

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA
CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM
Psicologia E POLÍTICAS PÚBLICAS - CREPOP

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

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

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
DANIELA PEDROSO
FABIANA VILLAS BOAS
HELOISA DE OLIVEIRA SALGADO
JULIANA PERUCCHI

MARIA JURACY TONELLI
LETÍCIA GONÇALVES
PAULA RITA BACELLAR GONZAGA
ROSÂNGELA APARECIDA TALIB
SANDRA ELENA SPOSITO
SOFIA FAVERO
TATIANA LIONÇO
JULIANA PERUCCHI

LIDIANE DE MELO DRAPALA –
Técnica do CREPOP CRP 19/SE

Brasília, março de 2024

Esta é uma versão para consulta pública. Não recomendamos sua citação. Indicamos que aguarde a publicação da versão final.

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 (CRP02); Ana Caroline Moura Cabral 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); Janaina Darli Duarte Simão, Mayara Aparecida Bonora Freire (CRP06); Jéssica Prudente, Luis Henrique da Silva Souza (CRP 07); Kathia Regina Galdino de Godoy (CRP08); Cândido Renato Alves de Oliveira (CRP09); Ana Tereza Frade de Araujo e Larissa Azevedo Mendes (CRP10); Andrea Ferreira Lima Esmeraldo (CRP11); Pâmela Silva dos Santos, Milena Regina da Silva e Fabiana Gonçalves Felix (CRP12); Carla de Sant'Ana Brandão Costa (CRP13); Bárbara Marques Rodrigues, Paola Nogueira Lopes, Renato Martins de Lima (CRP14); Everton Fabrício Calado (CRP15); Ana Claudia Gama Barreto, Marina Francisqueto Bernabé (CRP16); Flavia Alves da Silva (CRP 17); Amaílson Sandro de Barros (CRP18); Mário Silvio de Souza Fraga (CRP19); Rafa Moon Carvalho Pires da Silva (CRP21); Péricles de Souza Macedo (CRP 22); Joana Darc Queiroz Miranda (CRP23); Edna Mônica da Silva Wobeto (CRP24).

Técnicas(os): Adélia Benetti de Paula Capistrano (CRP01); Luísa Marianna Vieira da Cruz (CRP02); Natani Evlin Lima Dias e Gabriela Evangelista Pereira (CRP03); Leiliana Sousa e Luciana M. S. Franco (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa (CRP05); Erika Murata Kanashiro Nishimura (CRP06); Gabriel Alves Godoi (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); Krisley Amorim de Araujo (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Dilcineia Souza Bragança (CRP16); Zilanda Pereira Lima (CRP17); Jackeline Jardim Mendonça (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); Lorena Carla Medeiros (CRP21); Francisco Valberto dos Santos Neto (CRP22); Luciana Alves (CRP23); Cleyanne Alves (CRP 24).

Estagiárias(os):

Maria Moniely Martins Ferreira (CRP02); Cássia Gabriela Fagundes (CRP04); Gabriela Santos de Paiva (CRP04); Amanda da Conceição Silva dos Santos (CRP05); Lucas Alexandrino de Oliveira (CRP06); Mikaella Vicente (CRP06); Helena Vicente (CRP08);

Jessica Sofia Batista de Aquino (CRP10); Isadora Silva Rodrigues (CRP12); Ana Clara Rotilli Vieira (CRP14); Evelyn da Silva Alves (CRP14); Lyly Anne de Miranda Vasconcelos (CRP15); Andressa Gabriela Santos de Araújo (CRP17); Mariana Espindola Borgato (CRP18); Maria Clara Aquino Silva (CRP22); Laiany de Almeida Reis (CRP24).

Texto para consulta pública

**PLENÁRIO RESPONSÁVEL PELA REVISÃO
CONSELHO FEDERAL DE Psicologia
XIX Plenário Gestão 2023-2025**

Conselheiras(os) Efetivas(os)

| | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Pedro Paulo Gastalho de Bicalho | Presidente |
| Ivani Francisco de Oliveira | Vice-Presidente |
| Izabel Augusta Hazin Pires | Secretária |
| Célia Mazza de Souza | Tesoureira |
| 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 |
| Antonio Virgílio Bittencourt Bastos | Conselheiro 1 |
| Raquel Souza Lobo Guzzo | Conselheira 2 |

Conselheiras(os) Suplentes

| | |
|--|------------------------------|
| Alessandra Santos de Almeida | Suplente |
| Edilaise Santos Vieira | 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 |
| Rosana Mendes Éleres de Figueiredo | Conselheira Suplente 1 |
| Jefferson de Souza Bernardes | Conselheiro Suplente 2 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|------------|--|
| ABRAI | Associação Brasileira Intersexo |
| Aids | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| ALAP | Associação Latino Americana de População |
| Antra | Articulação Nacional de Travestis e Transexuais |
| APA | Associação Norte-Americana de Psiquiatria |
| Anvisa | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CFP | Conselho Federal de Psicologia |
| CIPD | Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento |
| CLADEM | O Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher |
| CNDM | Conselho Nacional dos Direitos da Mulher |
| CPMI | Comissão Parlamentar Mista de Inquérito |
| Covid - 19 | “Coronavirus Disease 19” |
| 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 |
| DML | Departamento Médico Legal |
| DPP | Depressão pós-parto |
| DSM | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais |
| FWCW | Fourth World Conference on Women |
| ICPD | International Conference on population and Development |
| IHRA | Intersex Human Rights Australia |
| IML | Instituto Médico Legal |

