde sexual e reprodutiva (ONU, 1994), sem serem alvo de violências que interditem o exercício autônomo da sexualidade e da potencialidade reprodutiva. Em Beijing, os governos dos países participantes reiteraram o direito das mulheres de decidir livremente sobre a regulação de sua fertilidade e sexualidade, livres da coerção, da discriminação e da violência sexual. Acrescentam que o relacionamento entre homens e mulheres deve ser fundamentado nos princípios da equidade, do respeito mútuo, do consentimento e da responsabilidade compartilhada no comportamento sexual (ONU, 1995).

Na Conferência do Cairo, os governos reconheceram o abortamento como grave problema de saúde pública, comprometendo-se em reduzir a necessidade das pessoas de recorrer a uma interrupção insegura da gravidez. O parágrafo 8.25 do Programa de Ação da Conferência do Cairo também acrescenta que em nenhum caso o abortamento deve ser promovido como método de planejamento

familiar. Não diferente, o artigo 226, § 7º da Constituição Brasileira estabelece que, fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar deve ser livre decisão do casal, cabendo ao Estado oferecer os recursos necessários para o exercício desse direito.

O Brasil é signatário dos documentos dessas Conferências, assim como de outros importantes tratados internacionais de direitos humanos, tais como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Brasil, 2002b), promovida pela ONU, em 1979, e pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conduzida pela Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1994 (Brasil, 1996). A Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1998, aprovou a implementação do *International Conference on Population and Development* (ICPD) (ICPD+5)³⁰, acrescentado que nas circunstâncias em que o abortamento não seja contrário à lei, os serviços de saúde devem ser capacitados e equipados para assegurar que esses procedimentos sejam seguros e acessíveis.

A despeito desse histórico que fundamenta o direito a vivenciar a sexualidade e a potencialidade reprodutiva sem humilhação, violência, constrangimento e coerção, o Brasil tem figurado entre os países com índices preocupantes de violência de gênero, inclusive no âmbito dos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva. Nesta pesquisa realizada pelo CREPOP do CFP constatou-se que o trabalho da(o) psicóloga(o) diante de situações de violência obstétrica, bem como nos casos de prevenção aos agravos decorrentes de violência sexual e em contextos de abortamento, não é sistematizado e padronizado pela categoria.

Neste eixo, pretendemos articular a partir da literatura especializada e das estratégias e desafios que foram relatados pelas(os)

30 Confira na íntegra a [ICPD+5 Review em United Nations Population Fund.](#)

psicólogas(os) entrevistadas(os) pela rede do CREPOP, como a prática da Psicologia nos serviços de saúde sexual e de saúde reprodutiva podem promover direitos e atentar para a complexidade da nossa atuação frente a situações de violência obstétrica, violência sexual, interrupção gestacional prevista em lei e às complicações decorrentes de abortamentos. A partir do que foi identificado nas produções acadêmicas sobre o tema, destacamos que as relações raciais estão apresentadas de modo transversal em todos os tópicos, em atenção aos índices que apontam para a predominância da violação de direitos entre pessoas autodeclaradas pretas e pardas, e que esse reconhecimento nos convoca a reiterar a importância dos registros para fundamentar políticas públicas:

“A cor da vítima para ser autodeclarada durante a notificação da violência sofrida atesta um dado mal coletado, em prejuízo da consistência dos relatórios elaborados pelas governanças acerca das assimetrias de raça e gênero e, metodologicamente, tornam defasadas políticas públicas de promoção da igualdade, saúde, assistência, mulheres, por desconhecerem identidades interseccionais passíveis da transversalidade orçamentária e de gestão.” (Akotirene, 2019, p. 40).

4.1 - Violência Obstétrica

Apesar de ser um termo recente em termos históricos, do ponto de vista assistencial, há relatos datados do final da década de 1950, tanto nos Estados Unidos como no Reino Unido, que trazem à tona questões que hoje violência obstétrica. No Brasil, há registros de trabalhos feministas, no início da década de 1980, abordando o tema dentro e fora das universidades (Diniz et al., 2015), embora o que hoje chamemos de violência obstétrica também seja a desnaturalização

de práticas que se tornaram familiares, históricas, ramificadas nas lógicas profissionais, e parte do esforço em torná-las mais visíveis representa também o que almejam os direitos sexuais e reprodutivos.

Desde o final do século passado, movimentos de mulheres ao redor do mundo intensificaram a discussão sobre o tema. O Ministério da Saúde reconheceu a violência institucional na assistência ao parto e ao abortamento em seu PAISM, programa lançado em 1983 a partir da mobilização/pressão/atuação de grupos feministas. Paralelamente, a academia acompanhou esse processo com a execução de pesquisas científicas que explicitam a gravidade dessa questão.

O Dossiê sobre Violência Obstétrica entregue à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra as Mulheres (Parto do Princípio, 2012) define que os atos caracterizadores da violência obstétrica são todos aqueles praticados contra a mulher e pessoas que gestam no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, civis ou militares. Esses atos podem ser de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático. Abaixo apresentamos uma breve sistematização das manifestações da violência obstétrica, de modo a guiar a leitora pelas reflexões que teceremos a seguir:

CARÁTER	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Físico	Ações que incidam sobre o corpo da pessoa, que interfiram, causem desconforto, dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Privar água e alimentos; • Impedir a movimentação; • Impedir a escolha da posição para o parto; • Tricotomia (raspagem de pelos); • Manobra de Kristeller (pressão fúndica do útero); • Uso rotineiro de ocitocina; • Uso rotineiro de amniotomia (rompimento artificial da bolsa das águas); • Cesariana eletiva indesejada sem indicação clínica, ou sem consentimento informado; • Episiotomia (corte realizado na entrada da vagina) realizado como rotina ou com fins didáticos, sem consentimento informado; • Curetagem, sem indicação clínica, ou sem consentimento informado; • Não utilização de analgesia ou anestesia quando tecnicamente indicada: retirada de placenta, e episiorrafia (sutura do corte da episiotomia); • Alimentar o bebê com fórmula, sem indicação clínica e/ou sem consentimento informado; • Separar mãe/pessoa que gestou e bebê, sem indicação clínica e/ou sem consentimento informado; • Laqueadura, durante a cesárea, sem consentimento; • Fórceps didático e sem consentimento; • Agressão física (tapas, beliscões, empurrões); • Uso de amarras ou algemas.

CARÁTER	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Psicológico	Ação verbal ou comportamental que cause sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, insegurança, dissuasão, sensação de estar acuada, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.	<ul style="list-style-type: none"> • Ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, racismo, xenofobia, gordofobia, classismo, etarismo, capacitismo, lgbtfobias, desrespeito ao nome social; questionamento da sua conduta sexual; • Grosserias, chantagens, ofensas, reprimendas (sobre suas perguntas, suas escolhas, seu choro, seus gritos, suas orações, sobre exercer a liberdade de escolher a posição para o parto, sobre seu desejo de levar sua própria placenta para casa); • Referir-se pelo número do leito ou condição (chamar a pessoa de “aborto”, “do natimorto”, “Leito 10” entre outros); • Omissão de informações; • Informações prestadas em linguagem pouco acessível ou uso excessivo de jargões técnicos; • Tratamento infantilizado; • Desconsideração à recusa informada; • Gaslighting, desrespeito ou desconsideração dos padrões culturais; • Atribuir culpa pela morte do bebê no parto, pela perda gestacional, por alguma deficiência ou má formação congênita; • Ameaça ou quebra de sigilo de informações pessoais; • Publicar imagens não autorizadas pela família. • Desencorajar o aleitamento sem indicação clínica;

CARÁTER	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Psicológico	Ação verbal ou comportamental que cause sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, insegurança, dissuasão, sensação de estar acuada, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.	<ul style="list-style-type: none"> • Impor o aleitamento; • Não autorizar registro fotográfico ou audiovisual; • Realizar venda casada de registro fotográfico ou audiovisual (apenas aceitar quando se trata de equipe ligada à equipe médica ou ao hospital). • Em situações de aborto ou óbito do bebê (famílias enlutadas): • Não oferecer privacidade durante toda a internação; • Permitir que pessoas enlutadas fiquem internadas em quartos próximos ao berçário onde se escuta choro intermitente de bebês; • Manter famílias enlutadas internadas em quartos coletivos ou em quartos de alojamento conjunto; • Não permitir/proibir a família que veja, pegue no colo ou permaneça com o seu bebê pelo tempo necessário para conhecê-lo e se despedir; • Acondicionar o bebê em óbito em saco plástico, luva descartável, recipiente transparente ou em lençol sujo (como um produto de descarte); • Em casos de aborto, não informar a família das possibilidades de destinação do embrião/feto (ver RDC nº 222 de 2018 da Anvisa) • Permitir que o bebê seja descartado como lixo hospitalar; • Privar a família de informação científica sobre manejo da produção de leite;

CARÁTER	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Psicológico	Ação verbal ou comportamental que cause sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, insegurança, dissuasão, sensação de estar acuada, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.	<ul style="list-style-type: none"> • Recusar a doação de leite; • Não coletar, guardar ou oferecer lembranças /memórias do bebê (digitais do pé e da mão, chumaço de cabelo - quando houver - pulseirinhas, fotografias do bebê, carimbo da placenta entre outros.)
Sexual	Ação imposta e que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.	<ul style="list-style-type: none"> • Assédio, piadas sobre seus pelos pubianos, exames de toque invasivos, exames de toque coletivos para fins didáticos, constantes ou agressivos; • Lavagem intestinal; • Episiotomia; • “Ponto do marido” (sutura realizada com um ponto mais profundo a fim de estreitar a entrada do canal vaginal e preservar o prazer masculino); • Ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado; • Manipulação do períneo constantes ou agressivos, sem informações e sem consentimento informado; • Cesariana sem consentimento informado; • Imposição da posição supina (“posição ginecológica” ou litotomia, deitada de barriga para cima) para dar à luz; • Exames repetitivos dos mamilos sem aviso, sem esclarecimento e sem consentimento.

CARÁTER	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Institucional	Ações ou formas de organização do serviço que dificultem, retardem ou impedem o acesso da pessoa aos seus direitos constituídos, sejam estes ações ou serviços, de natureza pública ou privada.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acessibilidade física, comunicacional e/ou atitudinal; • Falta de vagas; • Não encaminhar adequadamente sempre que houver indicação de especialistas ou falta de vagas; • Exigência do plano de saúde, ou do hospital, para o agendamento prévio da cesariana para otimização da utilização dos leitos obstétricos; • Pouca oferta de leitos obstétricos pelo plano de saúde; • Rotina de realizar cesáreas em todas as pessoas gestantes internadas no pré-parto ao final do plantão (“limpar a área”); • Ausência de oferta de plantão obstétrico pelo plano de saúde; • Recusa de atendimento em situações de urgência; • Impedir o acesso aos serviços de atendimento à saúde; • Falta de interdisciplinaridade dentro da equipe de saúde; • Procedimentos sem embasamento técnico-científico; • Disputas de poder entre profissionais de uma mesma equipe prejudicando o atendimento; • Ausência de plantão presencial de obstetra e/ou anestesista em serviços de atenção obstétrica; • Impedir a amamentação sem indicação clínica;

CARÁTER	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Institucional	Ações ou formas de organização do serviço que dificultem, retardem ou impedem o acesso da pessoa aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada.	<ul style="list-style-type: none"> • Omissão ou violação dos direitos da mulher e pessoa que gesta durante seu período de gestação, parto e puerpério; • Estrutura que não permite a deambulação (caminhar durante o trabalho de parto) ou a preservação da privacidade; • Restringir o tempo de visita das figuras parentais aos seus bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); • Falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes; • Protocolos institucionais que contrariem as normas vigentes ou diretrizes do Ministério da Saúde; • Reformas da estrutura física que não atendam normativas vigentes; • Entraves diversos que impedem o acesso à cópia do prontuário pela própria pessoa usuária.
Material	Ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de pessoas em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.	<ul style="list-style-type: none"> • Ludibriar pessoas e famílias para agendar cesáreas ou curetagens; • Cobrar honorários de usuárias pela cesariana, curetagem, analgesia ou qualquer outro tratamento em hospitais públicos; • Cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde; • Indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa ou pacote particular, em hospitais conveniados ao SUS, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante de escolha da mulher e pessoa que gesta.

CARÁTER	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Midiático	Ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente pessoas em processos reprodutivos, bem como desvalorizar seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação.	<ul style="list-style-type: none"> • Apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica; • Ridicularização do parto normal; • Merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento humano; • Incentivo ao desmame precoce; • Campanhas que vinculam o aleitamento humano ao amor parental.

Todas essas formas de violência obstétrica podem ocorrer durante a gestação, trabalho de pré-parto, parto, pós-parto, nas situações de abortamento ou perdas gestacionais e neonatais. Em quaisquer desses períodos, a pessoa está em uma situação de extrema vulnerabilidade e precisa de atendimento em um serviço de saúde que lhe informe sobre seus direitos, os procedimentos que serão realizados e suas opções frente à questão que lhe trouxe até o serviço.

A despeito disso, é comum observar que os relatos de maus tratos na atenção ao parto são compartilhados entre gestantes e muitas vezes naturalizados. “É assim mesmo” ou “eles fazem isso com todo mundo” é a forma que expressam a expectativa sobre os atendimentos e como acolhem seus relatos. A dificuldade em valorizar essas queixas e reconhecer esses relatos como episódios de violência podem oferecer a falsa ideia de que mulheres e pessoas que gestam devem passar por esse “rito” e devem sobreviver apesar disso. “Você está viva, seu filho está vivo e é isso que importa” são palavras de conforto comumente difundidas após o parto e que

expressam a realidade de um atendimento negligente, imprudente, indigno e desrespeitoso, e expõem o silenciamento das mulheres e demais pessoas gestantes sobre as violências sofridas quotidianamente. Nesse contexto, a atuação da Psicologia deve prover elementos de desnaturalização da violência e elaboração do sofrimento psicossocial produzido por essa experiência:

“Ta. É porque assim, a gente não sabe a abertura. A gente tem um certo receio de fazer alguma coisa porque a gente não sabe a abertura da equipe, a maturidade da equipe pra saber como eles iriam interpretar com relação a isso, né? Porque a sensação que a gente enquanto psicólogo tem, é que tá ali pra vigiar, né? Por incrível que pareça, não vou mentir... pra mandar paciente pra ouvidoria, sempre proteger a paciente, a equipe [profissional]: vocês tão sempre do lado da paciente, nunca do nosso. Mas gente, a gente tá do lado de quem realmente ta com a razão. A gente não tá pra passar... ahh outra coisa que a gente escuta “Psicologia só passa a mão na cabeça do paciente” Não é a função nossa, não é de passar a mão na cabeça do paciente e sim escutar e respeitar aquele desejo ali e orientar o que pode ser feito, né? de acordo com que ele pede, o que demanda da gente, então é nesse sentido.” (Norte).

“Ah! Mas aqui ainda é o melhor hospital, me falaram que aqui é muito bom, se eu não vier pra cá eu vou pra onde?” Ou então “tá, ele fez isso daí, mas em tal e tal coisa ele ainda foi muito bom comigo”. Ela apesar assim, ainda se sente, embora violentada naquele direito, ainda considera que ela tem que pesar os prós e não os contras, eu te falo das que a gente orienta a procurar a ouvidoria, uma minoria procura.” (Centro-Oeste)

“Eu até tenho a experiência de alguns residentes que inclusive chamam, quando sabem que tem psicólogo, chamam o apoio da gente na instituição.” (Centro-Oeste)

Como é narrado pelas(os) psicólogas(os) entrevistadas(os) pela pesquisa do CREPOP, o reconhecimento da violência, bem como do sofrimento causado por ela e dos encaminhamentos possíveis, são manejos que colaboram para a consolidação da profissional da Psicologia num lugar de cuidado e promoção de direitos, inclusive como referência para estudantes e residentes que identificam práticas que violam os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. É notório na literatura e na percepção de profissionais que essas violações ecoam em representações punitivas sobre a prática da sexualidade, numa associação de que a conduta sexual que produziu a gestação justifica o descaso, a omissão e a humilhação no momento do parto:

“O constrangimento né? “Você vai matar o seu bebê”, “na hora de fazer não achou ruim”, “não sabia que ia ser assim?”, então assim, tem muito isso também.” (Nordeste)

“Eu assisti uma [profissional] lá no centro obstétrico fazendo aquele clássico gesto... assim... (gesto de ato sexual) dizendo aquela clássica frase, porque a mulher estava gritando de dor, era uma jovem bem descontrolada, eu estava tentando ajudá-la a respirar, a controlar e a [profissional] chegou incomodada com os gritos e disse: “na hora de fazer foi gostoso não foi, não foi? Agora não tem que gritar não. Ó... na hora de fazer ó... agora tá gritando, agora aguenta.” Aquela frase terrível. Ela não tinha o direito nem de gritar de dor.” (Nordeste)

Gonçalves e Sposito (2019) analisam que, ainda que o exercício da sexualidade com consentimento das partes não seja passível de punição no Brasil, observa-se que a moralização da conduta sexual é uma ferramenta operacionalizada para constranger e punir, pela via da omissão, da humilhação e de condutas violentas nos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva. Quando a(o) psicóloga(o) nos afirma que “ela não tinha nem o direito de gritar de dor”, traduz uma expectativa de que pessoas em situação de parto, abortamento e puerpério sejam passivas frente à condução biomédica. Esse fato parece ser de conhecimento de gestantes que acessam os serviços, visto que aparece em pesquisas sobre o tema o reconhecimento de que expressar a dor pode aumentar a demora no atendimento ou irritar o profissional de saúde, como aparece em relato produzido em pesquisa realizada por Possari e Gonzaga (2022, p. 263):

“Eu dizia: ‘[profissional], eu tô sentindo muita dor’. Aí ela dizia: ‘é assim mesmo’. Mandava ficar calma e quando a gente tá assustada a gente não fica calma, mandava a gente ficar quieta se a gente gritar demais ela deixa sofrendo de dor, porque elas não gostam que a gente grita, não gosta que faz escândalo, quanto mais a gente faz escândalo elas deixa a gente lá e falava pra ter calma, calar a boca e ficar quieta. Aí comecei a sentir muita dor, muita dor mesmo.”

É fundamental salientar que existem assimetrias de saber-poder colocadas nessas cenas para além da posição de profissional de saúde. Como indicam Medrado e Lima (2020) o crescimento da Medicina voltada para Ginecologia e Obstetrícia se dá a partir da desqualificação e perseguição de parteiras que protagonizaram junto à pessoa parturiente os itinerários de concepção, parto e abortamento. E ainda que existam muitas mulheres ocupando funções nesses

setores da medicina, a lógica colonial que ordena as práticas nesses serviços é androcêntrica e racista (Jimenez-Lucena, 2006; Medrado & Lima, 2020). A própria Psicologia, ainda que seja majoritariamente composta por pessoas que se identificam como mulheres, tem como suas principais referências teóricas autores homens, brancos e do norte global, que constroem lentes de análise e intervenção a partir de perspectivas bem distantes da realidade brasileira.

Não por acaso, a literatura aponta para a recorrência do racismo na atenção ofertada para mulheres no pré-natal, parto e puerpério (Leal et al., 2017); assim como nos serviços preventivos (Goes & Nascimento, 2013); quanto de atenção pós-abortamento (Goes, 2019) e nos demais serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva (Carneiro, 2017; Gonzaga, 2022; Souza & Alvarenga, 2007):

“A violência obstétrica vai desde não prestar nenhum tipo de assistência com a mesma qualidade para uma paciente, a gente vê isso claramente, e não só no setor obstétrico, mas desde a emergência. Se for uma mulher branca de uma classe que tenha algum nível de instrução ou se veste melhor ou de uma classe social elevada, ela tem um tratamento com mais consideração, com mais informação, tratamento é de melhor qualidade. Isso é uma violência. Isso se estende desde a emergência até o centro obstétrico, no centro obstétrico elas têm alguns tratamentos que até o pré-parto ou para a interrupção da gestação são de rotina, mas elas podem ficar ali horas sem nenhum [profissional] para examiná-las, sem nenhum profissional para dar informação. Eu acho que a falta de informação já é uma violência. O fato de você tomar o outro como alguém que está submetido ao seu poder, e você informa o que você quiser e você escuta ou você tem paciência com a queixa

ou se você estiver de bom humor, ou não, isso é uma violência. Porque uma paciente daqui, uma usuária da rede, ela tem que ser tratada da mesma forma, ela tem os mesmos direitos, independente da cor, da classe social. Então a violência passa por esses recortes sociais, destes preconceitos, é uma intolerância do que foge do que você espera do outro, então você espera que o outro seja bem submisso a você, porque você é o [profissional] e o outro é o paciente, pobre e negro. Se o outro não for bem submisso a você... avemaria. É dizer que, declarar que “se continuar eu não faço seu parto”, é de chamar de mal educado, de poliqueixoso ou seja lá o nome que ele queira dar. “(Nordeste)

“É a pobre, negra, favelada, que não tem conhecimento de seus direitos... Essa sofre mais. Essa sofre mais, com certeza em tudo né, na sociedade, não é só da violência até porque não tem muitos modos, já chegam né gritando palavrão com o [profissional] e o [profissional] revida na mesma altura né porque não tá ali pra escutar isso nem pra aquilo, se já foi atendida por ele, ele também não vai atender mais né aí sobe, a gente sobe, conversa com ela mostrando a necessidade que é importante ela ter um [profissional]. A gente solicita que outro atenda, “pode ser? pode” aí vai fala com outro [profissional] e pede pra ter um pouco mais de paciência, uma pessoa que vive... Que já tem um sofrimento emocional grande, é uma pessoa que tem o vício que não consegue largar aí né, caminha.” (Nordeste).