| | |
|-------------|--|
| ISNA | Intersex Society of North America |
| ISTs | 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 |
| 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 |
| SEPPIR | Secretaria de Políticas de Promoção e Igualdade Racial |
| Sinan | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SSSR | Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva |
| 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 |
| UNFPA | Fundo de População das Nações Unidas |
| UTIN | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 09 |
| EIXO 1- DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA PSICOLOGIA E A ÁREA DOS DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS - HISTÓRICO, DEFINIÇÕES, MARCOS LEGAIS. | 13 |
| 1.1 -Dimensões da Desigualdade Racial no Âmbito dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos | 25 |
| 1.1.1 - As múltiplas manifestações do racismo | 26 |
| 1.1.2 - Saúde da População Negra | 28 |
| 1.1.3 - Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva da População Negra | 28 |
| 1.1.4 - Contribuições para a práxis da Psicóloga(o) | 30 |
| EIXO 2 – A IDEALIZAÇÃO DA MATERNIDADE NA PSICOLOGIA: REORIENTANDO ALGUNS PRESSUPOSTOS PARA ATUAÇÃO ÉTICA EM DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS | 33 |
| 2.1 Maternidades idealizadas e gestações reais | 33 |
| 2.2. Quem pode ser mãe? A romantização da maternidade e a retirada de bebês | 34 |
| 2.3. Aleitamento | 37 |
| 2.4. Gravidezes e adolescência: repactuando nosso olhar | 39 |
| 2.5. Contribuições para a práxis da(o) Psicóloga(o) | 43 |
| EIXO 3 –VIOLAÇÕES DE DIREITOS SEXUAIS E DE DIREITOS REPRODUTIVOS | 45 |
| 3.1 Capacitismo | 46 |
| 3.2. A atuação da Psicologia junto a populações não cis e não hétero | 51 |
| 3.3 Violência Obstétrica | 72 |
| 3.4 Como a violência obstétrica pode afetar nossa saúde mental? | 82 |

| | |
|--|------------|
| 3.5 Violência Sexual | 85 |
| 3.6 Contribuições para a práxis da(o) Psicóloga(o) | 94 |
| EIXO 4: ACOLHIMENTO FRENTE A SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO E ÓBITOS PERINATAIS E NEONATAIS | 101 |
| 4.1 - Interrupção gestacional em caso de violência sexual | 102 |
| 4.2. Acolhimento pós-abortamento inseguro | 115 |
| 4.3. Perda gestacional perinatal e óbito neonatal: acolher o luto | 122 |
| 4.4 Contribuições para a práxis da(o) psicóloga(o) | 127 |
| ANEXO 01 | 131 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 136 |
| CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP | 158 |

Nota: Nas citações extraídas das entrevistas realizadas com psicólogas(os) que atuam nesta área, quando outras profissões são citadas, fizemos a substituição pelo termo [profissão] ou [profissionais]. Também foram substituídas as menções que possam identificar, pessoas, locais de trabalho, cidades, estados, tendo sido substituídas por termos que aparecem dentro de colchetes [nome], [Estado], [cidade].

INTRODUÇÃO

O CREPOP e processo de elaboração da Referência Técnica

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) foi aprovado pelo Sistema Conselhos de Psicologia em dezembro de 2005 e iniciou suas atividades em janeiro de 2006. É uma ferramenta do Sistema Conselhos de Psicologia que tem como objetivo sistematizar e difundir o conhecimento sobre a prática da Psicologia nas políticas públicas, qualificando a atuação profissional da categoria. Busca, assim, evidenciar a contribuição da Psicologia na elaboração e implementação de políticas públicas, na interlocução com espaços de formulação, gestão e execução destas políticas. Esses objetivos demonstram o esforço do Sistema Conselhos de Psicologia em ampliar a atuação de psicólogos(os) na esfera pública, demarcando a importância dessa atuação na garantia de Direitos Humanos.

Em 2022, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou a Resolução nº 14/2022, institucionalizando o CREPOP como ferramenta permanente de gestão no Sistema Conselhos de Psicologia e com objetivo de garantir o funcionamento e expansão dessa importante ferramenta que auxilia no acesso da população à Psicologia,

Sua metodologia de trabalho está alicerçada na Lei nº 5.766, que cria o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs). Em seu art. 9, alínea “b”, especifica como funções do CFP: “orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de Psicólogo” (CFP, 1971), o que concede ao CFP e aos CRPs a prerrogativa de dialogar permanentemente com profissionais de Psicologia sobre as suas atuações. Desta forma, os esforços empreendidos no CREPOP visam a aliar a sistematização da expertise de profissionais de Psicologia que atuam em políticas públicas à revisão de literatura científica sobre questões que nem sempre estão suficientemente abordadas na literatura científica disponível em nosso campo.

Nos últimos quatro anos, o CREPOP vem passando por um intenso processo de revisão das Referências Técnicas e de publicação de novas referências. Saímos de 13 publicações, em 2013, para os atuais 24 volumes já disponíveis para orientar o exercício ético da profissão e é responsável pela realização do Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas, espaço de encontro e compartilhamento de experiências e conhecimentos.

O CREPOP tem como um dos seus principais instrumentos de orientação e qualificação as Referências Técnicas, importantes documentos com teor técnico, ético e político. A sua elaboração evidencia o processo democrático que dá sustentação ao CREPOP, que prevê em sua metodologia a prerrogativa de ouvir a categoria acerca das práticas que desenvolvem nas políticas públicas e oportunizando, ainda, que a sociedade, de modo geral, manifeste sua opinião, através da consulta pública, em relação ao documento preliminar antes do lançamento da sua versão final.

Deste modo, a elaboração de uma Referência Técnica conta com algumas etapas. A primeira etapa é a coleta de dados quantitativos (via questionário online, com ampla participação da categoria) e qualitativos (entrevistas em grupo e/ou individuais) e para essa tarefa, conta com equipes nos CRPs e no CFP, formadas por técnicas (os) e conselheiras (os). A sua principal atividade é realizar as investigações sobre a prática profissional, bem como uma vasta agenda local de atividades que envolvem seminários, contato com instituições formadoras, pesquisas locais, diálogo com gestores das políticas públicas e com a própria categoria.

É importante ressaltar portanto, que cada referência técnica lançada conta com a contribuição de muitas pessoas que realizam o processo: são centenas de psicólogas e psicólogos que atuam na ponta e relatam suas experiências às técnicas(os), conselheiras(os) e estagiárias(os) do CREPOP nos CRPs; às vezes mil, duas mil profissionais que respondem a coleta on-line; equipes de sistematização de dados; especialistas convidadas e conselheiras(os) do CFP; e mais umas duas centenas que contribuem durante a consulta pública. As referências técnicas são feitas para a categoria e pela categoria.

Uma vez os dados coletados, estes são sistematizados e servirão de subsídios para a comissão de especialistas responsável pela escrita do documento agregando as contribuições e só após essa etapa, o documento é lançado.

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

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 sobre as dimensões da desigualdade racial e as manifestações do racismo no atendimento da população.

O Eixo 2, “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 e a práxis da psicologia dentro desses temas.

O Eixo 3, “Violações de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos”, traz discussões sobre o tema abordando o capacitismo, violência Obstétrica, Sexual e as violações com diversas populações: LGBTQIA+ , cis e não hétero e intersexo.

O Eixo 4, “Acolhimento Frente a Situações de Abortamento e Óbitos Perinatais e Neonatais”, aborda questões para a(o) psicóloga(o) ter um trabalho humanizado em situações de aborto legal, acolhimento após aborto inseguro, perda gestacional e

morte súbita do bebê.

Texto para consulta pública

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

Os anos 1980 e 1990, no Brasil (e em outros países ocidentais), mostraram-se extremamente profícuos para os movimentos de mulheres e suas conquistas. No contexto brasileiro, na década de 1980, o trabalho constituinte com intensa participação dos movimentos sociais, culminou com a promulgação da Constituição Federal, conhecida como Constituição Cidadã. Entre outros âmbitos da vida societária, a Constituição de 1988 dispõe que: mulheres e homens devem conviver em condição de igualdade; as mulheres têm direito sobre seus corpos, escolhas, cuidados, vidas; a educação e a saúde públicas são considerados direitos universais e devem ser disponibilizados com qualidade para todas cidadãs e cidadãos.

Em seguida, fruto do artigo nº 198 da Constituição Federal, houve 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 do ponto de vista 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 abortamento legal, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (ISTs/Aids), atendimento de pessoas em transição de gênero e transgêneros 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, 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 que 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 fortalecimento¹.

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

¹ Posicionamo-nos a favor desse debate ser estendido a pessoas com útero e demais expressões das transmasculinidades.

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 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 confidencialidade, ao respeito e ao consentimento

esclarecido, respeitando 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 parta da lógica binária cisheterossexual - aquela que nos separa em machos e fêmeas/homens e mulheres designados pelo discurso biomédico a partir das diferenças anatômicas e funcionais -, 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 informação, orientação e serviços de saúde reprodutiva. Esses programas devem, ao mesmo tempo, educar o homem e capacitá-lo a partilhar, de uma maneira mais equitativa, 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, mas 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 as relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à

integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências (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 integralidade de seu bem-estar e autonomia.

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.

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.

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.

O termo direito sexual origina-se, por sua vez, dos movimentos gays e lésbicos que reivindicavam (e ainda o fazem) o exercício da sexualidade e suas práticas de forma isenta de preconceitos, constrangimento e discriminações, com livre escolha de parceira e parceiro, situações, temporalidades e espaços sociais acordados livremente entre as pessoas envolvidas.

Assim, como diz 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.”

Se os movimentos de mulheres foram (e são) fundamentais para a concepção, implementação e consolidação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, os movimentos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais (LGBTQIA+²) 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

² 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.

maternidade e de paternidade associadas a corpos concebidos dimorficamente como de machos e fêmeas a partir das determinações anatômicas.

Ao longo do século XXI, tais noções foram orientadoras de ações por parte dos Estados signatários dos documentos resultantes das Conferências e 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, ainda, identificar como essas pautas são imprescindíveis para a implementação dos direitos humanos, quando, por exemplo, nos deparamos com a manutenção dos altos índices de violência sexual contra meninas e mulheres (muitos resultando em gravidezes indesejadas e, quando conseguem, abortamentos legais cercados de pressão social por parte de grupos antiabortistas); de casamentos de meninas; de mutilações genitais; de negação da laqueadura ou, ao contrário, esterilização forçada ou compulsória; de homicídios e suicídios da população LGBTQIA+; de estupros corretivos. Portanto, é possível pensar, também, nos impactos sobre a saúde em geral e sobre a saúde mental desses grupos.