O que as(os) psicólogas(os) entrevistadas identificam nesses relatos pode ser compreendido a partir da noção de colonialidade da saúde (Jimenez-Lucena, 2006), em que se estabelece uma distância entre quem oferta o serviço e quem o busca, distância sedimentada

nas desigualdades que organizam a sociedade e ali são convertidas entre quem pode negar ou permitir o cuidado necessário e quem precisa do serviço e por isso precisa se submeter ao que é ofertado, como também pode ser explicitado em relatos abaixo:

“Às vezes uma paciente está numa posição confortável para ela, alguns profissionais acabam mandando sair dessa posição confortável para ficar na posição que é mais fácil para ele, às vezes tem umas falas ignorantes mesmo.” (Norte).

“Assim, é... Não respeitar o tempo do trabalho de parto, não dar as informações que as mulheres precisam, fazer redução de colo, oxitocina desnecessária, é... Fazer manobra de kristeller que eles fazem ainda que é empurrar né...Aqui, com o braço, às vezes com o cotovelo, e empurra aqui... Fazer episio... Eu já vi o [profissional] dizendo pra a estudante, a residente disse “[profissional], eu não vou fazer episio porque a gente não devia esperar pra fazer se precisa fazer a reparação?” Aí ele disse “Você aqui é aluna, eu sou o seu preceptor. Quem vai lhe avaliar sou eu, se você não quiser fazer, esperar lacerar a mulher, vai ser muito mais trabalhoso. Quem vai ter que fazer reparação...”, isso ele falando pra residente na frente da mulher que tava lá na sala de parto, esperando alguém pra fazer o parto dela porque elas acham que alguém que vai fazer né. Aí ele dizendo isso «é você que vai fazer a reparação, não me chame pra corrigir e lembre-se quem vai lhe avaliar sou eu.», a menina começou a tremer e foi fazer a episio né. Porque é a figura de autoridade dela ali.” (Nordeste).

”. Ela já chegou até com o copinho na mão: “eu imprimir, entreguei tudo para ela, para ela procurar o Ministério Público”. Eu falei “não, tudo bem”. Só que daí, na hora em que a gente foi falar com essa paciente, ela teve alta. Era fim de ano, ela já queria ir logo embora para casa, ela estava bem e mandaram embora. Mas, às vezes, elas nem tem consciência de que foi uma violência obstétrica, então a gente fica meio assim, será que a gente avisa que foi, é complicado. Você vai falar “olha querida, você sofreu uma violência obstétrica aí”. O que é que ela vai...? Então muitas vezes eu já vi mãe e filha conversando e a filha, que tinha tido um filho, se queixando “não sei o quê do atendimento” e a mãe vira e fala assim “mas vai que a gente ainda precise ainda deles no futuro?”. Então as pessoas têm medo, é a única maternidade 100% do SUS da cidade. Ninguém vai botar isso no prontuário, mas na cabeça deles entra isso também de “não vou me queixar e tal”. (Sul)

O estabelecimento da autoridade é eficaz no constrangimento da própria equipe e ainda mais no temor que pode produzir nas usuárias que são dependentes do SUS e temem sofrer represálias caso precisem recorrer ao serviço de saúde. Nesse sentido é importante destacar que ameaças, explícitas ou veladas, têm um papel fundamental na manutenção do silêncio e na naturalização dessas violações. Quando consideramos os casos de violência obstétrica em contexto de abortamento, ainda que nos casos previstos em lei, há uma motivação ainda maior para o silenciamento de quem vivencia o procedimento: o medo da exposição, de denúncia e culpabilização:

“Às vezes quando elas já internaram já fizeram o aborto e aí ela precisa fazer curetagem, mas elas voltam pra dizer que foram constrangidas, mas o

que eu oriento elas que denunciem na ouvidoria do hospital, se sabe o nome da pessoa, e eu digo olha pra ela, a pessoa que fez isso não vai ser demitido, mais ele vai ser chamado atenção, então falo da importância de ela denunciar, pra que ele não possa fazer isso com o próximo. Eu não posso fazer essa denúncia porque eu não sou a paciente, você que tem que fazer, até busco o papel pra dar pra ela.” (Norte)

“Olha, muitas situações de aborto até 12 (acho) semanas ela vai ser feita pelo método de sucção a vácuo, após isso ele vai fazer via misoprostol via vaginal, com comprimido que estimula o parto, mas por exemplo, na minha frente eu não vejo mais eles falando, mas no relato das pacientes, elas dizem que [profissionais] e [profissionais] diziam: ‘abre logo essa perna, abre caralho, para de graça’, tu acha que eu acreditei nessa história de violência,’ assim, assim mesmo isso foi um dia desses só que a vítima tá tão exposta que não faz uma representação contra essas profissionais. Então é uma violência que existe, assim como na obstetrícia pular na barriga ainda acontece, uma criança de 12 anos ser obrigada a fazer parto normal, pra mim isso é uma violência embora o protocolo diga que se tiver em condições de saúde e pra ser normal, mas uma criança com corpo de criança que sofreu violência, então são pesos e medidas que é angustiante. E dessas decisões a gente não participa só a equipe [profissional]. Como protocolo ainda diz que ao nascer a criança deve ser amamentada pela mãe. E a menina de 12 anos não queria ficou em pânico de ver aquela criança materializada do estupro, e a equipe [profissional] obrigando ela a amamentar e ela aos prantos, é um horror o que acontece. O protocolo

é pra todas e não se vê caso a caso. E gente tenta intervir, e o [profissional] diz que ela tá delirando, tá alucinando. Não tá delirando não, é fato é estresse pós traumático.” (Norte)

Destacamos como é importante que as(os) psicólogas(os) possam contribuir com os serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva a partir desses trechos onde expressam a necessidade de pensar o protocolo a partir das especificidades que vão traduzir aquela experiência para cada sujeito de um modo singular; bem como em ambos os casos o reconhecimento que ainda com impunidade é importante registrar oficialmente as violências, garantindo a preservação da pessoa que denuncia e ao menos uma averiguação da instituição junto ao profissional; e por fim o cuidado em reconhecer a manifestação do sofrimento psíquico diante das violências sem recair num modelo patologizante e medicalizante que rapidamente pode ser convertido em forma de deslegitimar as vítimas. Assim, coadunando com Possari e Gonzaga (2022, p. 266): “Ainda que as correlações de prejuízos à saúde física da pessoa grávida e do neonato em alguma proporção estejam sendo mapeadas, os impactos psicossociais de vivenciar um parto atravessado pela violência obstétrica nesse contexto são inúmeros e se agravam diante das desigualdades sociais e raciais que muitas vezes impossibilitam assistência adequada”.

Ao passar por situações de violência obstétrica, as pessoas podem apresentar quadros de tristeza, angústia, ansiedade, distúrbios do sono (dificuldade para dormir ou pesadelos), pensamentos intrusivos (lembanças recorrentes e aflitivas do episódio) dentre outros. As sequelas psíquicas são agravadas diante da dificuldade da pessoa em compreender os fatos, a dificuldade de processar e verbalizar a vivência da violência, e a ausência de uma escuta empática e que valide as queixas, por parte de um de algum profissional de saúde, ou que naturalize o parto violento como modelo padrão de atendimento:

“E isso traz insegurança pro paciente, traz dúvida, traz medo. Então, ela tem queixas em relação ao atendimento dele, porque ele não se sente esclarecido em relação às condutas que estão sendo tomadas. Isso eu tenho diariamente no meu serviço, nos atendimentos. Quando a gente tem demanda de atendimento de uma puérpera que tá num blues mais acentuado, num blues puerperal [...] a gente também é chamado pra atender. Então, sempre tem relatos disso. “Eu passei por um parto, parece que alienada, né, as coisas foram acontecendo, as pessoas... Eu era tocada e não me falavam, tá assim, tá assado, espera-se que vai acontecer isso...”. Não. O [profissional] vai, faz o procedimento, a comunicação esclarecedora, limpa, clara, pra trazer a segurança.” (Sudeste)

A violência obstétrica pode estar relacionada à depressão pós-parto (Arrais, 2005; Alvarado-Esquivel et al., 2010; Schwab et al., 2012; Souza, 2014) e ao transtorno de estresse pós-traumático pós-parto (Andretto, 2010; Zambaldi et al., 2009; Creedy et al., 2000; Ayers & Pickering, 2001; McKenzie-McHarg, 2015). Há indícios de que a violência obstétrica esteja também relacionada com a dificuldade de formação de vínculo (Salgado, Niy & Diniz, 2013), dificuldades no estabelecimento do aleitamento humano, assim como resistência para retornar ao serviço de referência diante de alguma intercorrência (hemorragia, sintomas de hipertensão, sinais de infecção, sinais de depressão ou psicose pós-parto, dificuldades com a amamentação, entre outros), nova gestação, ou ainda, podem apresentar resistência a aderir aos tratamentos propostos. Enfim, como se pode estabelecer uma relação de confiança entre a equipe de saúde e a pessoa usuária do serviço em um contexto em que houve violência institucional? Esse contexto pode criar barreiras que, por sua vez,

podem provocar complicações, mais mortes e sequelas, tanto de gestantes, puérperas como de bebês.

Queixas como dor na relação sexual (dispareunia) no pós-parto muitas vezes são desvalorizadas pelos profissionais de saúde ou são avaliadas como “problema psicológico”, sendo que uma parte delas pode estar relacionada com lacerações perineais extensas e profundas ou com a episiotomia, um corte na entrada da vagina, intervenção ainda utilizada de rotina no parto normal e que se relaciona com a dispareunia pós-parto (Parto do Princípio, 2014). Além disso, a episiotomia também está relacionada a riscos aumentados para complicações na cicatrização, infecção, sangramentos, endometriose na cicatriz, pontos demasiadamente apertados, resultados estéticos insatisfatórios com mudanças na anatomia, necrose e autoestima afetada devido à estética da cicatriz, à dor no ato sexual e constrangimento na relação com o(a) parceiro(a) (Parto do Princípio, 2014). A comunicação sobre os procedimentos realizados, cuidados puerperais e possíveis complicações são de obrigação da equipe de saúde e direito da pessoa que acessa o serviço. Destaca-se ainda que a comunicação só é efetiva se transmitida em linguagem familiar e acessível ao interlocutor, evitando jargões e justificativas de compreensão circunscrita às disciplinas que atuam na área.

Convém recuperar que no Brasil temos alguns marcos importantes que estão relacionados à discussão sobre violência obstétrica e que merecem destaque:

- A “Lei do Acompanhante” (Lei Federal nº 11.108 de 2005) que garante à pessoa gestante o direito a um acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, o parto e pós-parto;
- A publicação dos resultados da pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” (ABRAMO, 2010), e que retratou que 25% das mulheres entrevistadas relataram ter

sofrido violência obstétrica durante o parto e 50% relataram ter sofrido violência obstétrica na assistência ao abortamento.

- O lançamento da estratégia Rede Cegonha (Portaria nº 1.459/2011), do Ministério da Saúde, uma política que visa “(...) implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.” (Brasil, 2011a) e que se comprometeu com os movimentos sociais na promoção de mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento e abolição da violência obstétrica.
- A publicação do documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, pela OMS (2014), em que reconhece que os maus tratos na assistência ao parto são amplamente disseminados no mundo, equivale à violação de direitos humanos fundamentais e recomenda a elaboração de políticas públicas para evitar e erradicar o desrespeito e abusos contra mulheres e pessoas que gestam na assistência institucional ao parto.

No entanto, toda essa movimentação não gerou somente reações positivas. Em 2018, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou o parecer nº 32 no qual registra que “a expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e a especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética” e recomenda a abolição do termo. Já em 2019, a gestão do Ministério da Saúde expressou seu posicionamento oficial através do Despacho nº 17 de que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério “pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não

tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” e recomenda a abolição do uso do termo (Brasil, 2019b).

Em 10 anos, muito se avançou com relação à disseminação de informações, publicação de evidências científicas e proposição de políticas públicas relacionadas à violência obstétrica. No entanto, ainda que tenha havido avanços acerca do tema, muitos desafios permanecem, como, por exemplo, o entendimento do CFM e da gestão 2018-2022 do Ministério da Saúde que promoveu o desmonte de políticas públicas e agora estão sendo novamente instituídas acerca do tema. A dificuldade destes órgãos compreenderem a dimensão do problema, e a forma como divulgam tais questões, acabam gerando dificuldades adicionais para que profissionais da saúde, em especial aqueles que estão na cena do pré-natal e do parto, compreendam de que forma podem colaborar para coibir tais violências.

4.2 - Violência Sexual

No Brasil estima-se que ocorram 2 estupros a cada minuto, totalizando 822 mil estupros por ano, dos quais apenas 4,2% são devidamente identificados e notificados no sistema de saúde (Ferreira et al., 2023). A violência sexual é considerada qualquer ação que provoque constrangimento para manter, presenciar ou participar de uma relação sexual não desejada mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar de qualquer modo a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer tipo de método contraceptivo ou método de proteção de IST's, ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno, manipulação, uso da força, ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e direitos reprodutivos.

É necessário destacar que se trata de um problema global de saúde pública, com reverberações significativas na saúde física

e psicológica dos indivíduos (Dahlberg & Krug, 2006). Em concordância com a projeção da OMS de que esse tipo de violência está relacionado a maiores taxas de desenvolvimento de depressão, uso de substâncias, transtorno de estresse pós-traumático, suicídio e morte (WHO, 2021). Noções difusas de consentimento, bem como a pouca circulação da legislação e das normas técnicas disponíveis para atuação junto a vítimas de violência sexual podem ser dificultadores para uma práxis emancipatória.

É uma violência que atinge estatisticamente muito mais mulheres e meninas do que outros grupos. De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), entre 2009 e 2019 as vítimas de estupro no Brasil eram majoritariamente adolescentes e jovens entre 11 e 20 anos (98.221 mil casos); logo após, crianças de 0 a 10 anos (63.339 mil casos); jovens adultas entre 21 e 30 anos (26.650 mil casos); mulheres com faixa etária entre 31 e 40 anos (14.854 mil casos); de 41 a 50 anos (7.512 mil casos); entre 51 e 60 anos foram 2.952 mil casos e ainda 1.872 vítimas com mais de 61 anos (Ferreira et al. 2023).

Dahlberg e Krug (2006) apontam a necessidade de se compreender os elementos socioculturais que vão impactar na precariedade desses registros. De acordo com as autoras, a minimização de que por ser uma violência não letal ela não deveria ser denunciada, é agravada ainda pelos sentimentos de culpa, autorrecriação e vergonha que se impõem às pessoas sobreviventes de violência sexual. Esses elementos colaboram para que se oculte a violência, inclusive de familiares e por conseguinte, que se evite também pedir ajuda. Tudo isso reverbera em desinformação e desestímulo em acessar os serviços de saúde, registrar a ocorrência, denunciar autores de violência, acessar a interrupção legal da gestação se essa for sua decisão, a acessar uma psicoterapia, entre tantas outras ações que possam ser necessárias para dirimir o sofrimento produzido pela violência. Nesse sentido, a conduta de profissionais nos serviços

de saúde, assistência, educação e segurança pública é fundamental para que esses sentimentos sejam elaborados e ressignificados, como indicam Heloisa Dias (2002, p. 426):

“Nesse sentido, aos profissionais, cabe o acolhimento, bem como o cuidado em não revitimizar as mulheres atendidas, por meio de condutas baseadas em suas percepções pessoais. O respeito por tais histórias e a prestação imediata da assistência, nesses casos, são fundamentais para minimizar as sequelas da violência.”

Nos serviços de atenção à saúde, nos serviços de assistência social e nos serviços de segurança pública, o acolhimento é essencial para que as vítimas possam acessar uma assistência adequada em tempo certo, às vezes definindo o tom que a jornada institucional terá para a pessoa, o que pode ser considerado fator crucial na sobrevivência e na gravidade das complicações decorrentes da agressão. Esses serviços também devem ser estruturados a fim de promover atendimento digno, individualizado, humanizado, resolutivo, evitando a revitimização, garantia de sigilo, garantia de privacidade protegendo de exposições após a violência sofrida (inclusive a exposição midiática contra a vontade da vítima) e executando ações de prevenção a novas violências. Em convergência com o que indica a literatura (Gonçalves, 2019; Gonzaga, 2022; Lima, 2015; Moreira et al., 2020; Silva, Moreira & Gonzaga, 2019; Silva et al., 2019), algumas(uns) profissionais de Psicologia reconhecem que convicções pessoais, julgamentos sobre a conduta sexual das mulheres e suspeição sobre o relato delas, acabam interferindo significativamente na postura das equipes dos serviços:

“Mas você não imagina o tipo de julgamento moral que encontra aqui em relação a violência, de

interrupção da gestação por conta da violência. De profissionais se recusar no centro obstétrico a examinar, não é fazer o procedimento não, porque para fazer também gera uma série de resistências né? Poucos a gente pode contar. Agora a gente teve uma situação parecida de uma profissional que na frente de todas as pacientes da enfermaria, pular a paciente que estava precisando ser examinada por que era contra, de que era contra a religião dela.” (Nordeste)

“Dentro da própria equipe de saúde, às vezes, a gente ainda esbarra com essa questão da veracidade do relato do acontecido, né?”

Entrevistadora: Ah, é? A palavra da mulher é colocada em dúvida? É disso que você tá falando?

Em dúvida.” (Sudeste)

(...)” por exemplo, fui tirar uma dúvida com um [profissional] se era possível no ato da violência sexual o organismo produzir óvulos e ela engravidar e ele me explicou que é possível. Porque a desconfiança era essa, a primeira coisa na avaliação da especialista da data da menstruação e aí ele faz essa confrontação da data da ovulação com a violência e se não bater, ele conclui que não poderia ter engravidado do suposto agressor na data referida. E aí liguei pra uma amiga psicóloga do [serviço] e encaminhei a moça pra lá e a [profissional] de lá fez o procedimento, mas encaminhou uma carta pra o hospital de reconhecer que havia nexos causais e que a profissional de lá não quis fazer, e foi uma confusão lá por cima e meu nome no meio.” (Norte)

Entende-se por “acolhimento” o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência, incluindo o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir, assim como o acesso e a resolutividade da assistência (Brasil, 2015a). Observamos nos relatos das(os) psicólogas(os) que a violência sexual, a despeito de ser uma realidade epidêmica (Dias, 2002) e global (Dahlberg & Krug, 2006), ainda é recebida nos serviços de saúde com uma perniciosa inversão de papéis: a vítima é convertida em suspeita e os profissionais que deveriam promover cuidado em investigadores, juízes e executores de punições como constrangimento ou omissão de atendimento. Ainda que haja previsão para categoria médica de objeção de consciência, esta não consiste em direito irrestrito, deve sempre ser considerada a urgência e a disponibilidade de outro(a) médico(a) que possa assumir o caso de imediato (Brasil, 2005e).

Diante de relatos de violência sexual, a prioridade deverá ser a oferta à saúde, considerando a urgência de cada caso e agravos iminentes. Ainda que a vítima busque inicialmente o sistema de segurança pública (delegacia, polícia), deve ser avaliado se é necessário encaminhar para o sistema de saúde primeiro. Se o caso não for de urgência ou emergência, o sistema de segurança pública deve registrar as informações da ocorrência e encaminhar para os órgãos de medicina legal, Instituto Médico Legal (IML), Departamento Médico Legal (DML), para caracterizar os tipos de lesões, coletar vestígios (que são registros materiais que podem auxiliar na identificação e autoria do crime). Após isso, ela deve ser encaminhada para o sistema de saúde.