Esses avanços, no entanto, 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, além de antiabortistas, 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). Promovem, assim, a (re)patologização das homossexualidades/travestilidades/transexualidades consideradas "anormais" (a despeito dos consensos científicos nesse campo).

(JUNQUEIRA, 2018; PRADO & CORRÊA, 2018).

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, antagônica 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 tem 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/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 efetivadas, encontra-se a fragilidade dos esforços dos agentes estatais em seus compromissos com o laicismo. Com efeito, cada vez mais, se pode observar que operadores das políticas públicas (e agentes do Estado, em geral) se orientam mais por visões pessoais, em detrimento dos princípios da própria política.

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 CIPD³. 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 materna⁴, ao enfrentamento da violência contra as mulheres (violência de todos os tipos, como a sexual, a física, a psicológica e a patrimonial), e às práticas nocivas à implementação e consolidação de seus direitos (como casamento infantil, mutilação genital, exploração sexual, tráfico de pessoas, analfabetismo e evasão escolar).

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

³ Confira no site da ONU: [Países aprovam declaração sobre direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas](#)

⁴ 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”.

tema, o Brasil votou a favor da proposta feita pelo Paquistão de excluir a menção à “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 contrapropostas de garantia de direitos das mulheres e contrárias à sua discriminação, e que visam 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 coronavírus disease 2019 (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)⁵ 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):

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 N°16/2020-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

⁵ Em: <https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/E-book-SOGI-21102021.pdf>

Mulheres e tinha como assunto o “acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva” (SSSR⁶) 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 (ISTs) e aos meios de contracepção, inclusive de emergência.

Cumprе lembrar que, no Brasil há três possibilidade 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. Mesmo essas possibilidades têm sido alvo de duras críticas por parte desses grupos conservadores, incluindo a bancada de parlamentares conservadores. A publicização de alguns casos de estupro de vulnerável contra meninas de idade inferior a 14 anos⁷, evidenciam essa cruzada anti-abortista, com efeitos diversos, dentre eles a interdição à direitos já previstos e a operacionalização da culpabilização da vítima e a moralização de suas condutas (e não as do agressor).

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 acordo com 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:

⁶ Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

⁷ 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.

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.

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; e
- 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, uma análise interseccional se faz necessária para que possamos complexificar nossas noções de cuidado e acolhimento psicológico considerando as singularidades de cada sujeito.

1.1 - Dimensões da Desigualdade Racial no Âmbito dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos

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 imparciais⁸. 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, abstém-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. 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 hiperssexualização, 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 políticos e acadêmicos que defendiam a necessidade de embranquecer o Brasil. 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.

⁸ No entanto, há iniciativas dos CRPs como cartilhas de Relações Raciais e do CFP como a [“Relações Raciais: Referências Técnicas para a Prática da\(o\) Psicóloga\(o\)”](#), elaborado no âmbito do CREPOP.

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. Nesse sentido, apontamos que qualquer fenômeno a que a Psicologia se dedique deve considerar os atravessamentos raciais que promovem a continuidade da desigualdade racial.

1.1.1 - As múltiplas manifestações do racismo

Em princípio, as raças foram classificadas de acordo com características fenotípicas, contudo já se sabe desde o começo do século XX que, biologicamente, raças não existem. O conceito de raça utilizado hoje leva em conta a realidade social e política já que há uma hierarquização moral, social e psicológica dos grupos sociais de acordo com seus fenótipos e com objetivo de dominação e sujeição dos povos (MUNANGA, 2004). Sabendo que raça é um conceito social e não biológico, cabe apresentar as diversas manifestações de racismo, bem como diferenciar o que é preconceito e discriminação.

- Preconceito racial: “juízos baseados em estereótipos acerca de indivíduos que pertencem a um determinado grupo racializado, e que podem ou não resultar em práticas discriminatórias” (ALMEIDA, 2019, p. 32). Exemplos possíveis são acreditar que indígenas são indolentes, que pessoas negras são malandras ou que brancas são naturalmente mais inteligentes.

- Discriminação racial: “atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados” (ALMEIDA, 2019, p. 32). Na discriminação direta há a intenção de levar prejuízo a determinados grupos raciais como, por exemplo, dificultando a entrada de pessoas africanas na Europa (ALMEIDA, 2019).

- Discriminação positiva: “possibilidade de atribuição de tratamento diferenciado a grupos historicamente discriminados com o objetivo de corrigir desvantagens causadas pela discriminação negativa” (ALMEIDA, 2019, p. 34). Desta forma, a

política afirmativa nas universidades é uma forma de discriminação positiva, da mesma forma que reservar bancos para idosos em transportes públicos.

- Racismo: “é a forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento e se manifesta por meios de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam” (ALMEIDA, 2019, p. 32).

a) Concepção individualista: acredita-se que o racismo cometido por uma pessoa ou grupo se deva a um desvio de caráter ou a uma questão patológica dela, de modo que a terapêutica utilizada seria a conscientização e a educação (ALMEIDA, 2019).

b) Racismo estrutural: nesta concepção, o racismo é compreendido como uma das bases da sociedade independentemente da vontade dos sujeitos. Assim, mesmo que de forma indireta, a sociedade oferece vantagens a um grupo social em detrimento de outros (ALMEIDA, 2019). A população negra está na base da pirâmide das pesquisas que mostram rendimento e taxa de desocupação (GOMES & MARLI, 2018), além de ser a que mais sofre com a violência no país (CERQUEIRA et al, 2019).

c) Racismo Institucional: Stokely Carmichael e Charles Hamilton, dois Panteras Negras, conceituaram racismo institucional como: “A falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (WERNECK, 2016, p.55). Desta maneira, as instituições, públicas ou privadas, reproduzem desvantagens por hierarquização das raças.

1.1.2 - 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 Sistema Único de Saúde, 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 em saúde (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.

1.1.3 - Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva da População Negra

A produção de políticas públicas que discorrem sobre um ideal universal 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 interseccionais 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 Fiocruz, é um estudo multicêntrico que coletou e analisou dados sobre esse contexto no Brasil. 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.

No campo das infecções sexualmente transmissíveis e HIV/Aids, a população negra está entre as prioritárias, ou seja, 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 (CERQUEIRA et al, 2019), 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 mulheres grávidas, 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 das complicações do coronavírus durante a gestação e o puerpério. De acordo com Santos et al. (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 M, 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.

1.1.4 - 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 a pessoa negra sob uma lógica universal, a profissional psicóloga(o) incorre em uma reviolentação do sujeito ao desconsiderar os aspectos psicossociais que produzem o sofrimento psíquico, além de reproduzir práticas racistas adotadas no Brasil, como a crença na democracia racial.

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

Nos capítulos seguintes iremos dispor dessa 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.

EIXO 2 – A IDEALIZAÇÃO DA MATERNIDADE NA PSICOLOGIA: REORIENTANDO ALGUNS PRESSUPOSTOS PARA ATUAÇÃO ÉTICA EM DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

2.1. Maternidades idealizadas e gestações reais

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 à 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; OYĚWÙMÍ, 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.

Nessa seção discutiremos 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).

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

A Psicologia produziu - e segue produzindo - inúmeras classificações que nomeiam 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 à 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 todo um jogo de poder, onde poderíamos ler o que dizem 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 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 05/2014⁹ e, em 6 de agosto do mesmo ano, a Recomendação nº 06/2014,¹⁰ que indicaram a notificação à instituição dos casos de grávidas com histórico passado ou atual de uso substâncias psicoativas. Em 2016, fazendo uso do argumento de proteção à infância, a Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte publica a Portaria nº 3¹¹ instando profissionais da saúde a comunicarem no prazo de 48 horas os casos de bebês recém-nascidos cujo 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 Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais foi ativamente atuante nos questionamentos das referidas portarias e 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. 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 reprovável e pela ruptura com o ideal de feminilidade e maternidade que se espera dessas, produzindo reações recriminatórias e reducionistas nas equipes:

“Agora eu tô 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”.

⁹ Disponível em: [Recomendação nº 05/2014](#) do Ministério Público do Estado de Minas Gerais.

¹⁰ Disponível em: [RECOMENDAÇÃO nº 006, DE 06 DE NOVEMBRO DE 2014](#) do Conselho Nacional de Saúde

¹¹ Disponível em: [PORTARIA Nº 3/VCIJBH/2016](#) da Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo. Horizonte

“São as mais vulneráveis...” (Sul)¹²

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 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.

“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 que premissas disciplinares, religiosas, raciais e territoriais sejam colocadas em questão, mobilizando os equipamentos responsáveis pela continuidade do acompanhamento das mulheres, 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)

¹² Esse e outros trechos que aparecerão ao decorrer da referência são dos relatórios dos CRPs sobre as entrevistas realizadas com psicólogas(os) que trabalham com Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

profissionais e que compete ao Estado proporcionar 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, deve 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).

2.3. Aleitamento

A possibilidade de amamentar tem sido associada de modo determinista à habilidade e responsabilidade de maternar. São inúmeros os fatores que possibilitam ou interditam esse processo e que vão desde aspectos fisiológicos (como a produção do leite materno), como de políticas públicas (licenças maternidade e paternidade), rede de apoio (cuidado com as crianças mais velhas, domésticos etc.) como o desejo de dispor do próprio corpo para alimentação 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 materno pode ser interpretado à luz da violência obstétrica¹³ 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 visto 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 daquele 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 de se considerar uma vasta gama de aspectos que transitam entre os dois extremos do problema: da romantização do aleitamento materno e da amamentação exclusiva, até o incentivo ao desmame precoce, fruto do capitalismo e do investimento massivo da indústria em propagandas de alimentos substitutivos ao aleitamento materno.

Assim, todos estes aspectos devem ser considerados pelas psicólogas e pelos psicólogos ao se trabalhar com meninas, mulheres e pessoas que estão lidando com

¹³ Para mais informações ver o tópico de violência obstétrica neste documento.

a questão. Assim, 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 materno 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.

2.4. 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 garotas. 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 anti-gênero 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.