Quando a vítima busca inicialmente o sistema de saúde, ela deve prontamente receber os primeiros socorros se o caso for de urgência ou emergência (independentemente se o serviço for público ou privado). Nas demais condições, o fluxo depende da conformação

da rede local e as pactuações entre o sistema de justiça, o sistema de segurança pública e o sistema de saúde, embora os primeiros cuidados precisem ser oferecidos o mais célere possível. Por esse ângulo, a Psicologia pode atuar como catalisadora de uma ampliação da noção de urgência, considerando para além do aspecto fisiológico os prejuízos de um atendimento que minimiza e negligencia o sofrimento psicossocial provocado pela violência, auxiliando a pessoa a construir uma narrativa possível sem cristalizá-las nas amarras de eventos críticos.

“Em caso de violência sexual, quando chega no serviço ela recebe uma pulseira cor laranja de “não urgência”, que pra mim é o fim da picada, porque é sim, muita urgência, os retrovirais por exemplo, tem um tempo pra serem administrados, ela tinha que ser logo atendida, mas não é, muitas vezes perguntam se ela já foi na delegacia, e os profissionais desinformados encaminham ela de volta para delegacia sendo que o protocolo diz que não precisa ir, que não é obrigatório.” (Norte)

É importante lembrar que nenhum serviço de saúde pode exigir Boletim de Ocorrência para prestar o atendimento. Cada pessoa tem o direito de escolher registrar o Boletim de Ocorrência e cabe ao serviço de saúde orientar sobre os seus direitos, sobre a importância do registro e respeitar a decisão tomada. É indicado que os serviços de referência podem e devem realizar o registro de informações sobre a violência, a coleta de vestígios e a custódia dos materiais (a serem requeridos pelo sistema de segurança pública quando a vítima decide pela judicialização). No entanto, a denúncia é uma possibilidade a ser apresentada à vítima e não uma obrigação condicionada ao acesso de atendimentos necessários. Como fica explícito no relato da(o) psicóloga(o) da região Norte, o desconhe-

cimento das diretrizes impele sobreviventes de violência sexual a uma peregrinação desnecessária que pode culminar na desistência tanto da denúncia quanto da assistência à sua saúde sexual, reprodutiva e mental. Se considerarmos os índices de violência sexual por familiares e parceiros íntimos, exigir que a vítima faça a denúncia pode ser uma interdição para que ela acesse o serviço de saúde, visto que isso se condiciona a reconhecer alguém próximo como um abusador (Brasil, 2024).

Outrossim, vale lembrar que a notificação de violência sexual é compulsória (de caráter obrigatório) para o serviço de saúde, seja público ou privado com prazo de 24h. Desta forma, o profissional de saúde que tem suspeita ou confirmação de uma violência sexual deve impreterivelmente notificar a Vigilância em Saúde. A notificação colabora para uma compreensão da magnitude das violências no nosso país e fundamenta a criação e aprimoramento de políticas públicas pertinentes ao enfrentamento dessas problemáticas.

A Norma Técnica de prevenção aos agravos decorrentes de violência sexual (Brasil, 2012a) é uma produção que considera os meandros da violência sexual no nosso território nacional e orienta sobre a atuação das categorias profissionais, preconizando ainda que em quaisquer serviços de saúde as(os) profissionais devem garantir:

- Acolhimento sem julgamentos;
- Preservação do sigilo e da privacidade;
- Reconhecer sinais de violência não declaradas;
- Avaliar a possibilidade do risco de morte ou de repetição da violência sofrida;
- Avaliar e tratar as condições médicas de emergência.

No atendimento em Serviços de Referência para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, a equipe deve também:

- Realizar os exames clínicos e a coleta de material com consentimento informado;
- Apresentar o Termo de Consentimento Informado, solicitando autorização da coleta e preservação de eventuais vestígios biológicos que possam ser identificados;
- Solicitar exames laboratoriais preconizados na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde (testagem para gravidez, testagem para ISTs);
- A depender do caso, realizar a contracepção de emergência nos termos da Norma Técnica Anticoncepção de Emergência: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde;
- Realizar profilaxia de emergência das ISTs, Hepatite B e HIV (PEP - Profilaxia Pós Exposição), com medidas específicas nas primeiras 72 horas;
- Preencher o formulário de dispensação de antirretrovirais e oferecer as orientações ao paciente com postura acolhedora para que a pessoa tenha acesso às medicações e facilitar a adesão ao tratamento;
- Realizar ou encaminhar para o acompanhamento psicológico e o acompanhamento psicossocial;
- Preencher obrigatoriamente a Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada;
- Registrar cuidadosamente todas as informações na Ficha de Atendimento Multiprofissional às Pessoas em Situação de Violência Sexual, com letra legível e sem espaços em branco (este re-

gistro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado), com data e hora dos atendimentos, história clínica e exame físico completo, incluindo o exame ginecológico, descrição minuciosa das lesões, relatando se são recentes ou não e sua localização específica, descrição do relato da usuária, orientações fornecidas pelo profissional e a identificação, de todos os profissionais que atenderam a vítima;

- Encaminhar para a internação, caso seja necessário;
- Realizar o pré agendamento de consultas para garantir a referência para o seguimento e acompanhamento;
- A depender do caso, realizar a interrupção legal da gestação conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde ou encaminhar para os serviços de saúde caso a vítima decida manter a gestação. (Brasil, 2015a, p. 23-24).

A Psicologia é categoria prevista nas equipes mínimas de prevenção aos agravos decorrentes de violência sexual, nesse sentido, o CFP, através do CREPOP, publicou em 2020 as “Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em situação de violência sexual” fortalecendo e dando subsídios para a atuação da categoria. Somos profissionais que podem contribuir para que essa experiência não limite as histórias, os desejos, os sonhos, a vida das pessoas que sobrevivem a esse tipo de violação. Para isso precisamos revisar as concepções que ainda reproduzimos sobre maternidade, sexualidade e reprodução, concepções que diluem nosso potencial e cuidado e muitas vezes operam como instrumentos de revitimização:

“Depois dessa consulta é encaminhada para o serviço de Psicologia que vai fazer essa escuta, aí que tá, nós não temos uma equipe específica treinada pra essa escuta, tem psi que sugere que ela leve a gravidez até o final e depois entregue pra adoção, e tem aqueles que dizem depois ‘tu pode até mudar de ideia’ que ‘a criança não tem culpa nenhuma’, é uma interferência muito forte, muito moral. Sempre estou discutindo, sempre sou a chata, e é assim, acho que passa pela total falta de interesse da categoria de estar discutindo esses direitos, assim como violência de gênero, o que é o mito da maternidade, o que é esse desejo por aquela criança, então tem uma série de questões envolvidas ali que os psis não estão fazendo este debate e nem estão querendo”. (Norte)

A imposição de leituras idealizadas, deterministas que desconsideram o contexto em que uma gravidez ocorre fragiliza o vínculo que podemos construir e que pode ser elemento fomentador de um cuidado a curto, médio e longo prazo na trajetória dessas pessoas. A violência sexual não se encerra quando o esturpador vai embora, ela deixa rastros psíquicos, físicos, sociais que devem ser elaborados sem a imposição de valores e crenças das(os) profissionais que estão atuando nos serviços. Ainda que muitos desses temas não sejam abordados devidamente nos currículos formativos é preciso apostar no olhar crítico e atento que a nossa categoria pode produzir diante de cenas de negligência e violação de direitos. Assim como a (o) psicóloga (o) da região Norte relata ser considerada “a chata”, muitas(os) profissionais têm construído caminhos de discordância frente a posicionamentos que divergem gravemente do que nos orienta o Código de Ética Profissional. Nesse sentido, conseguir estabelecer um diálogo com a própria equipe, consolidando a práxis psi como um saber que promove cuidado, direitos e autonomia é

um movimento que se percebe na trajetória das(os) profissionais que atuam nesses serviços:

“No início não era assim, né? É uma construção. Então eu consigo ter a liberdade de falar “olha, fono, eu tô com uma dificuldade aqui que não é psicológica”. Por exemplo, acontece da mãe não conseguir amamentar, como eu sou do comitê de aleitamento [instituição]. eles logo “ô, primeiro vamos ver se não é algo psicológico”, né? Você imagina, você amamentar um bebê fruto de um abuso e que você não elaborou esse abuso, e normalmente, é menino com a cara do sujeito, então pensa a dificuldade que é pra essa mulher, ela já teve dificuldade de parir, né? Muitas travam e não querem entrar em contato, tá com 10 de dilatação e também sou chamada porque fisiologicamente o bebê tem que nascer, e aí ele não nasce. Por quê? Porque ela trava. O parto não é só fisiológico, eu preciso liberar esse bebê do meu corpo porque ele pode tá com 10 de dilatação, não tem mais o que fazer, esse bebê tá no canal de parto e essa mulher simplesmente parou de colaborar, ela trava emocionalmente e esse bebê não nasce, né? Então às vezes é difícil. Então se não for alguma coisa psicológica que a gente vai ter que falar, por exemplo, desse abuso que foi um segredo e ela não falou pra ninguém, pra depois eu chegar na amamentação. Então eu vou ter que falar com essa fono pra que ela, junto com a equipe [profissional], libere um leite artificial nesse primeiro momento porque eu não vou poder obrigá-la a amamentar. Então eu preciso cuidar da integridade mental dela, porque é melhor que ela fique bem do que obrigá-la a amamentar, apesar de que eu sou assim, super a favor da amamentação, mas

ela tem que tá bem emocionalmente, porque amamentar não é simplesmente “eu tenho leite, tenho peito, eu tenho leite e tenho um bebê que está faminto” eu preciso tá bem porque é uma energia que se transborda ali.” (Sudeste)

“E como a gente está num contexto hospitalar há demandas muito emergentes e que às vezes são pontuais e a gente não consegue extrapolar. Um desafio que a gente tem no cotidiano é efetivar alguns desses direitos e de fato essas políticas acontecerem na prática. Uma questão que sempre faz retomar a legitimidade é um atendimento em decorrência da violência sexual, porque tem um conflito ainda moral, e político que a gente sabe que apesar do que está disposto, que tem uma norma técnica e política, que então preconiza o que seja feito, e que dá condições para que seja feito no sentido de ser permitido... mas que a gente vê outros fatos de ordem cultural, moral, individual atravessando isso aí muitas vezes gerando obstáculos para que a gente não consiga efetivar esses direito. Eu acho que o serviço de Psicologia, a nossa atuação hospitalar neste serviço específico, nessa linha ela é muito no sentido de efetivar esse direito, então a gente cria condições, se esforça, discute nesse esforço de efetividade. Então eu acho que apesar de ter essa limitação, pelo contexto, pelas condições, enfim, se fosse pensar... eu acho que no fim o produto é positivo. A gente se propõe e consegue levar efeito”. (Nordeste)

Conforme dispõem as Normas Técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011c; 2011d; 2011e; 2011f; 2012a), bem como prevê o Código de Ética que regula a nossa atuação profissional e a Resolução CFP n.º 08 de 07 de julho de 2020, que discorre

sobre a prática da Psicologia frente às violências de gênero, nosso horizonte nos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva devem ser a promoção da autonomia, dos direitos humanos, isso inclui os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, da ampliação dos modos de cuidado e do reconhecimento do sujeito em sua complexidade. Para isso, precisamos romper com manejos que generalizam experiências tão profundas como a gestação, a maternidade, a sexualidade e a violência, para efetivamente escutar aquelas a quem dirigimos nosso acolhimento. Deve-se ainda assegurar que as informações sejam prestadas de maneira acessível sobre cada procedimento a ser realizado (indicação, importância e detalhamento do procedimento) e deve-se respeitar a recusa quando esta for explícita. Quando o profissional optar pelo uso de jargões técnicos, deve sempre atentar-se para que seja seguida de uma tradução em linguagem simples a fim de promover a compreensão ampla de quem acessa o serviço e de quem estiver acompanhando.

Para isso, é necessário garantir um ambiente seguro e com privacidade para que a pessoa seja orientada sobre seus direitos, sobre as escolhas disponíveis, sobre as decisões a serem tomadas e o tempo que dispõe para tomar essas decisões. Isso implica na construção de um espaço de confiança que respeite as decisões tomadas sem julgamento, sem prescrição e sem verdades absolutas sobre o que é a experiência do outro.

[...] “eu percebo que quem abraça esse serviço dentro do hospital de onde eu trabalho é a Psicologia e o Serviço Social. E muito mais a Psicologia. Quem abraça mesmo, quem vai acolher a paciente no dia do procedimento, vai estar junto com ela, né, vai orientar... “Você vai passar por isso, por aquilo, depois disso eu vou estar aqui com você, eu venho te ver.” Esse apoio é específico nosso.” (Sudeste)

4.2.1 - Acolhimento em situações de abortamento legal

Em 2022, a OMS publicou um documento intitulado “Diretrizes sobre cuidados no aborto - resumo” e reforçou que os cuidados abrangentes no aborto devem fazer parte da lista de serviços essenciais de saúde. De acordo com este documento, os cuidados relacionados ao aborto incluem o fornecimento de informações, a gestão do aborto em si e os cuidados pós-aborto. Ainda, de acordo com a OMS, esses cuidados estão relacionados às situações de aborto espontâneo, aborto induzido (interrupção deliberada de uma gravidez em curso por meios médicos ou cirúrgicos), aborto incompleto, bem como óbito fetal intrauterino (OMS, 2022).

No Brasil, a legislação sobre o abortamento encontra-se entre as mais restritivas do mundo, possuindo apenas três permissivos legais - (1) risco de vida para a pessoa gestante, (2) em casos de estupro e (3) quando há o diagnóstico de feto com anencefalia. Ademais, trata-se de crime previsto pelo Código Penal nos art. 124, 125, 126 e 127, com penalidades para a pessoa que o provoque e para quem facilite ou promova a prática.

É datado de 1940 os dois primeiros permissivos, quando se definiu que não deve haver criminalização e punição do abortamento praticado por médico quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resulta de estupro. Nestes casos, o procedimento deve ser precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Mais recentemente, como consequência da incontestável evolução da propedêutica fetal e da jurisprudência aberta pelo terceiro permissivo - decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que permitiu às gestantes escolherem pela interrupção da gestação em caso de fetos diagnosticados com anencefalia³¹ -, o Poder Judiciário passou a conceder, em alguns casos bastante restritos, autorização para o abortamento em

31 julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 54.

casos de gestações com anomalias fetais fatais (que cursam com o óbito do bebê) graves e que costumam levar ao óbito bebês após o nascimento, situação que ainda não foi contemplada pelo Código Penal brasileiro e que requer judicialização. Nos casos previstos na legislação, o abortamento é conhecido como aborto legal.

O abortamento é a interrupção da gestação antes do início do período perinatal, definido pela OMS como ocorrendo a partir das 22 semanas completas (ou 154 dias) de gestação, quando o peso do bebê ao nascer é normalmente de 500 gramas. Aborto corresponde ao produto eliminado por meio da interrupção da gravidez, enquanto abortamento refere-se ao processo de interrupção gestacional (Brasil, 2011c; Boza, 2007; Faúndes & Barzelatto, 2004; Santiago, 2008). O abortamento pode ser espontâneo, o que ocorre em 30% das gestações, ou induzido. Pode também ser completo, quando há o esvaziamento completo do útero, ou incompleto, quando permanecem restos ovulares e/ou membranas residuais do feto e/ou da gestação no interior do útero (Brasil, 2011c).

É importante mencionar que o Código Penal Brasileiro não estabelece limite de idade gestacional ou peso fetal para os permisivos legais ao aborto induzido, um aspecto que também é reforçado pela OMS (2022). Logo, a partir dos três permisivos legais previstos no Brasil, a interrupção de uma gestação resultante de estupro, ou gestação que oferece risco de vida à gestante ou por anencefalia fetal, podem acontecer a qualquer momento da gravidez, havendo protocolos específicos que orientam sobre a conduta adequada para a indução do aborto induzido em idades gestacionais mais avançadas³².

O Ministério da Saúde normatiza os procedimentos a serem adotados por gestores e profissionais de saúde para o atendimento

32 Confira: [Nota informativa aos tocoginecologistas brasileiros sobre o aborto legal na gestação decorrente de estupro de vulnerável da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria.](#)

ao abortamento previsto em Lei, através das publicações das “Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, em 1999, atualizada e ampliada em 2005 e 2012, a “Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento”, em 2005, atualizada e ampliada em 2011, e a “Norma Técnica Atenção às Mulheres com Gestação de Anenc falos”, em 2014. Nessas normativas, a Psicologia aparece como categoria que deve acompanhar os itinerários abortivos, tanto nos casos previstos em lei como naqueles que foram induzidos de modo inseguro e chegam às unidades de saúde em razão de complica es p s-abortamento. Ainda que sejamos uma profissão que está ocupando esses serviços,   significativa a lacuna nos currículos formativos sobre o acolhimento em razão de interrup o gestacional, o que se reflete nos desafios apresentados pela categoria ao longo da produ o desse material.

A partir da pesquisa realizada pelo CREPOP/CFP constatou-se que parte das(os) psicólogas(os) atuam sem conhecimento teórico e técnico sobre os permissivos legais ou as normas técnicas que orientam o cuidado junto a pessoas que abortaram, sendo recorrente a incorpora o de compreensões genéricas e psicologizantes, com pouco ou nenhum respaldo na literatura acadêmica sobre o tema, reforçando no es do senso comum ou de perspectivas morais sobre as reverbera es de uma interrup o gestacional:

“A gente sabe, por exemplo, quais são as consequências, n . Assim, eu mesma sei de um relato, n , nem foi do hospital, que veio ao hospital. Assim, de uma pessoa que eu conheci, e que ela tinha tido uma gesta o... ficou grávida no período de faculdade, jovem ainda, ela e o namorado não se viram em condi o de estar assumindo aquela criança, fizeram o aborto, mas eles meio que fizeram um pacto de que depois então eles não teriam filhos. Quais são as consequências disso,

né? Dessas tomadas de decisões... E aí, assim, ela não se perdoava nunca. E não se perdoava. Muito depois é que ela conseguiu realmente, num processo, chegar nessa conclusão, aí tiveram filhos. Mas foi um pacto que eles fizeram, né. Quais as consequências disso? Qual é o sentimento de muitas mulheres, assim, de culpa, que vai carregar, nessa situação? Então é muito complexo a gente falar, assim, falar: “Não, é um direito. É um direito humano.” (Sudeste).

Realizar um aborto é um evento comum na vida reprodutiva de uma pessoa com útero (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2023) e que, quando realizado de forma segura (OMS, 2022)³³, é um procedimento saudável tanto do ponto de vista físico quanto emocional, e que não afeta desfavoravelmente as pessoas que decidem pela interrupção da gestação. Em sua maioria, os relatos são de alívio (Foster, 2024) e o trauma advindo deste procedimento recai geralmente sobre o fato deste ser criminalizado, naquelas sociedades que ainda criminaliza o aborto. Além disso, os relatos dão conta de que o abortamento foi assimilado entre seis meses e um ano após sua realização (Sachdev, 1993; Drezett & Pedroso, 2012; Kero et al., 2004; Miller, 1996; Adler et al., 1990; Lazarus, 1985). As respostas psicológicas ao procedimento são menos graves do que aquelas experimentadas por mulheres que levam a gestação indesejada a termo e decidem entregar a criança para adoção (Pedroso, 2012; Drezett & Pedroso, 2012). Ainda assim, o sofrimento psíquico, quando verificado, pode estar associado a outros elementos que atravessam a experiência do abortamento, tais como moralidades que atribuem ao mesmo, valoração negativa ou

33 De acordo com a OMS (2022), complicações são eventos raros no aborto medicamentoso e cirúrgico, quando estes são seguros. Isso significa abortos realizados por alguém com habilidades/competências, utilizando métodos recomendados pela OMS e apropriados à idade gestacional.

outros aspectos envolvendo o entorno relacional e ao contexto de criminalidade encontrado em várias culturas e sociedades (Gonçalves, 2019), como aparece no relato de algumas das profissionais entrevistadas para elaboração desta referência:

“Tá. Tem até a ver até um pouco com a questão anterior, que é uma coisa que eu até to querendo buscar mais artigos, que é assim: Quando eu comecei a trabalhar com isso, vinham falar “ah, mas existe o trauma da mulher que sofre aborto”, (...) “Ah mas como é que fica, por que tem o impacto psicológico dela levar a gestação adiante, mas também tem um impacto psicológico ela abortar. Como é que ela fica psicologicamente?”. Aí tem pessoas que, inclusive, não são psicólogos que trazem esses discursos de que “ah, não tem uma síndrome, não sei o nome, depois aborto, do trauma?”. Quando eu comecei a trabalhar com isso, eu nunca tinha ouvido falar nem disso. Eu falei: “olha, eu desconheço isso, vou ter até que pesquisar sobre, mas eu desconheço”. Até porque, eu acho até complicado de dizer que toda mulher que sofre aborto, como se todas as mulheres fossem iguais, como se todas as mulheres que sofrem aborto fossem iguais, como se o impacto de uma vivência fosse igual para todas as pessoas.” (Sul).