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 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 eram 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 intrauterino, 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 unidades básicas de saúde, 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. Em todos os casos, é necessário ter acesso à 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 - e raramente se questiona sobre em que condições essa gravidez foi produzida? A legislação brasileira define que qualquer intercurso sexual com pessoa de idade inferior à 14 anos é estupro presumido. Entende-se que se trata de alguém que não tem condições de consentir 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 quando se trata de uma adolescente a ser protegida e 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 e que desumaniza, hiperssexualiza, 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 apressadas 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).

2.4. Contribuições para a práxis da(o) Psicóloga(o)

A 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...’ Devemos operar sempre que possível nos aproximando dos demais equipamentos que se situam no território onde nos inserimos. 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 mulheres que tiveram seus filhos retirados ou com aquelas que conseguiram levá-los para casa, com aquelas que amamentaram ou com aquelas que não puderam ou não conseguiram, o 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 uma violação de direitos que faz parte da realidade cotidiana do nosso país: a ausência de autonomia no exercício da sexualidade e da potencialidade reprodutiva. No próximo eixo, iremos nos debruçar sobre algumas violências que atravessam os serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva e seus marcadores de hierarquização social: capacitismo, classicismo, machismo, racismo e cisheteronorma.

Texto para consulta pública

EIXO 3 – VIOLAÇÕES DE DIREITOS SEXUAIS E DE DIREITOS REPRODUTIVOS

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos de meninas, mulheres e pessoas que gestam ocupam grande parte das discussões nesse campo, pois nossa cultura os compreende e os respeita pouco, sendo, portanto, necessário empreender muitos esforços para elucidá-los e mantê-los como direitos. Tal afirmação pode parecer redundante, no entanto, percebe-se que frequentemente eles estão ameaçados, sendo negociados (como se possível fosse) e com pouco discernimento nas práticas das políticas públicas. No cenário brasileiro assistimos, historicamente, a influência de governos conservadores que têm projetos de nação cujos pontos centrais se organizam com ataques aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos dessas pessoas.

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.

Nesse eixo, pretendemos articular a partir da literatura especializada e das estratégias e desafios que foram relatados pelas(os) psicólogas(os) entrevistadas(os) pelas equipes do CREPOP, como a prática da Psicologia nos serviços de saúde sexual e de saúde reprodutiva podem promover direitos e atentar para às violências estruturais que em muitas ocasiões são reproduzidas nesses equipamentos. A partir do que foi identificado, 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).

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 capacitismo, lesbohomotransfobia, violência obstétrica, violência sexual, possamos capilarizar junto à categoria a importância de ter enunciadas às vozes de psicólogas(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.

3.1 Capacitismo

A História das pessoas com deficiência é predominantemente contada a partir de seus corpos: primeiramente um corpo que seria destruído por 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, 2018). Apesar da evolução, a visão da pessoa com deficiência geralmente é limitada à de 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). Atentar-se ao que cada sujeito necessita no que tange o cuidado e a 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 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 marejados, 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)

É fundamental problematizar quem são os profissionais de saúde e quem são as pessoas que utilizam o SUS onde esses atendimentos são realizados. Como indica Jimenez-Lucena (2014) 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 uma mulher é alvejada por 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 nº 8 de 7 de julho de 2020 publicada pelo Conselho Federal de Psicologia em seu artigo 3º: “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 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 que é feito pela usuária do serviço, ela(ele) 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 que é produzido pelo discurso biomédico. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, mais conhecido como Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015 b) 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”. Proíbe que barreiras de comunicação, adaptações, atitudinais, entre outras, impeçam que tais pessoas possam exercer seus direitos enquanto cidadãs. 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 na família pode provocar diversas reações e sentimentos na família, desde um cuidado que propicie à autonomia do sujeito à superproteção (SILVA, 2018). A sociedade também 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, 2018; MAIA, 2011, MELLO, 2016), o que a limitaria a 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 10% das mulheres vítimas de abuso sexual e 12% das que sofrem estupros coletivos (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2018). 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, 2018). 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 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 masculina, e cada vez mais desenvolvem maneiras do homem 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 a veja para além de um corpo com deficiência, como uma pessoa atravessada por diversos aspectos e elementos identitários, 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 este aspecto da vida de seu interlocutor, mas também não

reduzir o sujeito a esse elemento. Como um sujeito como qualquer outro, a pessoa com deficiência vai ter suas questões, dúvidas e interesses sobre a sexualidade e direitos reprodutivos que devem ser trabalhados de acordo com os recursos que o próprio terapeuta e/ou a instituição em que a pessoa com deficiência é usuária dispõem. Seja em psicoterapia, programas de planejamento reprodutivo ou orientação sexual, a pessoa com deficiência deve ser incluída de modo orgânico.

Algumas adaptações 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 claros e objetivos para trabalhar com pessoas com deficiência intelectual; trabalhar com o sistema braile, relevos ou objetos com pessoas com deficiência visual; fazer uso de tecnologia assistiva. Além disso, averiguar a acessibilidade física e simbólica da instituição de atendimento e atuar de forma a garantir a participação também dos usuários e movimentos de pessoas com deficiência na elaboração de políticas públicas, principalmente nas políticas acerca 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.

3.2. 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 cisgênero¹⁴ 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 necessariamente 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

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).

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 a 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 e 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 sofisticassem 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 postula 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 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 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 bebê, 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 há... 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 bebê, 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, MENDONZA, ISMAEL, 2011; ARAGUSUKU & LARA, 2020).