É importante compreender que a criminalização possibilita situações vexatórias, humilhantes e constrangedoras, além do risco iminente de penalização jurídica. Esses elementos são em si fatores que produzem sofrimento, ansiedade e solidão (Gonçalves, 2019; Gonzaga, 2022). Generalizar que interromper uma gestação em si é um elemento que produziria um adoecimento psicológico é reforçar uma ideia determinista que entende a maternidade como destino

irrefutável para toda pessoa que tem a possibilidade de gerar. Além de ser uma compreensão restrita, é uma perspectiva que desconsidera as singularidades dos sujeitos, os significados que atribuem à maternidade a partir de suas experiências de classe, raça, território, geração e obviamente, do intercurso sexual que produziu essa gravidez. Como afirmam Medrado e Lima (2020) ao analisarem as produções da Psicologia sobre ciclo reprodutivo e saúde mental:

“Partindo de tal análise, as afirmações essencialistas caem em ruína, pois, na medida em que nos atemos ao desenvolvimento histórico da loucura, do discurso [profissional] e da identidade feminina, percebemos como essas são construções sociais. Ademais, ao nos atentarmos para as diferenças socioeconômicas e culturais envolvidas no processo de adoecimento mental feminino, entendemos que as experiências não são monolíticas, não há uma mulher universal, mas sim diversas mulheres e diversas formas de adoecimento.” (p. 80)

É importante o entendimento que a responsabilidade e decisão final da realização da interrupção de uma gravidez diz respeito apenas à pessoa atendida e não à psicóloga ou psicólogo. Essa compreensão faz parte dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, e o abortamento, nesse âmbito, integra os direitos humanos das meninas, mulheres e pessoas que gestam. A criminalização moral e jurídica do aborto tem interditado, inclusive, o direito à informação sobre os serviços que estão previstos por Lei, tornando os itinerários abortivos daquelas pessoas que tem o direito assegurado ainda mais tortuoso. Destacamos que foi recorrente entre as(os) psicólogas(os) entrevistadas(os) nessa pesquisa a menção à ausência de divulgação sobre os serviços públicos que realizam o abortamento legal. A dificuldade de acesso a esta informação resulta em uma primeira

barreira institucional para efetivação de um direito que está previsto desde 1940 no Código Penal Brasileiro. A fala a seguir exemplifica a constatação desta realidade:

“Eu acho que tem três [dificuldades] que eu pontuaria. Uma falta de divulgação do serviço. Esse serviço tem mais de dezesseis anos e é sempre chocante perceber como as mulheres que chegam aqui chegam dizendo “ah eu nem sabia que existia” e também os conhecimentos, assim, que eu acho que isso tá muito ligado ao tabu do aborto. O próprio poder público não tem muito interesse em divulgar (...).” (Nordeste).

A falta de divulgação dos serviços, bem como do direito à interrupção gestacional nos casos previstos em lei, produz um percurso de sofrimento para meninas, mulheres, homens transexuais e pessoas não-binárias que vivem o desamparo de peregrinar por várias unidades de saúde em busca de informação para acessar o seu direito, muitas vezes, sendo desencorajadas ou desengañadas, não raro, sem recursos para fazer essa busca. Nesse sentido, as dimensões de classe, raça e território são elementos que precisam ser considerados, visto que podem agudizar às interdições que se interpõem frente ao abortamento legal, conforme o relato da(o) psicóloga(o) abaixo:

[...] Antes da gente discutir a descriminalização do abortamento no país, a gente tem que reforçar os serviços que existem, [...] que é muito pouco. [...]. Muitas vezes, a gente recebe mulher que vem do país inteiro para fazer um abortamento sem sequer ter dinheiro para pegar uma condução, para tomar ônibus, para tomar um lanche. Muitas vezes, quando elas vêm de outro estado

e não dá para fazer toda a avaliação no mesmo dia, e elas não têm recursos nem para se hospedar. Então, assim, é bem complicado. [...] Falta formação. Falta dizer para os profissionais o que é [...] que a gente está falando [...] da questão do direito sexual reprodutivo. O que que a gente está falando quando a gente fala de mulheres que buscam o abortamento previsto em lei. [...]. Como que funciona a legislação? O que pode, o que não pode? Isso não vem com a gente lá da graduação. (Sudeste)

O relato da(o) psicóloga(o) acima nos traz elementos para refletir. Destacamos aqui a ausência de leituras e conhecimento sobre a legislação, as normas e a literatura especializada sobre o abortamento nos cursos de graduação em Psicologia. Essa ausência não implica que não tenham discussões sobre ciclo reprodutivo e maternidade, pelo contrário, esses são temas recorrentes na Psicologia, mas majoritariamente a partir de um viés de patologização das funções reprodutivas (Gonzaga, 2022), como nos explicitam Medrado e Lima (2020, p. 71): “A medicalização do corpo feminino se inicia justamente pela via do que hoje entendemos como saúde sexual e saúde reprodutiva”.

Desse modo, cabe interpelar quais recursos teórico-metodológicos são apresentados para nossa categoria profissional? Como eles produzem garantia ou violações de direitos nas políticas públicas de saúde sexual e saúde reprodutiva? Outro elemento que cabe a reflexão é a necessidade de considerar o sujeito para além da violência, essa pessoa que busca o serviço para além da violência sexual vivencia violências raciais, desigualdade de classe, violação no direito de ir e vir em razão das distâncias entre os serviços e bairros periféricos e zonas rurais, essas experiências também produzem sofrimento psicossocial e este precisa ser considerado pela nossa categoria no momento que realizamos o acolhimento. Precisamos considerar

ainda a observação que a(o) profissional nos indica de que há necessidade de priorizar o fortalecimento dos serviços antes de pautar a descriminalização. Essa perspectiva esteve presente em postulações feministas no período da redemocratização que consideravam que a implementação dos serviços de aborto legal era central e mais viável de ser garantido (Barsted, 2005). No entanto, temos observado que mesmo nesses serviços os relatos das vítimas de violência sexual são alvo de suspeição, limitando o acesso de muitas dessas por não serem percebidas como “vítimas”, tornando a permanência nos serviços e a continuidade dos procedimentos ainda mais difícil em razão de omissões e humilhações advindas da possibilidade de estarem recorrendo ao atendimento sem ter esse direito (Moreira et al., 2020; Silva et al., 2019).

A pesquisa realizada pelo CREPOP aponta que, vencida a primeira barreira institucional referente ao acesso à informação sobre a existência de um determinado serviço, os abortamentos permitidos nos casos em que a gravidez decorreu de uma violência sexual são os que apresentam as principais dificuldades e dúvidas quanto ao exercício profissional. A veracidade do relato foi o aspecto mais destacado. Foram verificadas falas, minoritárias, em que psicólogas(os) corroboram a suspeição da palavra da mulher, como a seguinte:

“Mas, por exemplo, tem uma situação, essa foi esdrúxula, que o serviço social acolheu uma funcionária da casa, uma farmacêutica, veja só, que falou uma história montada, e essa história veio muito bem montada e muito igual, na maioria das vezes. “Eu saí a noite para uma festa, meu carro estava num lugar- Dirijo, vem um negão tatuado e leu.”, sabe? Então, essa história assim... E isso foi contado no serviço social. Manda chamar

Psicologia. Eu entendo que uma mulher numa situação de violência e que ela reclamou dessa violência, que às vezes ela sofre essa violência e não reclama, nem entende que é, mas se isso efetivamente aconteceu, ela vai estar imobilizada emocionalmente, ela vai estar numa situação difícil. Aí quando cheguei para atender, lá na sala (...) eu cheguei eu achei muito estranho, porque ela estava dando um espetáculo de alegria, toda serelepe, conversando. Que ela tinha feito plástica a pouco tempo, e mostrando a plástica. Tanto que, quando eu cheguei, eu achei uma coisa tão estranha, sabe? Mas demorei até a identificar que era ela. Aí foi quando a [profissional] disse “é ela”. Aí pronto, veio essa história. De que tinha saído a noite. Mas assim, visando a história, eu tenho que resolver logo isso, porque eu só tenho quatro, cinco meses de plástica de abdômen. Se essa barriga for mais adiante eu vou perder a plástica de abdômen.” Mas não batia nada com nada.” (Nordeste).

Nesta fala, além da inclinação à suspeição da palavra da mulher, a(o) psicóloga(o) revela concepções homogêneas do estado psicológico da pessoa que sofreu uma violência sexual. Este entendimento apareceu outras vezes na pesquisa, em que a posição da pessoa que busca o serviço precisa coincidir com uma performance esperada de vítima. Precisamos retomar que uma experiência traumática, assim como uma experiência exitosa, pode gerar comportamentos distintos em razão das singularidades que marcam cada sujeito. Assim, é premissa basilar de nossa profissão buscar compreender quais recursos psíquicos uma pessoa dispõe para elaborar uma violação e como ela pode ser acolhida nessa manifestação que lhe é possível produzir. Não nos compete definir o que é uma postura adequada a uma pessoa que sobreviveu a uma violência sexual, muito menos utilizar da posição de profissional de saúde mental para ingerir

na deliberação de veracidade do relato de alguém perante outros profissionais. Isso fica explícito nos relatos de algumas das(os) psicólogas(os) escutadas(os) nessa pesquisa, que compreendem a validação e o reconhecimento do pressuposto de veracidade do relato, reconhecendo que não compete ao exercício da(o) psicóloga(o) atuar como inquisidores de quem narra uma violência.

“Aí esse aí já é mais tranquilo né. Como é uma má formação, vem uma solicitação judicial, fica mais fácil. Mas quando é uma mulher que vem com um relato de estupro e solicitando o aborto legal aí o problema se torna grande. Porque os próprios profissionais, a maior parte deles, se nega a fazer. Porque não acredita que possa ter sido uma vítima de estupro, acham que pode tá fingindo. Porque hoje em dia não é mais solicitado a essa mulher que seja feito um B.O. Ela vem e é o relato dela que importa pra gente, o relato dela importa, se ela diz que foi estuprada, ninguém tá aqui pra julgar, pra dizer se foi, se não foi.” (Nordeste).

“Não é a equipe que está fazendo um aborto simplesmente porque quer fazer, existe um relato da paciente e esse relato tem que ser levado em conta como verdadeiro. E se ela faltar com a verdade, quem vai responder por isso, caso depois se venha a constatar, é ela exclusivamente que vai responder por isso. A gente deve acatar o relato dela como verdadeiro.” (Sul).

Ainda que tenhamos relatos que reconhecem que se deve partir da premissa de veracidade de quem busca o serviço em razão de gravidez decorrente de violência sexual, foi recorrente também relatos de que em determinadas instituições, a(o) psicóloga(o) ocupe o lugar de testar e assegurar a verdade sobre a existência de violência

sexual. Para parte das(os) entrevistadas(os) é obrigatório atender a tal formulação, o que implica em práticas rigorosamente investigativas. Como justificativa para esta conduta, o risco de denúncia ou processo judicial é apontado, visto que algumas(uns) profissionais possuem a crença de que podem ser penalizados caso contribuam para a realização de um abortamento que não se enquadra nos permissivos legais.

“Eu tento o máximo possível me neutralizar, meus valores, princípios nesse sentido, poder ouvir e receber o delas, desde que, eu sempre deixo muito claro desde que esteja dentro da lei, também da justiça, ponto, porque depois só eu que vou responder, e é crime, aborto fora de qualquer outra coisa é crime, e muito claro isso a lei, nós profissionais somos responsabilizados de certa forma (...)” (Centro-Oeste).

É importante ressaltar que as psicólogas e psicólogos, e demais profissionais de saúde, que estes não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não era elegível para abortamento previsto em Lei. Segundo o Código Penal brasileiro, artigo 20, § 1º, “É isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato” cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação, somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente. O Código Penal garante que a palavra da pessoa que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde e seus procedimentos não devem ser confundidos com aqueles reservados à polícia ou à justiça, o que muitas vezes ocorre pela expectativa de gestores, pro-

fissionais e até pelo desconhecimento das normativas que orientam a atenção humanizada ao abortamento:

“Eu, pessoalmente, sou a favor de uma completa legalização do abortamento. Isso é uma questão pessoal, mas eu prezo muito pela ética do meu trabalho (sempre fui assim) e eu sei que eu não estou aqui pra liberar aborto, eu estou aqui pra ser parecerista do processo de aborto sentimental que só é permitido se a mulher for vítima de estupro. Então, às vezes, se vê às voltas com isso, tem uma sensação de que talvez não seja verdade o relato, mas não te cabe julgar se é verdade ou não, mas tem um maldito de uma caixinha de documentos em que você afirma não ter visto nenhum sinal de que a fala dela era mentira... como assim?! Então eu não estou pra julgar, mas eu tenho que afirmar que eu não vi nenhum sinal, e isso é muito complicado.” (Sudeste).

Foram verificadas dúvidas quanto ao direito ao aborto legal e às exigências para a realização do procedimento. Entretanto, a realização do abortamento nos casos de gravidez previstos em Lei não exige apresentação de autorização ou alvará judicial, Boletim de Ocorrência ou sentença final do processo, caso houver. A pessoa que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia e, portanto, não tem sequer a obrigação de realizar Boletim de Ocorrência. Isso ocorre como forma a evitar situações de revitimização das pessoas que passaram por violência sexual, bem como atraso do tratamento o que coloca em risco a saúde das meninas, mulheres e pessoas que gestam e que já possuem o direito garantido para acessar o serviço de saúde e uma assistên-

cia segura. Logo, a realização de um aborto após estupro também não se encontra juridicamente vinculado à apresentação desse documento e não há base legal para negar o abortamento caso a pessoa não possa ou não deseje realizá-lo. O mesmo cabe para o laudo do exame de corpo de delito e conjunção carnal, do IML. Embora esse documento seja desejável em algumas circunstâncias, a realização do abortamento também não se vincula à apresentação do resultado do exame pericial (Torres, 1999).

A Portaria MS/GM nº 1.508, do Ministério da Saúde, de 1º de setembro de 2005, normatiza os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos no âmbito do SUS, estabelecendo com o rigor necessário os procedimentos para realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual respeitando-se o ordenamento jurídico do país. É recomendável que o atendimento ao abortamento previsto em Lei seja realizado por equipe multidisciplinar, interdisciplinar e interinstitucional, composta por assistente social, enfermeira(o), médica(o) e psicóloga(o).

A pessoa em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente, criança e seus representantes legais, devem ser obrigatoriamente elucidados sobre as alternativas quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito de toda e qualquer pessoa brasileira ser informada da possibilidade de interrupção da gravidez. Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser explicadas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre

permanecer com o bebê, e inseri-lo na família, ou proceder com os mecanismos legais de encaminhamento para adoção. Nessa última hipótese, o serviço de saúde deve providenciar as medidas necessárias junto às autoridades, que compõem a rede de atendimento, apoiando o processo regular de adoção.

O consentimento da pessoa gestante, ou de seu representante legal, é necessário para realizar o abortamento nas situações previstas pela Lei, com exceção dos casos de risco de morte quando a pessoa esteja impossibilitada de expressar seu consentimento (Frigério et al., 2002). O atual Código Civil brasileiro (Brasil, 2002a), estabelece em seus artigos 3º, 4º, 5º, 1631º, 1690º, 1728º e 1767º que: a) a mulher com 18 anos de idade ou mais é considerada plenamente capaz de consentir sozinha; b) a partir dos 16 anos e antes dos 18 anos, o consentimento da adolescente deve ser assistido pelos pais ou representante legal, que se manifestam e assinam o consentimento com ela; c) antes dos 16 anos, a criança ou a adolescente devem ser representados pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam e assinam o termo de consentimento por ela.

O consentimento do representante legal também se faz necessário em situações em que a mulher, em qualquer idade, não possa expressar sua vontade ou não tenha condições de discernimento, a exemplo das pessoas com deficiência intelectual impossibilitadas de consentir. Cabe considerar, quando houver conflito de interesses, que as adolescentes devem ter sua vontade respeitada caso não queiram realizar o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

Uma outra prática que não pode ser esquecida e que configura estupro, logo, inclui a possibilidade de interrupção de gestação é o *stealthing*. Trata-se da retirada do preservativo, durante a relação sexual, sem o consentimento da outra pessoa. De acordo com o art. 215 do Código Penal Brasileiro, essa prática caracteriza crime

de violação sexual mediante fraude³⁴. É importante grifar que, nos casos em que há uma gravidez em pessoas com 14 anos ou inferior, a opção de interrupção da gestação deve ser oferecida mesmo que o ato sexual tenha sido consentido pela adolescente gestante, uma vez que o Código Penal Brasileiro tipifica, no seu art. 217-A, o crime de estupro de vulnerável, nos seguintes termos: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”. Deste modo, essa gestação é considerada como decorrente de estupro e o aborto deve ser uma opção, caso esse seja o desejo do menor gestante³⁵. Isso nos convoca a problematizar junto às equipes a adultização de crianças e adolescentes, majoritariamente em vulnerabilidade socioeconômica e em situações de risco, onde sua infância é desconsiderada.

Nesse sentido, a presença da profissional da Psicologia pode ser um elemento de facilitação ao exercício crítico e reflexivo das equipes, bem como na problematização da suspeição dos relatos de violência e do atravessamento de determinadas moralidades contrárias à realização do abortamento, por parte de demais profissionais dos serviços. A atuação da Psicologia nesse cenário pode facilitar o acesso à atenção à saúde adequada a partir da mediação junto às outras categorias profissionais, como relatado nos trechos a seguir:

“Então, para alguns profissionais é muito mais difícil do que pra gente, que somos psicólogas,

34 Confira mais detalhes sobre [Stealthig pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios](#)

35 Confira: [Nota informativa aos tocoginecologistas brasileiros sobre o aborto legal na gestação decorrente de estupro de vulnerável](#) da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

trabalhamos isso na faculdade - a individualidade do sujeito, a autonomia, o respeito pela singularidade, a história de vida de cada pessoa -, a gente tem uma sensibilidade maior de sentar com esse paciente e conseguir compreender aquele sofrimento, o que é que tá passando. E isso, nas outras formações, não é tão aparente. Então eu acho que aí começam as nossas dificuldades - de passar para outro plantão, a objeção de consciência que muitos acabam usando sem saber exatamente como usar.” (Sul).

“Eu trabalho com o Aborto Legal e Violência Obstétrica. O meu papel é de mediação dentro desses temas cheios de tabus. Percebo que a Psicologia dentro de atividades dentro dessas políticas atua com acolhimento e mediação mesmo.” (Nordeste).

Assim como indicado pela profissional acima, a Psicologia nos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva tem funções para além do acolhimento e acompanhamento individual. O diálogo interdisciplinar e intersetorial é fundamental para a efetivação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, para isso, é necessário que espaços de debate e formação continuada sobre esses temas sejam possíveis, instrumentalizando as(os) profissionais para situações de violação de direitos, como explicitado por uma(um) psicóloga(o) da região norte:

“Acho que já foi bom, mas agora deixa a desejar, em 2017 eu me vi numa situação muito delicada onde tive que acionar a defensoria pública; eu tava de plantão num sábado, duas moças haviam internado uma semana antes, elas já tinham passado por três equipes [profissionais] e as três

tinham atestado “objeção de consciência”, e disseram que não iam fazer o aborto, mas nenhum colega psi destas três equipes anteriores foi lá olhar o prontuário, e tomaram qualquer providência, após três negativas com ‘objeção e consciência’ o caso foi levado a chefia do hospital, e foi então que eu fiz, entrei em contato com o movimento de mulheres e fizemos a denúncia juntas no ministério público e defensoria pública, em 24 hs tinha uma ordem judicial pro serviço fazer o aborto das duas mulheres, e aí todo dia bato na porta da presidência pra gente fazer esse debate pra que seja criada uma equipe, porque: ‘há tá então o [profissional] de plantão não quer fazer?, chama a equipe’, não pode a pessoa ficar lá esperando com as “objeções de consciência”, e num cenário de moral, todo mundo dizendo que isso é uma prova de Deus pra ela não abortar mais, mas ela tava firme, foi quando eu cheguei e a gente se conheceu ela se sentiu amparada e aí fui atrás do MP e defensoria, se não ela não tinha feito.” (Norte).

A objeção de consciência é um recurso estabelecido dentro da categoria médica, que possibilita ao profissional da Medicina declinar de um atendimento que seja contrário aos seus princípios religiosos e filosóficos, esse recurso, no entanto, não se sobrepõe ao direito inalienável à saúde. A norma técnica de Atenção Humanizada ao abortamento determina que:

Não cabe objeção de consciência: a) Em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; b) Em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) médico(a) que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão

da omissão do(a) médico(a); c) No atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência. Em caso de omissão, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela venha a sofrer, pois podia e devia agir para evitar tais resultados (Código Penal, art. 13, § 2º). É dever do Estado, manter, nos hospitais públicos, profissionais que realizem o abortamento. Caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência da omissão, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional (Brasil, 2005e, p. 15).

A atuação da(o) psicóloga(o) que nos relata recorrer ao Ministério Público e à Defensoria Pública para garantir a efetivação do direito à interrupção gestacional de duas mulheres que foram vítimas de violência sexual nos revela que o papel da Psicologia em serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva transcende a uma lógica individualista. É fundamental reconhecer as discordâncias e moralidades que perpassam alguns temas, mas é imprescindível não permitir que essas discordâncias e moralidades sejam interdições a direitos já estabelecidos. Obviamente a responsabilidade e decisão final da realização da interrupção de uma gravidez diz respeito apenas à pessoa atendida e não à psicóloga ou psicólogo, mas compete a nossa categoria o princípio ético de preservar a autonomia das mulheres, sejam elas transexuais, cisgêneras ou ainda pessoas de expressão não binária; além de não desenvolver nem colaborar com culturas institucionais que violem direitos (CFP, 2020).

4.3 - Acolhimento pós-abortamento inseguro

A criminalização do aborto não impede sua realização. De acordo com a “Pesquisa Nacional de Aborto” realizada no Brasil (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2023), uma em cada sete mulheres, de até 40 anos, já fez pelo menos um aborto ao longo da vida. As pessoas que abortam são de todas as idades do ciclo reprodutivo, referem ter uma religião, possuem diferentes níveis de escolaridade, além disso, fazem parte de grupos de raça, classe social, estado civil e regiões do país variadas. No entanto, há uma maior prevalência de pessoas que realizam o aborto entre os grupos mais vulneráveis da sociedade. (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2023)

A criminalização do aborto deve ser discutida sob diferentes aspectos. Primeiramente, ele é inconstitucional, pois impede que as pessoas que engravidam tenham garantias constitucionais como, por exemplo, o direito à autonomia, à igualdade, à liberdade, à integridade física e psíquica e aos direitos sexuais e reprodutivos (Carvalho, Menezes & Santos, 2020). José Henrique Torres, autor do livro “Aborto e Constituição”, em recente entrevista citou: “Estou convencido que esta criminalização é equivocada, injurídica, inconstitucional e, numa expressão jurídica, é inconvenção. Ou seja, viola princípios e preceitos do sistema de proteção dos direitos humanos”³⁶.

Mas será que as experiências dessas pessoas que realizam o aborto no Brasil são parecidas? Este é um aspecto fundamental na discussão sobre a criminalização do aborto no Brasil: pessoas com recursos financeiros conseguem acessar um aborto seguro no país em contraste com pessoas com menos recursos, que acabam realizando um aborto inseguro. De acordo com Cardoso, Vieira e Saraceni (2020), que traçou o perfil das pessoas que morrem no Brasil

36 Trecho retirado de [\[Prato do Dia #43\] Análises Jurídicas Sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil \(30/03/2023\)](#).

em decorrência de um aborto, as pessoas que mais morrem como consequência de um aborto são negras ou são indígenas, possuem baixa escolaridade, possuem idade inferior a 14 ou mais de 40 anos e que vivem nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste do país.

Dados consolidados pelo Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna no Brasil³⁷ mostram que, em 2021, a taxa de mortes foi de 107 mortes por 100.000 nascidos vivos, um número inflado pelos óbitos maternos ocorridos durante o primeiro ano da pandemia de covid-19, e bastante alto quando comparado com a taxa aceitável de 20 mortes por 100.000 nascidos vivos. Evidências apontam que as legislações que proíbem e criminalizam o procedimento são ineficazes para reduzir sua incidência (Menezes & Aquino, 2009; Gonzaga, Gonçalves & Mayorga, 2019). A restrição legal acaba determinando que o abortamento seja praticado de forma clandestina e, na maioria dos casos, de maneira insegura, o que não se verifica nos países onde a interrupção gestacional é prevista em lei. Em pesquisas realizadas em 2010 (Diniz & Madero, 2010), 2016 (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2017) e 2021 (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2023) constatou-se que há um declínio nos índices de pessoas que interrompem gestações, no entanto, precisamos considerar que esses números continuam revelando os aspectos da desigualdade de raça, classe e territorialidade no que tange aos agravos e óbitos em razão de procedimentos inseguros. Prover o acesso à interrupção segura da gravidez poderia evitar a morte, os danos para a saúde reprodutiva e a perda de anos de produtividade entre as mulheres (Singh et al., 2009).

No Brasil o abortamento inseguro tem sido uma das cinco causas constantes de mortalidade materna. Em pesquisa realizada a partir dos índices produzidos entre 1996 e 2018 constatou-se que

37 Ministério da Saúde - Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde: [Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna](#).

às mortes maternas no país são majoritariamente por hipertensão (8.186 óbitos), hemorragia (5.160 óbitos), infecção puerperal (2.624 óbitos) e aborto (1.896 óbitos) (Brasil, 2020). Devido à clandestinidade, as já conhecidas dificuldades relativas à notificação de óbitos em nosso país e ao componente ideológico que envolve a questão, as mortes por abortamento não são devidamente notificadas, o que contribui para a precariedade das estatísticas no país, assim não é possível saber quantas mortes identificadas como hemorragia e infecção puerperal podem ser decorrentes de abortamentos inseguros.

Cabe destacar ainda que entre as mulheres que compõem esses números, 65% são pretas e pardas (Brasil, 2020). Esse dado corrobora os achados da epidemiologista Emanuelle Góes (2019), que em sua tese de doutoramento constatou que mulheres negras (pretas e pardas) demoram mais tempo para procurar serviços de saúde em caso de complicações pós-abortamento por reconhecerem nesses espaços o risco de serem denunciadas, humilhadas, maltratadas. Isso implica que os agravos agudizam antes que possam ter o atendimento necessário, levando a um maior índice de mortalidade para essa população. Nesse sentido, é fundamental reconhecer que longe de ser eficaz em coibir a prática, a criminalização do aborto é eficiente em traduzir para o campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira, sendo aquelas que já vivenciam inúmeras injustiças sociais as mais afetadas pela falta de espaços onde possam interromper gestações de modo seguro (Diniz, Medeiros & Madeiro, 2023; Góes, 2019; Menezes & Aquino, 2009).

A morte materna expressa a extrema negação dos direitos humanos das meninas, mulheres e pessoas que gestam, particularmente daquelas que são violadas historicamente no nosso país. A despeito desses dados, é comum que haja entre as(os) profissionais, inclusive as(os) psicólogas(os), um dilema sobre quais vidas estão em questão quando se aborda a discussão da interrupção gestacional:

“É...essa questão do aborto por exemplo, eu Não sei se eu sou a favor do aborto mesmo que seja em situação de vulnerabilidade, mesmo que a mulher tenha esse direito de fazer, eu ainda assim quando já atendi algumas vezes no serviço de referência tentava sempre mostrar outros lados, nunca influenciar na decisão lógico, mas mostrar outros caminhos, outras possibilidades né?! E aí quando entra os direitos humanos a gente fica pensando ‘é a favor da vida, mas qual vida? A vida do bebê, da mulher?’” (Norte).

É fundamental que a categoria esteja ciente que diante da decisão pela interrupção gestacional em casos previstos por lei faz-se necessário a orientação e acompanhamento do procedimento, e demais possibilidades devem ser apresentadas com cuidado para não se sobrepor a autonomia do sujeito. Caso a decisão não tenha sido tomada, todas as possibilidades devem ser apresentadas sem que haja um apontamento tendencioso por parte da profissional. As posições pessoais, religiosas, filosóficas e morais das(os) psicólogas(os) não devem se sobrepor ao que está previsto em lei e ao que nos orienta o Código de Ética Profissional (Resolução nº 10 de 2005) e as Resoluções nº 8 de 07 de julho de 2020 e a Resolução nº 07 de 06 de abril de 2023 do CFP. Destacamos que entre as responsabilidades da(o) psicóloga(o), no que tange ao atendimento da mulher em situação de abortamento, cabe relembrar que:

Art. 2º - Ao psicólogo é vedado:

- a. Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão;
- b. Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual

ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais. (CFP, 2005, pg. 09)

Compreende-se que a liberdade de expressão religiosa, moral, filosófica das(os) profissionais devem ser resguardadas, no entanto, é preciso reconhecer que no exercício profissional devemos lançar mão das orientações éticas, nas normas de atenção humanizada e do referencial teórico metodológico que dispomos na literatura especializada sobre o tema. É possível identificar o reconhecimento de algumas(uns) profissionais sobre os atravessamentos das crenças presentes em sua formação pessoal e profissional e no próprio debate público sobre abortamento como elementos que dificultam a garantia de um cuidado humanizado e livre de julgamentos. Esse reconhecimento, como explicitado no relato abaixo, é fundamental para que possamos trabalhar na nossa categoria uma práxis que seja promotora de direitos e de diálogos éticos nas equipes em que nos inserimos:

“Como psicóloga, me vejo na linha de frente junto com a assistência social. É bem delicado, e tem muito a ver com a cultura mesmo, judaico-cristã que crescemos e aprendemos que um aborto é errado. Então dentro disso, pessoalmente eu precisei me trabalhar também, porque eu também estou inserida nessa cultura. E é preciso entender a importância dessa atuação para ser esse mediador.” (Nordeste).

De certo que as controvérsias sobre interrupções gestacionais não se limitam a nossa categoria, tampouco às demais profissões de saúde. As dissonâncias que perpassam os discursos públicos sobre o tema também são de interesse da Psicologia, visto que reverberam nas experiências de sofrimento e medo que as pessoas vivenciam

ao precisarem recorrer a um serviço de saúde. As implicações de retrocessos no cenário político nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos tornaram possíveis cenas públicas de constrangimento de meninas vítimas de violência sexual (Gonzaga, Gonçalves & Mayorga, 2019); a perseguição de docentes que trabalhavam com educação sexual como meio de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, de orientação sobre contracepção e de acolhimento de denúncias de violência sexual (Correa & Kalil, 2020) e a relativização da relevância desse debate nos currículos formativos. Essas perdas, ausências e retrocessos foram percebidos entre a categoria profissional, como exemplificado no relato abaixo:

“Eu vejo que as políticas públicas são equivocadas tanto quanto no direito sexual, quanto no direito reprodutivo, a gente vê que sempre ta esbarrando em outros campos, por exemplo direito reprodutivo, qual é a discussão no Brasil sobre aborto, é uma discussão religiosa não é uma discussão científica nem legal, é uma discussão muito mais religiosa, pode ou não pode, ta tirando uma vida, não ta, mas quando é que a ciência diz que é vida, não é depois que passa pra feto enquanto embrião, eles dizem que pode, a ciência diz isso, então porque que a gente tem esse tipo de, porque a gente esbarra nessas questões, a mesma questão com o direito sexual, ai você tem essa parte da política entrando no direito do cidadão de discutir, de assumir aquilo que ele quer, eu quero fazer um aborto, eu que sei da minha vida, não é o outro que sabe, eu que sei do meu corpo, então as pessoas não sabem, como se a gente tivesse uma política reprodutiva mais assertiva, no sentido de planejamento familiar, no sentido de orientações, porque falta, a gente ta com um problema de epidemia em gravidez na

adolescência, ainda estamos com isso, pensa bem no Brasil de hoje, quando esse tema é tratado, sei lá no mínimo de mil novecentos e pouquinho, a gente vem tratando disso, (...) então assim como que a gente pode ainda ter isso, porque, a gente ainda não leva informação, aí entra naquela questão de que a gente tem aí, do que que é que vai se levar pra escola, nem a família educa e também não permite que a escola leve orientação, informação, que aí a gente cai nesse coisa do cala a boca professor, que é essa lei aí que tão tentando passar pra que é pra que as escolas não tenham a liberdade de poder discutir esses temas, então quando você tem isso, você tá entrando, você tá ferindo a liberdade, o direito de cada cidadão ou seja ele menor, maior.” (Sudeste)

Considerando a realidade dos direitos reprodutivos no Brasil, muitas vezes tangenciados pelo Estado e pela volatilidade de grupos políticos que defendem perspectivas de restrição à interrupção gestacional, os VII, VIII, IX e X Congressos Nacionais de Psicologia, ocorridos respectivamente em 2010, 2013, 2016 e 2019 posicionaram-se favoráveis à descriminalização e legalização do abortamento no Brasil, entendendo que a responsabilidade pela decisão de realizar ou não o procedimento, é única e exclusivamente, direito de escolha da pessoa que gesta. Deliberou-se, ainda, pela necessidade de atendimento humanizado, digno, promotor de autonomia e cidadania, livre de preconceitos e julgamentos morais às pessoas que optem pela interrupção da gravidez, o que coaduna os princípios do Código de Ética Profissional (2005). Em 2012, o CFP posicionou-se favorável à descriminalização do abortamento, apontando para a autonomia da mulher frente a essa decisão, reafirmando-a em 2014 e em 2018, em ocasião de audiência pública no STF onde Leticia Gonçalves e Sandra Sposito (2019) abordaram a necessidade de pensar a interrupção

voluntária de gestações uma questão de saúde pública, inclusive de saúde mental, como postulado pelas autoras:

“Ao exercício da sexualidade das mulheres, têm sido atribuídos adjetivos que as caracterizam, por exemplo, como irresponsáveis e promíscuas, por exercerem a sexualidade que, repito, não é crime no Brasil. Sobre a deliberação pelo aborto, outros adjetivos têm sido colados às mulheres, tais como “criminosas”, “monstruosas”, “assassinas”, empobrecendo absolutamente a possibilidade de compreensão de todos esses elementos. Estas posições performáticas tenho caracterizado como violências psicológicas contra as mulheres, e atribuo a isso boa parte dos fatores de risco que podem não somente produzir algum dano psíquico às mulheres cissexuais, como impedir o acesso destas e dos homens transexuais aos cuidados integrais à saúde.” (Gonçalves & Sposito, 2019 p. 105).

A conversão dos serviços de saúde, que deveriam ser espaços de cuidado e segurança, em ambientes que produzem interdições, omissões e em última instância, denúncias, é extremamente grave. Silva, Moreira e Gonzaga (2019) esclarecem que qualquer paciente tem direito ao sigilo e que compete às(aos) profissionais de saúde o dever de garantir a confidencialidade do que é revelado no seu exercício profissional. A despeito disso, as autoras, ao investigar as denúncias contra mulheres que abortaram nas comarcas de Minas Gerais e São Paulo, verificaram que profissionais de saúde são a maioria das denunciantes. Gonzaga (2022 p. 9) afirma que:

“A escuta que ambiciona investigar e/ou punir mulheres em situação de abortamento é uma fer-

ramenta perniciosa que transborda as barreiras disciplinares, mas é especialmente grave quando praticada por nós, psicólogas”.

Nesse sentido, cabe reforçar a importância de garantir o sigilo profissional, de acordo com o previsto no Código de Ética Profissional do Psicólogo, sendo prática vedada à(ao) psicóloga(o), comunicar à autoridade policial ou judicial, nem à família da pessoa atendida sem seu expresso consentimento ou por justa causa - ato excepcional, necessariamente fundamentado em razões legítimas e que respondam a interesses coletivos e da própria usuária do serviço psicológico. Conhecer os princípios éticos da profissão e as normas de Atenção Humanizada ao abortamento são essenciais para fundamentar nossos posicionamentos diante de interpelações que nos convoquem a práticas violadoras:

“Teve uma mãe que tentou fazer um aborto, segundo ela não sabia que o bebê estava quase para nascer, e ela tentou um aborto com um medicamento e o medicamento ficou nela, parado nela e o bebê nasceu vivo e foi para o Materno Infantil, como tinha prova da tentativa de aborto, o [profissional] disse que queria que fizesse uma ocorrência, quando falaram comigo, eu disse: eu não faço, não é meu papel, meu papel é de acolher, eu não tenho papel aqui de forma alguma para isso.” (Centro-Oeste).

Em consonância com o posicionamento expressado pela(o) profissional acima, o CFP avalia como fundamental que a(o) psicóloga(o) seja orientada(o) quanto ao atendimento adequado da usuária do serviço psicológico, evitando assim agravos para a saúde psíquica, e/ou conseqüentemente, a morte em decorrência de complicações pós-aborto. Retomamos em grifo que nossa prática profissional se baseia, entre outros marcos legais, no Código de Ética Profissional

do Psicólogo (CFP, 2005, p.07), o qual afirma em seus Princípios Fundamentais, que:

I.O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

II.O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

4.4 - Contribuições para a práxis da(o) Psicóloga(o)

Na comunidade científica há inúmeros trabalhos sobre violência obstétrica em diversos países. Os termos utilizados são homólogos ao que é utilizado no Brasil: *violencia obstétrica* (espanhol), *violence obstétricale* (francês), *obstetric violence* (inglês), *violenza ostetrica* (italiano). Por outro lado, no contexto brasileiro o tema é considerado emergente, sendo necessário um investimento significativo para tirar a violência obstétrica - tanto no contexto do pré-natal, parto e puerpério, como no contexto do abortamento - da invisibilidade. Destacamos aqui a significativa lacuna de pesquisas que considerem a influência da violência obstétrica sobre a saúde mental de pessoas gestantes, parturientes ou que abortaram, assim como o efeito da violência obstétrica sobre a saúde mental dos profissionais.

Como vimos nas entrevistas realizadas pelas equipes do CREPOP, as(os) psicólogas(os) muitas vezes se encontram constrangidas(os) a acatar decisões questionáveis pelas hierarquias que organizam os serviços de saúde. É fundamental que as(os) profissionais tenham

conhecimento e domínio das leis que já garantem direitos, como o direito ao acompanhante, e que possam orientar e informar às pessoas usuárias de modo a instrumentalizá-las para uma postura de agência no seu processo de parto, puerpério e abortamento, bem como de reconhecimento dos canais de denúncia, caso assim desejem.

O ambiente do serviço de saúde pode apresentar violências de profissionais contra pessoas usuárias, violências entre profissionais da mesma categoria e entre categorias, e ainda violências de usuárias contra profissionais como explicitado por Heloisa Dias (2002). De acordo com a autora, existem as formas de violência acobertadas pelos colegas, violências que entram na rotina do trabalhador para fazer parte do grupo, correndo o risco de que as violências incorporem a práxis cotidiana, violências entre trabalhadores com imposições de poder e autoridade, violências de usuários insatisfeitos cobrando atendimento ou tentando interferir na assistência prestada. De toda forma, faz-se necessário que esse contexto seja mais estudado para elaboração de estratégias de intervenção com vistas a interromper esse ciclo.

Nesse sentido, a Psicologia, enquanto profissão da escuta, deve reconhecer e validar a expressão do que o sujeito externaliza. Em meio aos imperativos para que seja o parir ou o abortar um evento silencioso, recuperamos o relato de uma profissional entrevistada na pesquisa do CREPOP que reconhece o valor do grito:

“Já presenciei muito, porque hoje já existe um protocolo do que não deveria ser feito no parto e pós-parto. Mas algumas pessoas ou fazem ou dizem coisas erradas, dizem “ah quando tava fazendo não tava gritando e agora grita” o psicólogo diz: “você pode gritar, pode chorar.” É o valor pejorativo da dor daquela mulher, cada um expressa da forma que quiser.” (Norte).

Ao reconhecer que cada um se expressa como quiser - ou como puder - a(o) psicóloga(o) nos convoca a repensar sobre a expressão da dor e da elaboração do trauma que a violência produz. Observamos isso nos relatos das(os) psicólogas(os) sobre os serviços de prevenção a agravos decorrentes de violência sexual. Ainda quando é legalmente prevista, como nos casos de pessoas com idade inferior aos 14 anos, onde se trata de estupro presumido, acionam-se inúmeras pressuposições que visam inferir a responsabilidade daquela que foi alvo de tal violação, inclusive o mapeamento de comportamentos supostamente inadequados para uma vítima. Atribui-se ao tipo de roupa, de festa, de música, de família, bem como se faz consumo de álcool e outras substâncias psicoativas ou ainda seu histórico sexual, a explicação do que produziu e produz a invasão sistemática de corpos majoritariamente femininos e dentre esses, majoritariamente negros. Compete reforçar que nenhuma conduta justifica a violência sexual, diante disso é flagrante o compromisso da Psicologia na promoção de leituras emancipatórias sobre sexualidade, potencializando o respeito e o consentimento nos espaços de educação em saúde e fomentando a revisão da culpa atribuída às vítimas, seja pelos outros ou por si própria.