Ao longo de avanços importantes no campo da política, em relação à parentalidade exercida entre casais gays e lésbicos, 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). 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 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, 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, usuárias, entendidas como portadoras de um distúrbio que as incapacitava ao exercício de decisões, no âmbito do corpo eram apresentadas como dramáticas. Mamoplastia de aumento, mastectomia e redesignação sexual, dito de modo breve, tratava-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, 1980), promovido pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA), e na oitava edição da Classificação Internacional de Doenças (CID)

(1968), 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. Como, então, defender direitos sexuais e reprodutivos a pessoas que já entram em cena epistemicamente desprivilegiadas?

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”, 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 Transsexualizador (BRASIL, 2013e) e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2011b), os quais não apontam de forma efetiva condições que possam garantir a efetivação 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 diagramada 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 (2013) informam que a transgeneridade corresponde a um quadro de incongruência. Algo na formação do sujeito, seja na época em que estava sendo gestado ou ao longo da própria socialização, é entendido como desviante. Vê-se que “justificativas” etiológicas são consideradas para diminuir a abertura de cidadania de pessoas que, compreendidas como doentes, têm reduzido o 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 não foi de não assimilação do desejo que expressavam:

“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 relacionadas 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, passam a 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 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 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 Saúde e Direito detinham um elo avaliativo e tutelar no que se refere a 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 despertamento 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. 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. 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, como é percebido na experiência 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)

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 a 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.

Agressor e vítima não podem mais ser separados. 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:

“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 como meio de adequação a uma norma social. Destacamos que isso se dá, em muitos casos, com a conivência 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 uma norma que concebida como natural (CFP, 2019). Ora, se é tão natural porque precisa que sejam convertidos violentamente a ela?

“Eu compreendo que os direitos sexuais, [...] o direito da expressão identitária trans como uma espécie de derivação de direito sexual nesse quadro maior. Porque não é exatamente um direito sexual quando você pensa na condição trans, porque a condição trans é uma condição identitária de gênero e não exatamente como um direito sexual, que esse é um conceito complicado e precisa ser revisto porque ele está muito biologizado, pensando como condição de reprodução e de sexualidade saudável, normal e higiênica. Eu acho perigosíssimo esse conceito porque ele é um conceito biológico. E que ele se aplica muito mal ao ambiente das identidades de gênero. [...]” (Sudeste)

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 sofrem 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 a 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 (2005; 2009) na América Latina, o movimento intersexo internacional combate às 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 intervenções 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, 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, hetero e corponormativo, um gênero inteligível como diria Judith Butler (2018).

Janik Bastien Charlebois e Vincent Guillot (2018) apresenta 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 marcado pela ambiguidade.

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

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

procedimentos cirúrgicos precoces, irreversíveis, cosméticos, invasivos e não consentidos, pautando o enquadramento desses sujeitos em uma norma cis, hetero e endo normativa. 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 que não invalide as pautas dos movimentos Trans, que se chama 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 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.

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).

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) 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 ISTs 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 ter sido, em termos formais, despatologizada, saindo do DSM (1973) e da CID (1990), as identidades sexuais dissidentes voltaram a ser patologizadas com o *boom* das 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/dania (2011). Travestis que se

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.

tornavam cidadãos 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 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 “o que é ser gay, o que é ser trans”, mas, sim, de que forma 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”.

Questionar o privilégio de uma ciência portadora da verdade, Warner (1993) ensina, serve 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 e 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 clínica 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.

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 a 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 a(ao) profissional de Psicologia se atentar a herança cisheteronormativa que atravessa e se enraíza na profissão. Pensando nisso, o Conselho Federal de Psicologia vem se posicionando de forma ativa e criando resoluções que versam sobre o atendimento dessa população. Destacamos, entre elas, as resoluções: Resolução CFP 01/1999, que estabelece normas de atuação em relação à questão da orientação sexual; Resolução CFP 01/2018, que versa sobre a atuação de psicólogas e psicólogos frente às pessoas transexuais e travestis; Resolução CFP 08/2022, que estabelece normas de atuação frente às bissexualidades e demais orientações não monossexuais.

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, 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, para que seja possível se abrir aos lugares indicados pela diferença e encontrar algum nível de satisfação em acompanhar jornadas (des)viadas.

3.3 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 chamamos de 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).

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 (CIELLO, et al., 2012) define que os atos caracterizadores da violência obstétrica são todos aqueles praticados contra a mulher 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, curetagem, episiotomia e episiorrafia (sutura do corte da episiotomia); • Alimentar o bebê com fórmula, sem indicação clínica e/ou sem consentimento informado; • Separar mãe 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. |
| 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 (sobre sua raça, etnia, seu corpo, sua idade, sua família, sua situação socioeconômica, sobre sua orientação sexual, seu estado civil, sua nacionalidade); • 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; • <i>gaslight</i>, 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. |

| | | |
|----------------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Desencorajar o aleitamento materno sem indicação clínica; • Impor o aleitamento materno; • Não autorizar registro fotográfico ou audiovisual; • Realizar venda casada de registro fotográfico ou audiovisual (apenas aceitar quando trata-se de equipe ligada à equipe médica ou ao hospital). <p>Em situações de aborto ou óbito do bebê (famílias enlutadas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Anvisa¹⁸); • Permitir que o bebê seja descartado como lixo hospitalar; • Privar a família de informação científica sobre manejo da produção de leite; • 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.) |
| <p>Sexual</p> | <p>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.</p> | <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 esclarecimento 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; |