A nossa contribuição para a elaboração, implementação, avaliação e aperfeiçoamento de políticas públicas deve ter como foco a prevenção das violências, inclusive das violências institucionais que ocorrem nos serviços de saúde e de segurança pública através da deslegitimação, minimização e omissão diante de relatos de violência sexual. Isso nos convoca a pensar estratégias de diálogo e politização das equipes onde nos inserimos, contribuindo para a humanização dos serviços de saúde, de segurança pública, do judiciário, da educação e da assistência social, de modo a prevenir, reconhecer e fornecer atendimento adequado e digno para as pessoas usuárias dos equipamentos de políticas públicas.

Essa problemática não está restrita aos serviços especializados, pelo contrário, deve ser considerada como um fenômeno de magnitude subestimada e precisa ser considerado também em suas manifestações eclipsadas como são os casos de estupro marital, estupro corretivo, estupro de vulneráveis, o casamento infantil, a fim de fomentar estratégias adequadas de acolhimento que considerem as especificidades dos grupos que são vitimados. Muitos desses casos não são explicitados nos atendimentos, de modo que precisamos refinar nossa escuta e reconhecer os sinais que denotam a necessidade de um cuidado direcionado e dos encaminhamentos necessários para prevenção de recorrência ou agravamento da violência.

Considera-se ainda a necessidade de uma atuação que promova educação para saúde no que tange a divulgação dos equipamentos que fornecem acolhimento e acompanhamento de prevenção aos agravos decorrentes de violência sexual. Cabe ressaltar que acesso à informação consiste em direito sexual e direito reprodutivo que pode ser determinante para a garantia de outros direitos, no caso de estupro a possibilidade de uma gravidez deve ser considerada e, portanto, as possibilidades de conclusão dessa gestação colocada para a pessoa gestante.

Uma gravidez, para além do aspecto fisiológico, é também uma experiência psicossocial que vai ser significada pela pessoa gestante por meio de atravessamentos que perpassam sua vida, bem como do contexto em que a própria gestação se deu. Para que possamos ser efetivas(os) num acolhimento ético e emancipatório, é importante recuar de determinismos que nos impedem de reconhecer a dor expressada pelo sujeito em sua singularidade. Seja no contexto de violência sexual ou de complicações pós-abortamento provocado, compete à(ao) psicóloga(o) acolher, orientar sobre a rede de políticas públicas que possa ser acionada e garantir que o tempo de elaboração de cada pessoa seja respeitado no seu processo decisório.

Nesse sentido, destacamos algumas reflexões que podem colaborar na instrumentalização da nossa categoria frente a essa demanda.

Cabe sublinhar que no contexto de abortamento, independente deste ser previsto em Lei ou não, o CFP orienta as(os) profissionais que possibilitem atendimento humanizado e qualificado, destituído de preconceitos, juízo de valores e crenças religiosas, morais e pessoais, sem influenciar, direta ou indiretamente, na decisão da pessoa gestante. Não é papel da(o) psicóloga(o) induzir à interrupção gestacional ou a levar uma gravidez a termo a partir de suas convicções pessoais, mas sim acompanhar o processo decisório, acolher as dúvidas, questões, expectativas e receios, refletindo conjuntamente com a pessoa, em busca de uma decisão nítida e sem obstáculos, enfatizando que, qualquer que seja a conclusão, ela deverá ser acolhida no serviço de saúde e em outros equipamentos que sejam pertinentes para garantia de seus direitos.

Destacamos ainda que o processo decisório deverá considerar o contexto sociocultural da usuária, sua rede de relações familiares, comunitárias, institucionais e sociais, seus valores e crenças culturais, filosóficas, morais e religiosas, interferências e pressões de outrem, bem como quaisquer outras variáveis na produção do desejo em interromper a gestação. Esses elementos são fundamentais para a construção de decisão consciente, singular e personalíssima, isto é, deve ser unicamente tomada pela usuária do serviço psicológico. Para isso, é importante avaliar de modo crítico e com a participação da usuária do serviço psicológico aquilo que motiva sua vontade em interromper a gravidez, acolhendo suas expectativas futuras, valores e crenças, além de seus relacionamentos interpessoais e seu momento de vida. Tal atuação deve ser lastreada pela construção de relações horizontais entre usuária e psicóloga(o), buscando autonomia e protagonismo da usuária e apropriação crítica de suas experiências e relações com seu contexto de vida.

Especialmente nas situações de gravidez decorrente de estupro, faz-se imprescindível compreender que essa gestação é mais uma das consequências de uma violência sofrida, comumente marcadas por sentimentos de vergonha, culpa e medo pelos quais ela não deve ser responsabilizada, nem pela violência sofrida, tampouco pela gravidez e demais reverberações decorrentes da mesma. Nessa situação devem ser apresentadas as três alternativas com previsão legal, a saber: manter a gestação até seu término e incluir a futura criança na família, entregar o bebê para processo de adoção legal ao nascimento ou interromper a gestação através do abortamento previsto em Lei. Nessas circunstâncias, cabe à(ao) profissional oferecer acompanhamento psicológico humanizado, qualquer que seja a decisão tomada. Caso decida pela interrupção gestacional, é necessário sublinhar que o atendimento não deve ser condicionado à obrigatoriedade de apresentação de Boletim de Ocorrência, conforme preconiza as normas técnicas do Ministério da Saúde.

Destacamos que é necessário avaliar, com a participação da pessoa usuária, a necessidade de intervenção junto à família, comunidade e espaços de pertencimento, visando garantir sua autonomia no processo decisório e sua recuperação em casos de complicações pós-abortamento. Nesse sentido, o serviço psicológico prestado deve ter por perspectiva a superação de relações cujos padrões são violentos e abusivos, e a constituição e fortalecimento de vínculos protetivos e de cuidados, bem como a garantia do sigilo profissional, garantindo que as informações produzidas durante o acolhimento serão protegidas pela confidencialidade que nos é basilar, sendo repassado para a equipe e familiares estritamente o necessário para restabelecimento físico e psíquico da pessoa atendida.

ANEXO 01

Crimes descritos no Código Penal³⁸

Crimes contra a liberdade sexual

Estupro

Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. (Art. 213 do Código Penal)

Estão incluídos outros atos sem penetração, como: sexo oral, masturbação, toques íntimos e introdução forçada de objetos, e também o estupro perpetrado pela parceria: cônjuge, namorado(a), parceiro(a).

Violação sexual mediante fraude

Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima. (Art. 215 do Código Penal)

Nesta categoria se enquadram os atos realizados sem consentimento da vítima, na qual ela é enganada para se submeter a uma circunstância sem saber que será violada. Exemplos: o ato de retirar a camisinha durante o ato sexual, atos de caráter sexual em vítimas que se submetem a procedimentos e são surpreendidas por algum tipo de abuso sexual.

38 (Brasil, 1940)

Importunação sexual

Praticar contra alguém e sem a sua anuência ato libidinoso com o objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro. (Art. 215-A do Código Penal)

Neste tipo de crime estão contemplados os atos praticados por autores de violência para atender o próprio prazer (ou o prazer de terceiros) realizada sem o consentimento da vítima, com ou sem contato físico. Por exemplo: apalpar, beijar à força, ejacular em alguém no transporte público, utilizar espelho ou celular para observar debaixo da saia de alguém.

Assédio sexual

Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. (Art. 216-A do Código Penal)

É um tipo de abuso sexual em que o autor de violência está em posição de hierarquia acima da vítima, exemplos: chefe-funcionário(a), líder religioso-fiel, professor-aluno(a), técnico-atleta, médico-paciente. Pode se manifestar como palavras constrangedoras, brincadeiras constrangedoras de teor sexual, falas sobre o corpo da vítima, toques ou tentativas contato físico sem consentimento, aproximações forçadas, pressão psicológica para que a pessoa assediada aceite atender “favores” de caráter sexual ou afetivo.

Exposição da intimidade sexual, Registro não autorizado da intimidade sexual

Produzir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado sem autorização dos participantes. Na mesma pena incorre quem realiza montagem em fotografia, vídeo, áudio ou qualquer outro registro com o fim de incluir pessoa em cena de

nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo. (Art. 216-B do Código Penal)

Há aumento da pena quando é praticado por alguém que mantém ou manteve relação íntima de afeto com a vítima ou com fim de vingança ou humilhação.

Estupro de vulnerável

Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com pessoa de idade inferior à 14 (catorze) anos. Incorre na mesma pena quem pratica esse tipo de violência com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência. As penas aplicam-se independentemente do consentimento da vítima ou do fato de ela ter mantido relações sexuais anteriormente ao crime. (Art. 217-A do Código Penal)

Corrupção de menores

Induzir alguém com menos de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem. (Art. 218 do Código Penal)

Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente

Praticar, na presença de alguém com idade inferior à 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem. (Art. 218-A do Código Penal)

Favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável

Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém de idade inferior a 18 (dezoito) anos ou

que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone. Incorre nas mesmas penas o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que o crime ocorreu. (Art. 218-B do Código Penal)

Divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo ou de pornografia

Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, vender ou expor à venda, distribuir, publicar ou divulgar, por qualquer meio - inclusive por meio de comunicação de massa ou sistema de informática ou telemática -, fotografia, vídeo ou outro registro audiovisual que contenha cena de estupro ou de estupro de vulnerável ou que faça apologia ou induza a sua prática, ou, sem o consentimento da vítima, cena de sexo, nudez ou pornografia. A pena é aumentada se o crime é praticado por agente que mantém ou tenha mantido relação íntima de afeto com a vítima ou com o fim de vingança ou humilhação. (Art. 218-C do Código Penal) (Não há crime quando o agente pratica as condutas descritas no Art. 218-C em publicação de natureza jornalística, científica, cultural ou acadêmica com a adoção de recurso que impossibilite a identificação da vítima, ressalvada sua prévia autorização, caso seja maior de 18 (dezoito) anos.)

Mediação para servir a lascívia de outrem

Induzir alguém a satisfazer o prazer sexual de outra pessoa. (Art. 227 do Código Penal)

Convencer alguém a atender o desejo sexual de outra pessoa.

Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual

Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone. (Art. 228 do Código Penal)

Casa de prostituição

Manter, por conta própria ou de terceiros, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja, ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente. (Art. 229 do Código Penal)

Rufianismo

Tirar proveito da prostituição alheia, participando diretamente de seus lucros ou fazendo-se sustentar, no todo ou em parte, por quem a exerça. A pena é aumentada se o crime for cometido mediante violência, grave ameaça, fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação da vontade da vítima. (Art. 230 do Código Penal)

Ato obsceno

Praticar ato obsceno em lugar público, ou aberto ou exposto ao público. (Art. 233 do Código Penal)

Aceleração de parto

É considerada lesão corporal de natureza grave se a lesão leva à aceleração do parto ou ao aborto. (Art. 129 do Código Penal)

Perigo de contágio venéreo

Expor alguém, por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deve saber que está contaminado. A pena é maior se a intenção do autor de violência é transmitir a moléstia. (Art. 130 do Código Penal)

Há aumento da pena nas seguintes condições:

- há participação de 2 ou mais pessoas no crime;
- quando o agente é ascendente, padrasto ou madrasta, tio, irmão, cônjuge, companheiro, tutor, curador, preceptor ou empregador da vítima ou por qualquer outro título tiver autoridade sobre a vítima;
- quando há estupro coletivo
- quando há intenção de controlar o comportamento social ou sexual da vítima (estupro corretivo)
- quando o crime resulta em gravidez
- se o agressor transmite IST's para a vítima
- se a vítima é idosa ou pessoa com deficiência
- quando é praticado por alguém que mantém ou manteve relação íntima de afeto com a vítima ou com fim de vingança ou humilhação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privado**. Edições SESC, 2010. Disponível em: Acesso em: 20 de fev de 2024.

ADLER, N. E. et al. Psychological responses after abortion. **Science (New York, N.Y.)**, v. 248, n. 4951, p. 41–44, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.2181664> Acesso em: 08/07/2024.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 22/2020/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA**. Esclarecimento da Gerencia Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde-GGTES/DIRE1/ANVISA quanto ao critério para a Doação de Leite Humano descrito no item 6.2.2 (a) da Resolução-RDC no 171, de 4 de setembro de 2006. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/ggtes.pdf/view> Acesso em 05de março de 2024.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018**. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providencias. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf Acesso em: 23 de dez. de 2023.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. 1. ed. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

ALVARADO-ESQUIVEL, Cosme et al. **Prevalencia de depresión pós-natal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México.** *Gaceta médica de México*, v. 146, n. 1, p. 1-9, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-3.** 3 ed. São Paulo: Manole, 1989.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual de diagnóstico e estatística de perturbações mentais: DSM-IV-TR.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRETTO, Daniela de Almeida. **Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto e depressão pós-parto: prevalência e fatores associados em puérperas do setor público e privado da zona leste de São Paulo.** 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.6.2010.tde-06042021-182918> Acesso em: 06 mar 2024.

ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. **Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica.** *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 26, p. 256-270, 2017.

ARAGUSUKU, Henrique Araujo; LARA, Maria Fernanda Aguilar. **Uma Análise Histórica da Resolução nº 01/1999 do Conselho Federal de Psicologia: 20 Anos de Resistência à Patologização da Homossexualidade.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 39, n. spe3, p. e228652, 2019.

ARANTES, Apollo. **Da gestação à parentalidade: relato de uma gestação transmasculina, controle da reprodução humana e o reforço do estigma para população trans.** *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, Cuiabá, v. 6, n. 19, p. 105–119, 2023.

ARRAIS, Alessandra da Rocha. **As Configurações Subjetivas da Depressão Pós-Parto: Para Além da Padronização Patologizante.** 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE GRUPOS DE APOIO À ADOÇÃO - ANGAAD. Angaad: Somos uma Associação Nacional que congrega, representa e orienta os Grupos de Apoio à Adoção para trabalhar pela convivência familiar e comunitária, em especial a adoção, no Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. Página inicial. Disponível em: <https://www.angaad.org.br/portal/> Acesso em: 01 de abr de 2025.

ATLAS DA VIOLÊNCIA 2024. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília: Rio de Janeiro: Sao Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14031> Acesso em: 24 out. 2024.

AYERS, Susan; PICKERING, Alan D. **Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence.** *Birth*, v. 28, n. 2, p. 111-118, 2001.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** 2. ed. Rio de Janeiro: NOVA FRONTEIRA S/A, 1985.

BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. **O que é cisgênero.** *Transfeminismo*. 2014.

BARROSO, Carmem. **Esterilização feminina: liberdade e opressão.** *Revista de Saúde Pública*, v. 18, n. 2, p. 170–180, 1984. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101984000200009> Acesso em: 23 out. 2024.

BARSTED, Leila L. **Conquistas da sexualidade no campo do direito.** *Sexual Gen Soc*, v. 1, n. 23-25, p. 9-15, 2005.

BASTOS, Paula Alessandra Lima Santos; SILVA, Marcelo Santana; RIBEIRO, Núbia Moura; MOTA, Renata de Sousa; FILHO, Teófilo Galvão. **Tecnologia assistiva e políticas públicas no Brasil.** *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 31, p. e3401, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO260434011> Acesso em: 23 de out. de 2024.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.** Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. **Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas.** *Revista Estudos Feministas*, v. 20, p. 569-581, 2012.

BIROLI, Flávia. **Uma mulher foi deposta: sexismo, misoginia e violência política.** In: RUBIM, Linda; ARGOLO, Fernanda (org.). **O golpe na perspectiva de gênero.** Salvador: Edufba, 2018. p. 75-83.

BOZA, Alejandro Jesús Velasco. **Aborto terapêutico.** In: FAÚNDES, Aníbal (Org.). **Uso de misoprostol en obstetricia y ginecologia.** 2. ed. Santa Cruz, Bolivia: FLASOG. 2007. p.61-78.

BRASIL. **DECRETO-LEI Nº 2.848 DE 07 DE DEZEMBRO DE 1940.** Promulga o Código Penal. Brasília, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm acesso em: 05 de março de 2024.

BRASIL. **[Constituição (1988)]. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.** Brasília, 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 05 mar. 2024.

BRASIL. **LEI 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providencias. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm Acesso em: 04 nov. 2024.

BRASIL. **LEI Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em 05 mar. 2024.

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, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm Acesso em 03 de ago de 2023.

BRASIL. **DECRETO Nº 1.973, DE 1º DE AGOSTO DE 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Brasília, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm acesso em: 05 de mar de 2024.

BRASIL. **LEI Nº 10.406 DE 10 DE JANEIRO DE 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, 2002a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm acesso em 05 de março de 2024.

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, 2002b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm Acesso em 05 de mar de 2024.

BRASIL. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm Acesso em: 31 out. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Ministério da Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em: 05 mar. 2024.

BRASIL. **LEI Nº 11.108 DE 7 DE ABRIL DE 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/111108.htm Acesso em 03 de ago de 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. **PORTARIA Nº 1.508 DE 1º DE SETEMBRO DE 2005**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, 2005b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html acesso em 05 de março de 2024.

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde**. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa, 2005d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf Acesso em 16 de fev de 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno no 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2005e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf Acesso em: 16 de fev de 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (Princípios e Diretrizes)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf acesso em 05 mar. 2024.

BRASIL. **LEI Nº 12.010 DE 03 DE AGOSTO DE 2009**. Dispõe sobre adoção. Brasília, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm Acesso em: 04 nov. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf Acesso em: 15 de mar de 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 05 de março de 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html Acesso em: 05 mar. 2024.

BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno no 4. 2a edição. Brasília, 2011c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf acesso em 27 de set. de 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Perguntas e Respostas – Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno no 7. 2a edição. Brasília, 2011d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf Acesso em 03 de ago de 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Norma Técnica - Anticoncepção de Emergência - Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno no 3. 2a Edição. Brasília, 2011e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anti-concepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf Acesso em 03 de ago de 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno no 6. 3a edição atualizada e ampliada. Brasília, 2011f. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf Acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de alto risco**: manual técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5ª edição. Brasília, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf Acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 2a edição. Brasília, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf acesso em 02 de ago de 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. **PORTARIA Nº 2.803 DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013**. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html acesso em 05 de março de 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 006, de 06 de novembro de 2014.** Recomenda ao Congresso Nacional a não aprovação dos dispositivos dos Projetos de Emendas Constitucionais nº 358 e n.º 359, ambos de 2013, que tratam dos 15% das receitas correntes líquidas da União como aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, excluem os recursos do Pré-Sal como aplicação adicional ao mínimo destinado para as ações e serviços públicos de saúde. 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/conse-lho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/recomendacoes/2014/recomendacao-no-006.pdf/view> Acesso em: 01 de abr de 2025.

BRASIL. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. 23ª Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude Cível de Belo Horizonte. **Recomendação Nº 05/2014.** Belo Horizonte, 2014. Disponível: https://dequemeestebebe.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/recomendaccca7acc83o-5_2014mp.pdf Acesso em: 01 de abr de 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica.** Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno no 11. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_gestacao_anencefalos.pdf acesso em 05 de março de 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica - Atenção Humanizada às pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios.** 1ª edição. 1ª impressão. Brasília, 2015a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf acesso em 27 de set. de 2022.

BRASIL. **LEI Nº 13.146 DE 06 DE JULHO DE 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em 03 de ago de 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. **Nota Técnica conjunta nº 001 – SAS e SGE**. Diretrizes e Fluxograma para a atenção integral a saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília (DF), 2015c. Disponível em: <https://dequemeestebebe.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/ministc3a9rio-da-sac3bade-nota-tc3a9cnica-diretrizes-e-fluxograma-mulher-situac3a7c3a3o-de-rua-2015.pdf> Acesso em: 21 de set 2018.

BRASIL. **LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília (DF): 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm Acesso em: 04 nov. 2024.

BRASIL. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Direção do Foro - Comarca de Belo Horizonte. **PORTARIA N° 3/VCIJBH/2016**. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como oitiva destes, nos casos de grave suspeita de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2017/07/Portaria-6-2016.pdf> Acesso em: 01 de abr de 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Homens trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?** – Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/homens-trans-vamos-falar-sobre-prevencao-de-infecoes-sexualmente-transmissiveis-2013-versao-atualizada-e-corrigida/view> Acesso em: 02 de abr de 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. **DESPACHO/OFÍCIO N° 017/19 – JUR/SEC**. posicionamento do Ministério da Saúde quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf> Acesso em: 02 de abr de 2025.

BRASIL. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos, Arquivo Nacional. **Dia internacional da Mulher: conheça o fundo Federação Brasileira pelo Progresso Feminino**. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/arquivonacional/pt-br/canais_atendimento/impressa/noticias/dia-internacional-da-mulher-conheca-o-fundo-federacao-brasileira-pelo-progresso-feminino Acesso em: 01 de abr de 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Notícia Por Vanessa Aquino e Nicole Beraldo, da Agência Saúde. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher**. Publicado em 28/05/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/brasil-reduziu-8-4-a-razao-de-mortalidade-materna-e-investe-em-aco-es-com-foco-na-saude-da-mulher> Acesso em: 02 de abr de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde Materna. **Painel de Monitoramento da Mortalidade**. 2021. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/> Acesso em: 01 de abr de 2025.

BRASIL. **LEI Nº 14.443, DE 2 DE SETEMBRO DE 2022**. Altera a Lei no 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14443.htm#art3 Acesso em: 23 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipes de Consultório na Rua**. [2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/valores-de-referencia/pab-variavel/scr> Acesso em: 01 de abr de 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. **Boletim Epidemiológico**, v. 54, n. 8, p. 1-15, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08> Acesso em: 12/07/2024.

BULAMAH, Lucas Charafeddine; KUPERMANN, Daniel. **A proscrição da homossexualidade masculina na história do movimento psicanalítico institucionalizado.** *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 21, p. 301-311, 2018.

BUTLER, Judith. **Desdiagnosticando o gênero.** *Physis: Revista de saúde coletiva*, v. 19, p. 95-126, 2009.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CABRAL, Mauro. **Interdicciones.** Escrituras de la intersexualidad em castellano. 1. ed. Córdoba: Anarres, 2009.

CABRAL, Mauro; BENZUR, Gabriel. **Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad.** *cadernos pagu*, v. 24, p. 283-304, 2005.

CAMINO, Leoncio; MENDOZA, Roberto; ISMAEL, Eliana. **A Psicologia Social e seu Papel nos Processos de Libertação Social.** *In: GUZZO, Raquel de Souza Lobo; LACERDA Fernando Junior, (orgs.). Psicologia social para América Latina: o resgate da psicologia da libertação.* 1. ed São Paulo: Alínea, 2011. p. 277-294.

CAMPANHA-ARAUJO, Ivy Campista; NASCIMENTO, Célia Regina Rangel. **A construção de um projeto adotivo de via de mão dupla.** *Psicologia em Estudo*, v. 27, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v27i0.48853> Acesso em: 12 fev. 2023.

CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. **Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00188718, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718> Acesso em: 05 nov. 2024.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/a-construc3a7c3a3o-do-outro-como-nc3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneiro-tese1.pdf> Acesso em: 06 mar 2024.

CARNEIRO, Rosamaria. **O Peso do Corpo Negro Feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas**. *MEDIAÇÕES*, Londrina, V. 21 N. 2, P. 394-424, 2017.

CARNEIRO, Ueslei Solaterrar da Silva. **Sobre AFRONTar a Casa-Grande e botar a cara no sol: uma etnografia transviada de formas de gestão de sofrimento**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

CARPENTER, Morgan. **The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change**. *Reproductive Health Matters*, v. 24, n. 47, p. 74-84, 2016.

CARVALHO, Alana Nagai Lins de; SILVA, Joilson Pereira da. **Sexualidade das pessoas com deficiência: uma revisão sistemática.** *Arq. bras. psicol.*, v. 70, n. 3, p. 289-304, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300020&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 06 nov. 2024.

CARVALHO, Grasielle Borges Vieira de; MENEZES, Letícia Marques de; SANTOS, Letícia Rocha. **Inconstitucionalidade da Criminalização do Aborto Sob a Ótica da ADPF 442: Uma Análise do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher.** *Revista Direito UFMS*, v. 6, n. 1, p. 7-23, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/revdir/article/view/9550> Acesso em 05 nov. 2024.

CASTRO, Ricardo Dias de. **Nós queremos reitores negros, saca?: Trajetórias de universitários negros da classe média na UFMG.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-APEJBO> Acesso em: 27 fev. 2024.

CAVALCANTI, Céu Silva. **Sobre nós (des)organizados: pesquisa-intervenção em Psicologia e o processo de implementação de políticas para pessoas trans na UFPE.** 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/26609> Acesso em: 06 de mar de 2024.

CHARLEBOIS, Janik Bastien; GUILLOT, Vincent. **Medical resistance to criticism of intersex activists: operations on the frontline of credibility.** In: SCHNEIDER, E; BALTES-LÖHR, C. (Ed.). **Normed Children: Effects of Gender and Sex Related Normativity on Childhood and Adolescence.** Bielefeld: transcript Verlag. 2018. p. 257-270.

CONFERENCIA JUDICIAL IBERO-AMERICANA. **Regras de Brasília sobre acesso à justiça das pessoas em condição de vulnerabilidade.** Brasília, 2008. Disponível em: <https://www.anadep.org.br/wtk/site/100-Regras-de-Brasilia-versao-reduzida.pdf> Acesso em: 23 out. 2024.

CNN Brasil. **Oito mitos sobre um mundo com 8 bilhões de pessoas, de acordo com a ONU.** por: Lucas Rocha, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/oito-mitos-sobre-um-mundo-com-8-bilhoes-de-pessoas-de-acordo-com-a-onu/> Acesso em: 29 de fev de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **RESOLUÇÃO Nº 1.664 DE 13 DE MAIO DE 2003.** Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Brasília (DF), 2003. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2003/1664> Acesso em 05 de março de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **PARECER CFM Nº 32 DE 23 DE OUTUBRO DE 2018.** A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. Brasília (DF), 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32> Acesso em 05 de março de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **LEI Nº 5.766 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1971**. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providencias. Brasília (DF). Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei_1971_5766.pdf Acesso em 05 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **RESOLUÇÃO Nº 1 DE 22 DE MARÇO DE 1999**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação a questão da orientação sexual. Brasília (DF), 1999. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf Acesso em: 08 de ago de 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília (DF), 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-Psicologia-1.pdf> Acesso em: 05 de março de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. **Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os**. 1. ed. Brasília: CFP, 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relacoes-raciais-referencias-tecnicas-para-pratica-dao-psicologao/> Acesso em: 1 de abr de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **RESOLUÇÃO Nº 1 DE 19 DE JANEIRO DE 2018**. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação as pessoas transexuais e travestis. Brasília (DF), 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf> Acesso em: 05 de março de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Tentativas de aniquilamento de subjetividades LGBTIs.** Brasília (DF), 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/06/CFP-TentativasAniquilamento_WEB_FINAL.pdf Acesso em: 20/02/2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual.** 2. ed. Brasília: CFP, 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-na-rede-de-protecao-as-criancas-e-adolescentes-em-situacao-de-violencia-sexual/> Acesso em: 06 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **RESOLUÇÃO Nº 08 DE 07 DE JULHO DE 2020.** Estabelece normas do exercício profissional da Psicologia em relação as violências de gênero. Brasília (DF), 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-082020.pdf> Acesso em: 05 mar. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **RESOLUÇÃO Nº 08 DE 17 DE MAIO DE 2022.** Estabelece normas de atuação para profissionais da Psicologia em relação as bissexualidades e demais orientações não monossexuais. Brasília (DF), 2022. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-8-2022-estabelece-normas-de-atuacao-para-profissionais-da-psicologia-em-relacao-as-bissexualidades-e-demais-orientacoes-nao-monossexuais?origin=-instituicao&q=8/2022> Acesso em 05 de março de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **RESOLUÇÃO Nº 14 DE 07 DE JULHO DE 2022.** Institui e regulamenta o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) e a Rede CREPOP como espaço de operacionalização das ações do CREPOP. Brasília (DF), 2022. Disponível em <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-administrativa-financeira-n-14-2022-institui-e-regulamenta-o-centro-de-referencia-tecnica-em-psicologia-e-politicas-publicas-crepop-e-a-rede-crepop-como-espaco-de-operacionalizacao-das-acoes-do-crepop?origin=instituicao> Acesso em 05 de março de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **RESOLUÇÃO Nº 07 DE 06 DE ABRIL DE 2023.** Estabelece normas para o exercício profissional em relação ao caráter laico da prática psicológica. Brasília (DF), 2023. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-7-2023-estabelece-normas-para-o-exercicio-profissional-em-relacao-ao-carater-laico-da-pratica-psicologica> Acesso em: 01 de mar de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA- CFP. **PORTARIA Nº 74 DE 28 DE JUNHO DE 2023.** Estabelece o uso da sigla LGBTQIA+ no âmbito do Conselho Federal de Psicologia. Brasília (DF), 2023. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/portaria-cfp-n-74-2023-estabelece-o-uso-da-sigla-lgbtqia-no-ambito-do-conselho-federal-de-psicologia?origin=-instituicao> Acesso em 05 de março de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **RESOLUÇÃO Nº 16, DE 30 DE AGOSTO DE 2024.** Estabelece normas de atuação para a categoria profissional em relação as pessoas intersexo. Brasília (DF), 2024. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-16-2024-estabelece-normas-de-atuacao-para-a-categoria-profissional-em-relacao-as-pessoas-intersexo?origin=instituicao> Acesso em: 01 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Referência Técnica para atuação de psicólogos(os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids.** 1. ed. Revisada Brasília (DF): CFP, 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2021/01/885.3-REFERE%CC%82NCIAS-TE%CC%81CNICAS-IST_AIDS_web4.pdf Acesso em 12 fev. 2025

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Referência Técnica para atuação de psicólogos(os) no Atendimento às Mulheres em Situação de Violência.** 2. ed. Brasília (DF): CFP, 2024. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-no-atendimento-as-mulheres-em-situacao-de-violencia-2a-edicao/> Acesso em 08 nov. 2024

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **PROVIMENTO Nº 122 DE 13 DE AGOSTO DE 2021.** Dispõe sobre o assento de nascimento no Registro Civil das Pessoas Naturais nos casos em que o campo sexo da Declaração de Nascido Vivo (DNV) ou na Declaração de Óbito (DO) fetal tenha sido preenchido “ignorado”. Brasília (DF), 2021. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1928372021082061200265ce7e7.pdf> Acesso em: 21 de dez de 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **Manual sobre Entrega Voluntária**. Resolução CNJ n. 485, de 18 de janeiro de 2023. Brasília (DF), 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/manual-entrega-voluntaria-18-09-23-web.pdf> Acesso em: 01 nov 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. **RESOLUÇÃO N. 485, DE 18 DE JANEIRO DE 2023**. Dispõe sobre o adequado atendimento de gestante ou parturiente que manifeste desejo de entregar o filho para adoção e a proteção integral da criança. Brasília, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1451502023012663d29386eee18.pdf> Acesso em: 01 de abr de 2025.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER - CNDM. **Carta das Mulheres aos Constituintes**. Brasília, 1985. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes/Brasileiras/constituicao-cidada/a-constituente-e-as-mulheres/arquivos/Constituente%201987-1988-Carta%20das%20Mulheres%20aos%20Constituintes.pdf> Acesso em: 30 out. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - CRP 04/MG, CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - CRP 06/SP. **Caderno de Orientações do CRP-MG e CRP SP sobre a atuação de psicólogos(os) com mulheres/mães e suas/seus filhas(os) em situações de vulnerabilidade diversas**. 2020. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1OH-icRi0Cnj676DKVM7Y-31q7rqBw_Mi7/view Acesso em: 23 out. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - CRP 06/SP. **Nota Técnica e Orientativa do CRP SP: A Atuação Profissional de Psicólogos/os no Atendimento às Pessoas Intersexo**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.crp.org.br/uploads/impreso/261249/TGhjAbcH8DUQ-1yKWcJB0gjqjNEstZv.pdf> Acesso em: 05 mar. 2024.

CORREA, Sônia. **Legados do Cairo: para além da “mesmice”?** In: WONG, L. R.; ALVES J. E.; VIGNOLI, J. R.; TURRA, C. M. (Orgs.). **Cairo+20 - perspectivas de la agenda de población y desarrollo sostenible después de 2014**. Rio de Janeiro: ALAP, 2014, p. 23-31.

CORREA, Sonia; KALIL, Isabela. **Políticas antigênero en América Latina: Brasil**. Observatorio de Sexualidad y Política (SPW), 2020. Disponível em: <https://sxpolitics.org/GPAL/uploads/Ebook-Brasil%2020200204.pdf> Acesso em: 26 de fev de 2024.

CREEDY, Debra K.; SHOCHET, Ian M.; HORSFALL, Jan. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. **Birth**, v. 27, n. 2, p. 104-111, 2000.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. **Revista estudos feministas**, v. 10, p. 171-188, 2002.

CROCETTI, Daniela et al. **Towards an agency-based model of inter-sex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health**. **Culture, Health & Sexuality**, v. 23, n. 4, p. 500-515, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815> Acesso em: 29 de fev de 2024.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

DAMASCO, Mariana Santos; MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993)**. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, p. 133-151, 2012. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100008> Acesso em: 05 de março de 2024.

DE QUEM É ESTE BEBÊ?. De quem é este bebê? Por mais Saúde e menos abrigamentos em BH. Página inicial. Disponível em: <https://dequemeestebebe.wordpress.com/> Acesso em: 01 de abr de 2025.

DE QUEM É ESTE BEBÊ?. **Fluxo de atenção à saúde das mulheres em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras e aos seus(suas) filhos(as) recém-nascidos.** 2017. Disponível em: <https://dequemeestebebe.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/ms-mds-nota-final-desenho-fluxograma-2.pdf> Acesso em: 01 de abr de 2025.

DIAS, Heloisa Helena Zimmer Ribas. **O “des” cuidado em saúde: a violência visível e invisível no trabalho de enfermagem.** Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/83139> Acesso em: 08 de mar de 2024.

DIÁZ-BENITEZ, Maria Elvira; MATTOS, Amana. **Interseccionalidade: zonas de problematização e questões metodológicas.** In: SIQUEIRA, Isabel Rocha de; MAGALHAES, Bruno; CALDAS, Mariana; MATOS, Francisco (org.). **Metodologia e Relações Internacionais:** debates contemporâneos. Rio de Janeiro: Puc - Rio, 67-94, 2019.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção.** *J Hum Growth Dev*, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

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

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. **Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 959-966, 2010.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. **National abortion survey 2016.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 653-660, 2017.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. **National Abortion Survey-Brazil, 2021.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, p. 1601-1606, 2023.

DREZETT, Jefferson; PEDROSO, Daniela. **Aborto e violência sexual.** *Ciência e Cultura*, v. 64, n. 2, p. 35-38, 2012.

DUARTE, Luiz Gustavo; ARAUJO, Flávia Maria; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay; MELCHIOR, Regina; GONZÁLEZ, Alberto Durán. **Da gestação à laqueadura: cartografia de uma mãe órfã vivenciada em um Consultório na Rua.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200063, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200063> Acesso em: 24 out. 2024.

FACCHINI, Regina. **Sopa de letrinhas: movimento homossexual e a produção de identidades coletivas nos anos 90.** 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Nota informativa aos tocoginecologistas brasileiros sobre o aborto legal na gestação decorrente de estupro de vulnerável.** 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1470-nota-informativa-aos-tocoginecologistas-brasileiros-sobre-o-aborto-legal-na-gestacao-decorrente-de-estupro-de-vulneravel> Disponível em: 01 de abr de 2025.

FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **O drama do aborto: em busca de um consenso**. Campinas: Komedi, 2004.

FAUSTINO, Deivison Mendes; SPIASSI, Ana Lucia. **Movimento negro, vulnerabilidade e saúde**. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 161-166, 2010.

FAVERO, Sofia. **Crianças trans**. Salvador: Devires, 2020.

FERREIRA, Helder; et al. **Elucidando a prevalência de estupro no Brasil a partir de diferentes bases de dados**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1694-pbestuprofinal.pdf> Acesso em: 26 de fev de 2024.

FONSECA, Cláudia. **Mães “abandonantes”: fragmentos de uma história silenciada**. **Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, p. 13–32, jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100002> Acesso em: 04 nov. 2024.

FONTENELE, Claudia Valença; TANAKA, Ana Cristina d’Andretta. **O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas**. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 558–571, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200016> Acesso em: 23 out. 2024.

FOSTER, Diana Greene. **Gravidez indesejada: O mais extenso estudo americano sobre as consequências de ter ou não acesso ao aborto**. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2024.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

FRICKER, Miranda. **Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing**. New York: Oxford University Press, 2007. **Princípios: Revista de Filosofia (UFRN)**, [S. l.], v. 20, n. 33, p. 627–639, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/principios/article/view/7531> Acesso em: 30 out. 2024.

FRIGÉRIO, M. V. et al. Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil. *In: Aborto legal: implicações éticas e religiosas*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2002. p. 77-98.

FRUGOLI, Angélica; JÚNIOR, Carlos Alberto de Oliveira Magalhaes. **A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual**. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 15, n. 1, 2011.

FURTADO, Odair. **50 anos de Psicologia no Brasil: a construção social de uma profissão**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, p. 66-85, 2012.

GOES, Emanuelle Freitas. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/29007> Acesso em: 08 de mar de 2024.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades**. *Saúde debate*, v. 37, n. 99, p. 571-579, 2013.

GOMES, Irene; MARLI, Mônica. **As cores da desigualdade. Retratos** - a revista do IBGE. Brasília: IBGE, n. 11, p. 14-19, 2018.

GOMES, Janaína Dantas Germano. **Primeira infância e maternidade nas ruas da cidade de São Paulo**. Relatório de pesquisa. São Paulo: USP, 2017. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Primeira-infancia-e-maternidade-nas-ruas-de-SP-CDH-LG.pdf>
Acesso em: 04 nov. 2024.

GONÇALVES, Letícia. **Moralidades, justiça e interrupção voluntária da gestação: a produção de saúde mental para as mulheres como política de saúde integral**. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – UFRJ, Fiocruz, UERJ, UFF, Rio de Janeiro). 2019.

GONÇALVES, Letícia; SPOSITO, Sandra Elena. **A posição do Conselho Federal de Psicologia sobre a ADPF-442 em audiência no Supremo Tribunal Federal**. In: P. R. B. Gonzaga, L. Gonçalves, & C. Mayorga (Orgs.), **Práticas acadêmicas e políticas sobre o aborto**. 2019, p. 98-106.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar. **Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Urgências para a Formação Profissional**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 42, p. e262847, 2022.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; GONÇALVES, Letícia; MAYORGA, Claudia. **(orgs). Práticas Acadêmicas e Políticas sobre Aborto**. Belo Horizonte: CRP 04, p. 07-13, 2019.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; GONÇALVES, Letícia; MAYORGA, Claudia. **O conservadorismo distópico à brasileira: Direitos sexuais e direitos reprodutivos e a pandemia da COVID-19 no Brasil.** *Revista Feminismos*, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/59502>
Acesso em: 26 de fev de 2024.

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira.** *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, p. 223-244, 1984.

GUERREIRO, Raquel de Oliveira. **Fazer um corpo todo de escuta: uma travessia existencial.** 2021. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/251952>
Acesso em 31 out. 2024.

HAMAD, Nazir. **A criança adotiva e suas famílias.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2022.

HAN, byung-chul. **Sociedade do Cansaço.** 1. ed. Petrópolis: vozES, 2015.

HUMAN RIGHTS WATCH. **“I Want to Be Like Nature Made Me”:** **Medically Unnecessary Surgeries on Intersex Children in the US.** 2017.

INTERSEX HUMAN RIGHTS AUSTRALIA (IHRA). **What is intersex? Last updated 24 February 2021.** Disponível em: https://ihra.org.au/18106/what-is-intersex/?fbclid=IwAR0Hjb_IKnUcigYc5OY7v-ATscx7fmLfEBCV1O5h_AOmd0T1LUgGWlciRI Acesso em: 05 de março de 2024.

JIMENEZ-LUCENA, **Isabel**. Género, sanidad y colonialidad: la ‘mujer marroquí’ y la ‘mujer española’ en la política sanitaria de España en Marruecos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 2, p. 325–347, abr. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000200008> Acesso em: 26 de fev de 2024.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. **A invenção da “ideologia de gênero”: a emergência de um cenário político-discursivo e a elaboração de uma retórica reacionária antigênero**. **Revista Psicologia Política**, v. 18, n. 43, p. 449-502, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2018000300004 Acesso em: 05 de março de 2024.