Texto para consulta pública

¹⁸ [RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018:](#)
Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.

| | | |
|----------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Exames repetitivos dos mamilos sem aviso, sem esclarecimento e sem consentimento. |
| Institucional | <p>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.</p> | <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 mulheres 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; Omissão ou violação dos direitos da mulher 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 mães a 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 usuária. |
| Material | <p>Ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de pessoas em processos reprodutivos, violando seus direitos já</p> | <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; |

| | | |
|------------------|--|---|
| | garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. | <ul style="list-style-type: none"> • 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. |
| 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 materno; • Incentivo ao desmame precoce; • Campanhas que vinculam o aleitamento materno ao amor materno. |

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, sobre os procedimentos que serão realizados e sobre suas opções frente a 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 mulheres 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 os relatos umas das outras. A dificuldade em valorizar essas queixas e reconhecer esses relatos como episódios de violência podem oferecer a falsa ideia de que mulheres 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 entre mulheres após o parto e que expressam a realidade de um atendimento negligente, imprudente, indigno e desrespeitoso, e expressam o silenciamento das mulheres 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 das(os) 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’, ela traduz uma expectativa de que pessoas em situação de parto, abortamento e puerpério sejam passivas frente a condução biomédica. Esse fato parece ser de conhecimento das mulheres 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, 2014; 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 e ROSENDO, 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 psicólogas entrevistadas identificam nesses relatos pode ser compreendido a partir da noção de colonialidade da saúde (JIMENEZ-LUCENA, 2014), 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 imprimi, 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 em situações em que 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 de ser publicamente exposta/o, denunciada/o; culpabilizada/o:

"As 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 protopio 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 historia 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 mulher 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.

Sintomas de ansiedade, stress e depressão, bem como transtornos a eles associados (de estresse pós-traumático pós-parto, o (TEPT- PP) e de, sintomas de depressão pós parto, (DPP), sintomas de transtornos de ansiedade, bem como de complicações físicas, devem ser considerados e devidamente encaminhados. Mulheres que sentem que foram agredidas, humilhadas, negligenciadas ou que não se sentiram acolhidas no serviço de saúde podem apresentar 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) ou mesmo diante de uma 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 paciente em um contexto em que houve ou a pessoa sentiu que sofreu 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.

3.4 Como a violência obstétrica pode afetar nossa saúde mental?

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 entre o binômio mãe-bebê (SALGADO et al., 2013), quadros de ansiedade, fobia, evitação, dificuldades no estabelecimento do aleitamento materno, na disposição da mulher em buscar ajuda de profissionais de saúde diante de alguma demanda importante.

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 (lembranças 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)

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 à 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 que são 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 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, 2011) e que se comprometeu com os movimentos sociais na promoção de mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento e na 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 na assistência institucional ao parto.

No entanto, toda essa movimentação não gerou somente reações positivas. Em 2018, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicar 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 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.

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.

3.5 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 ISTs, 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 relacionada 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 às 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, auto recriminação e vergonha que se impõe 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 o agressor, 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, 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 das mesmas, 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 enfermagem, 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, 2015). Observamos nos relatos das psicólogas 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, no entanto os primeiros cuidados precisam ser oferecidos o mais célere possível. Nesse sentido 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 negligência o sofrimento psicossocial provocado pela violência.

“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 que lhe impeça de acessar o atendimento necessário. Como fica explícito no relato da(o) psicóloga(o) da região Norte, o desconhecimento das diretrizes impele mulheres 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.

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 notificar a Vigilância em Saúde e outros órgãos competentes para cada caso: Ministério Público, Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Delegacia de Polícia Civil, Delegacia Especializada de Atendimento da Mulher, Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente. 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 ser garantido:

- 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 registro 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. (pág. 23-24).

A Psicologia é categoria prevista nas equipes mínimas de prevenção aos agravos decorrentes de violência sexual e, sem dúvidas, somos uma categoria que pode 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 estuprador 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 psicóloga 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 percebe-se 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, [profissional], 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 “ó, 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 [profissional] 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 direitos. 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 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 manifestada. 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 também 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)

3.6 Contribuições para a práxis da(o) Psicóloga(o)

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 também 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 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, 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, 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 à 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 (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. Por fim, é possível construir 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 ISTs, prejudica o acesso a exames ginecológicos, prejudica o desenvolvimento do

autoconceito do sujeito, prejudica 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 que existam Resoluções do próprio Conselho Federal de Psicologia que subsidiam essa perspectiva, é fundamental escutar o que tem sido colocado por atores e atrizes que ocupam os espaços de reivindicação e nos convocam a rever certezas linguísticas, atitudinais e disciplinares, sobre seus seus corpos e suas potencialidades. O leite materno é, 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 que haja 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.

Essa lacuna reverbera também na ausência de ferramentas para nossa atuação frente aos casos de violência obstétrica. Ainda que exista um campo de pesquisa voltado para o tema, a Psicologia não figura entre as categorias mais presentes na análise dessa problemática e seus atravessamentos de classe, raça, territorialidade, geração. Por ser um tema considerado novo no Brasil, ainda será necessário investir muito para tirar essa violência da invisibilidade e difundir essa informação para