KERO, A.; HÖGBERG, U.; LALOS, A. . Wellbeing and mental growth-long-term effects of legal abortion. **Social science & medicine**, v. 58, n. 12, p. 2559–2569, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.004> Acesso em: 08/07/2024.

LAIA, Sérgio. **A adoção por pessoas homossexuais e em casamentos homoafetivos: uma perspectiva psicanalítica**. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP (org.). **Adoção: um direito de todos e todas**. Brasília: CFP, 2008, p. 31-34. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/cartilha_adocao.pdf Acesso em: 04 nov. 2024.

LANSKY, Sônia. **De quem é este bebê: construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte**. **Saúde em Redes**. v. 4, n. 1 Suplem, p. 191–208, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/922> Acesso em: 04 nov. 2024.

LAQUEUR, Thomas; WHATELY, V. **Inventando o sexo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LAZARUS, A. **Psychiatric sequelae of legalized first trimester abortion**. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, v. 4, n. 3, p.140-50, 1985.

LEAL, Maria do Carmo et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816> Acesso em: 05 de março de 2024.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. **Nascer no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S5–S5, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114> Acesso em: 30 out. 2024.

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo et al. **Violações de direitos humanos nos procedimentos normalizadores em crianças intersexo**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, 2023.

LEVINZON, Gina Khafif. **Adoção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LIMA, Fátima. **Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe**. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000400003&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 05 de março de 2024.

LIMA, Mariana Ramos Pitta. **Práticas e significados em torno da ultrassonografia obstétrica e aborto em Salvador-Brasil**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais em Saúde) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/18870> Acesso em: 05 de mar de 2024.

LIMA, Mônica; BRITO, Manuela; FIRMINO, Alice. **Formação em Psicologia para a atenção básica à saúde e a integração universidade-serviço-comunidade**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 31, p. 856-867, 2011.

LOPES, Adriana Maria; SILVA, Renata Pereira Costa. **Construção de cartilha educativa: sexualidade na terceira idade**. *Diálogos Acadêmicos*, p. 80, 2013.

LOPES, Luciana Rocha. **Uma carta ronda a cidade de Vitória: a história de caçadores e leões, a instituição do medo e do risco na sociedade de segurança**. 1ª Jornada Científica do Fórum de Assistentes Sociais e Psicólogos do Poder Judiciário do Espírito Santo, p. 263- 268, 2015.

LOURO, Guacira Lopes. **Teoria queer: uma política pós-identitária para a educação**. *Revista estudos feministas*, v. 9, n. 2, p. 541-553, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2001000200012> Acesso em 23 de out. de 2024.

MACHADO, Paula Sandrine. **O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade**. 2008. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/14947> Acesso em: 30 out. 2024.

MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. **Educação sexual e sexualidade no discurso de uma pessoa com deficiência visual**. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, v. 6, n. 3, p. 90-101, 2011.

MALHEIRO, Luana Silva Bastos. **Tornar-se mulher usuária de crack: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador, Bahia**. 2018. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/28468> Acesso em: 04 nov. 2024.

MARACCI, Joao Gabriel; FAVERO, Sofia. **Por que Falamos em cisnormatividade**. *Le Monde Diplomatique Brasil*, v. 9, 2022.

MARQUES, Camilla Fernandes et al. **O que significa o desmonte? Desmonte do que e para quem?**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, p. e225552, 2019.

MARQUES, Juliana Maria Duarte; CARDOSO, Ana Lúcia Borges Coelho; NEVES, André Luiz Machado das. **A esterilização compulsória em mulheres vulneráveis como “medida de segurança pública”: reflexões sobre o controle do corpo, gênero e sexualidade**. *InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais*, v. 8, n. 1, p. 423–442, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/38507> Acesso em: 23 out. 2024.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 16, n. 40, p. 107-19, 2012.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** São Paulo: n-1 edições, 2018.

MCKENZIE-MCHARG, Kirstie et al. **Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research.** *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, v. 33, n. 3, p. 219-237, 2015.

MEDRADO, Ana Carolina Cerqueira; LIMA, Mônica. **Saúde mental feminina e ciclo reprodutivo: uma revisão de literatura.** *Nova perspect. sist.*, v. 29, n. 67, p. 70-84, ago. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412020000200006&lng=pt&nrm=iso Acesso em 05 de março de 2024.

MELLO, Anahi Guedes de. **Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.** *Ciência & saúde coletiva*, v. 21, p. 3265-3276, 2016.

MENDES, Cynthia Lopes Peiter Carballido. **Vínculos e rupturas na adoção: do abrigo para a família adotiva.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-27032009-153918/pt-br.php> Acesso em: 04 nov. 2024.

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela ML. **Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Cadernos de saúde pública**, v. 25, n. suppl 2, p. s193-s204, 2009.

MILLER, Diane Helene. **Medical and psychological consequences of legal abortion in the united states. In: MILLER, Diane Helene. Evaluating Women's Health Messages: A Resource Book.** Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1996, p. 17-32. Disponível em: <https://doi.org/10.4135/9781483345437> Acesso em: 08/07/2024

MOTTA, Maria Antonieta Pisano. **Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

MOURA, Clóvis. **Sociologia do negro brasileiro.** Editora Perspectiva SA, 2020.

MOREIRA, F. **A atenção hospitalar às gestantes usuárias de drogas: políticas intervencionistas.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/33591> Acesso em: 28 fev. 2024.

MOREIRA, Gracyelle Alves Remigio et al. **Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. Saúde e Sociedade**, v. 29, 2020.

MORLAND, Iain. **'The Glans Opens Like a Book': Writing and Reading the Intersexed Body. Continuum**, v. 19, n. 3, p. 335-348, 2005.

MORLAND, Iain. **What can queer theory do for intersex?. GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies**, v. 15, n. 2, p. 285-312, 2009.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Países aprovam declaração sobre direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas.** 2019. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/82836-pa%C3%ADses-aprovam-declara%C3%A7%C3%A3o-sobre-direitos-sexuais-e-reprodutivos-de-mulheres-e-meninas> Acesso em: 1 de abr de 2025.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; AMORIM; Melania Maria Ramos; PACAGNELLA, Rodolfo de Carvalho; TAKEMOTO, Maira Libertad Soligo; PENSO, Fatima Cristina Cunha; REZENDE-FILHO, Jorge de; LEAL, Maria do Carmo. **COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. Femina**, v. 48, n. 8, p. 496-498, 2020.

NEVES, Rafael Cavalheiro. **Caos, norma e possibilidades de subversão: psicanálise nas encruzilhadas do gênero.** 2019. Dissertação (Mestrado em Psicanálise: Clínica e Cultura) - Programa de Pós-graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/200814> Acesso em: 28 de fev de 2024.

NUNEZ, Geni. **Descolonização do pensamento psicológico. Plural**, v. 5, n. 2, p. 06–11, 2019. Disponível em: https://crpsc.org.br/public/images/boletins/crp-sc_plural-agosto%20v5.pdf Acesso em: 16 de mar de 2024.

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS DE SEXUALIDADE - ABIA et al. **Ofensivas antigênero no Brasil:** políticas de estado, legislação, mobilização social. Relatório submetido ao mandato do Perito Independente das Nações Unidas sobre orientação sexual e identidade de gênero e direitos humanos. 2021. Disponível em <https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/E-book-SOGI-21102021.pdf> Acesso em: 01 de abr de 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1 Acesso em: 29 de fev de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** São Paulo: EDUSP, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID-11: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo.** 1994. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do#:~:text=A%20Confer%C3%Aancia%20Internacional%20sobre%20Popula%C3%A7%C3%A3o,foram%20abordados%20de%20forma%20abrangente> acesso em: 05 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher.** Pequim, 1995. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim1.pdf Acesso em 05 de março de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/item/9789240045163> Acesso em: 24 out. 2024.

OYEWUMI, O. **Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas**. In: Oyewumí, O. **O African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms**. [s.n.] CODESRIA Gender Series, 2004, p. 1-8. PACHECO, Vanessa Cardoso et al. **As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis**. *Saúde em debate*, v. 42, p. 125-137, 2018.

OZORIO, Júlia; PIMENTEL, Filipe. **Intersexualidade: Da tentativa da normatização à invisibilidade**. <humanista>, 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/humanista/2022/07/19/intersexualidade-da-tentativa-da-normatizacao-a-invisibilidade/#> Acesso em: 01 de abr de 2025.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossie da Violência Obstétrica “Pariras com dor”**. [s.n.], 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf> Acesso em 05 de março de 2024.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Fórum de Mulheres do Espírito Santo. EPISIOTOMIA “é só um cortezinho”: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica**. São Paulo, Espírito Santo: 2014. Disponível em: https://www.partodoprincipio.com.br/files/ugd/2a51ae_eb147c-28c9f94840809fa9528485d117.pdf Acesso em: 29 de fev de 2024

PEDROSO, Daniela. **Aborto e saúde mental**. *Ciência e Cultura*, v. 64, n. 2, p. 38-39, 2012.

PELÚCIO, Larissa. **Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids.** *Saúde e sociedade*, v. 20, p. 76-85, 2011.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. **A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes.** *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, n. 1, p. 125-157, 2009.

POLIDO, Carla Betina andreucci; SALGADO, Heloísa de Oliveira. **Luto Perinatal.** *In: FERREIRA, A. L. F.; BARBOSA, S. M. M.; IGLESIAS, S. B. O. Cuidados Paliativos Pediátricos.* Rio de Janeiro: Medbook, 2022. p. 302-308.

POSSARI, Paola Damascena; GONZAGA, Paula Rita Bacellar. **“Eu Não Queria Ser Aquela Mulher Naquele Hospital Naquele Dia”: um estudo interseccional de caso de violência obstétrica no extremo sul da Bahia em meio à Pandemia de COVID-19.** *Revista Científica Gênero na Amazônia*, n. 20, p. 257-272, 2022.

QUEIROGA, Maria Maurília. **A família negra e a questão da reprodução.** *Anais do VI. Encontro de Estudos Populacionais*, Olinda, v. 3, 323-340, 1988.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina1. A Colonialidade do Saber: etnocentrismo e ciências sociais– Perspectivas Latino americanas.** Buenos Aires: Clacso, p. 107-126, 2005.

ROLAND, Edna. **Saúde Reprodutiva da População Negra no Brasil: Entre Malthus e Gobineau. Geledés – Instituto Mulher Negra**, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/saude-reprodutiva-da-populacao-negra-no-brasil-entre-malthus-e-gobineau/>
Acesso em: 04 nov. 2024.

ROSATO, Cássia Maria. **A vida das mulheres infames: genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/33459>
Acesso em: 04 nov. 2024.

ROSATO, Cássia Maria. **A (in)justiça reprodutiva para mulheres usuárias de drogas no Brasil: o fenômeno do acolhimento institucional de bebês. Seminário Internacional Fazendo Gênero 13**, Anais Eletrônicos, Florianópolis, 2024, ISSN 2179-510X. Disponível em: <https://www.fg2024.eventos.dype.com.br/anais/trabalhos/lista#C>
Acesso em: 04 nov. 2024.

ROSS, Loretta J. **Reproductive justice as intersectional feminist activism**. *Souls*, v. 19, n. 3, p. 286-314, 2017.

ROSSATO, Luciano Alves; LÉPORE, Paulo Eduardo; CUNHA, Rogério Sanches. **Estatuto da criança e do adolescente: comentado artigo por artigo**. 9 ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

SALGADO, Heloisa de Oliveira et al. **The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study**. *Reproductive health*, v. 18, p. 1-16, 2021.

SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada.** *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, p. 190-197, 2013.

SALGADO, H. **de O.** POLIDO, C. A. Como Lidar Luto Perinatal: Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal. **São Paulo: Lexema**, p. 128, 2018.

SANTIAGO, Ricardo Cabral. **Saúde da mulher e aborto.** *In: MAIA, Mônica Bara. (Org.). Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto.* Belo Horizonte: Autentica, 2008.

SANTOS, Abrahao de Oliveira; OLIVEIRA, Luiza Rodrigues de. **O bloqueio epistemológico no Brasil e a Psicologia.** *Revista Espaço Acadêmico, Maringá*, v. 20, n. 227, p. 250-260, 2021. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/53993> Acesso em: 26 de fev de 2024.

SANTOS, D.S., MENEZES, M. O., ANDREUCCI, C.B., et al. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. **Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America.** *Clinical Infectious Diseases*, v. 72, n. 11, p. 2068-2069, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066> Acesso em: 05 de março de 2024.

SANTOS, Maria da Ajuda Luiz et al. **Gestando a vida: esperança Severina.** *Saúde em Redes*, v. 4, n. 1 Suplem, p. 141-151, 2018.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. **Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 602-618, 2016.

SACHDEV, Paul. **Sex, abortion, and unmarried women**. Westport, CT: Greenwood Press, 1993.

SCHETTINI, Suzana Sofia Moeller; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. **Famílias adotivas: identidade e diferença. Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 285-293, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200007>
Acesso em: 04 nov. 2024.

SCHIAVON, Amanda de Almeida. **Legislando infâncias: coprodução da criança intersexo enquanto sujeito de direitos**. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/220376> Acesso em: 01 nov. 2024.

SCHIAVON, Amanda de Almeida; FAVERO, Sofia; MACHADO, Paula Sandrine. **A ciência que vigia o berço: diferentes leituras de “saúde” frente a crianças trans e crianças intersexo. Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 3, n. 9, 2020.

SCHWAB, W.; MARTH, C.; BERGANT, A. M. Post traumatic stress disorder post partum. **GebFra Science**, v. 72, p. 56-63, 2012.

SILVA, Ana Carolina Januário; MOREIRA, Lisandra Espíndula; GONZAGA, Paula Rita Bacellar. **Entre o risco da morte e o medo da denúncia: mulheres indiciadas por abortamento a partir de denúncias de profissionais de saúde.** *Cadernos de Gênero e Diversidade*, v. 5, n. 3, p. 165–189, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cgd.v5i3.30596> Acesso em: 05 nov. 2024.

SILVA, Diego Rodrigues; PRISZKULNIKI, Leia; HERZBERG, Eliana. **Qual o corpo deficiente? Pressupostos ontológicos e práticas de tratamento.** *Tempo psicanal.*, v. 50, n. 2, p. 102-118, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382018000200006&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 06 nov. 2024.

SILVA, Juliana Guimaraes et al. **Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência?.** *Saúde e Sociedade*, v. 28, p. 187-200, 2019.

SILVA, Rafaela Martins; RODRIGUES, Bráulio Brandao; GONÇALVES, Lair da Silva. **A sexualidade na terceira idade sob a perspectiva dos idosos atendido num ambulatório de psicogeriatría do distrito federal.** *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 2, p. 6273-6292, 2020.

SINGH, Susheela et al. **Abortion worldwide: a decade of uneven progress.** Guttmacher Institute, 2009.

SOUZA, Karina Junqueira de. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/17225> Acesso em: 05 nov. 2024.

SOUZA, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade.** *Saúde soc.*, Sao Paulo , v. 16, n. 2, p. 125-132, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200012&lng=en&nrm=iso Acesso em 05 de março de 2024.

STARIOLO, Malena; MAZZITELLI, Fabio. Criminalização do aborto é inconstitucional e prática deveria ser legalizada, diz desembargador recém-empossado no Tribunal de Justiça de São Paulo. **Jornal da Unesp**, 2023. Disponível em: <https://jornal.unesp.br/2023/03/30/criminalizacao-do-aborto-e-inconstitucional-e-pratica-deveria-ser-legalizada-diz-desembargador-recem-empossado-no-tribunal-de-justica-de-sao-paulo/> Acesso em: 01 de abr de 2025.

TAGLIAMENTO, Grazielle; BRUNETTO, Dayana; ALMEIDA, Raquel Mesquita. **I LesboCenso Nacional: Mapeamento de Vivências Lésbicas no Brasil.** Relatório Descritivo 1 Etapa (2021-2022). 2022. Disponível em: <https://lesbocenso.com.br/relatorio-primeira-etapa> Acesso em 23 de out. 2024.

TORRES, J. H. R. Aspectos legais do abortamento. **Jornal da Rede saúde**, v. 18, p. 7-9, 1999.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS – TJDF. Assessoria de Comunicação Social – ACS. **Stealthing.** Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/stealthing> Acesso em: 01 de abr de 2025.

UCHÔA, Yasmim da Silva et al. **A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 939-949, 2016.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND - UNICEF. **Worldwide stillbirth rates**. Geneva, 2024. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/stillbirths/#data> Acesso em: 15 de fev de 2024.

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNFPA. **ICPD+5 Review**. 1999. Disponível em: <https://www.unfpa.org/events/icpd5-review> Acesso em: 01 de abr de 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG. **Pesquisa coordenada pela UFMG revela alto índice de subnotificação de violência contra as mulheres no Brasil. Assessoria de Comunicação da Escola de Enfermagem da UFMG**, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/assessoria-de-imprensa/release/pesquisa-coordenada-pela-ufmg-revela-alto-indice-de-subnotificacao-de-violencia-contra-as-mulheres-no-brasil> Acesso em: 20/02/2024.

VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade**. Dissertação de Mestrado. Programa Multidisciplinar de Pós-graduação em Cultura e Sociedade, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/19685> Acesso em: 28 de fev de 2024.

VIEIRA, Sara et al. **A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro.** *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde de ESSCVP*, v. 6, p. 40-45, 2014.

VIEIRA-SILVA, Marcos, FREITAS, Maria de Fátima Quintal de, NASCIMENTO, Flávia Lemos Abade Rubens Ferreira do. **Psicologia Social Comunitária: Percorrendo caminhos em tempos de retrocessos.** *In: Psicologia social crítica: tecendo redes e articulando resistências em contextos de retrocesso.* Org. de Andréa Moreira Lima, Tayane Rogéria Lino, Luiz Felipe Viana Cardoso e Manoela Costa Marra. – Porto Alegre: Abrapso, p. 38-51, 2019.

YOGYAKARTA. **Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics.** *The Yogyakarta Principles Plus 10.* Geneva, 2017. Disponível em: http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf Acesso em: 30 out. 2024.

WARNER, Michael. **Fear of a Queer Planet: Queer Politics and Social Theory.** Minneapolis: University of Minnesota Press, 1993.

WITTIG, Monique. **O pensamento hétero e outros ensaios.** Autentica Editora, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **International Classification of Diseases: ICD-8.** [s.n], 1965.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women.** WHO, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/341337> Acesso em: 05 nov. 2024.

ZAMBALDI, Carla Fonseca; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho. **Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 58, p. 252-257, 2009.

CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

- 2011** Como os Psicólogos e as Psicólogas podem Contribuir para Avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Informações para Gestoras e Gestores.
- 2013** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Centros de Referências Especializado de Assistências Social (CREAS).
- 2013** Como a Psicologia Pode Contribuir para o Avanço do SUS: Orientações para Gestores.
- 2017** Relações Raciais Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os).
- 2018** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Mobilidade Humana e Trânsito.
- 2019** Referências Técnicas para Atuação das(os) Psicólogas(os) em Questões Relativas à Terra (Edição Revisada).
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Educação Básica (Edição Revisada).
- 2019** Saúde do Trabalhador no Âmbito da Saúde Pública: Referências para Atuação da(o) Psicóloga(o) (Edição Revisada).

- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas (Edição Revisada).
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Esporte.
- 2019** Referências Técnicas para atuação da(o) psicóloga(o) em Varas de Família (Edição Revisada).
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Serviços Hospitalares do SUS.
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde.
- 2020** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual.
- 2020** Referência Técnica para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas de Segurança Pública. Conselho Federal de Psicologia
- 2020** Referência Técnica para Atuação de Psicólogas(os) nos Programas de IST/ HIV/ aids (Edição Revisada).
- 2021** Referência Técnica para Atuação de Psicólogas(os) no Sistema Prisional (Edição Revisada).
- 2021** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Gestão Integral de Riscos, Emergências e Desastres.

- 2021** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CRAS/SUAS (Edição Revisada).
- 2021** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Âmbito das Medidas Socioeducativas (Edição Revisada).
- 2022** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) junto aos Povos Indígenas.
- 2022** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (Edição Revisada).
- 2023** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os), Psicólogos e Psicólogues em Políticas Públicas para População LGBTQIA+.
- 2024** Referência Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no atendimento às mulheres em situação de violência.

Conheça as publicações do CREPOP



**Conselho
Federal de
Psicologia**

**Conselhos
Regionais de
Psicologia**



CREPOP
Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas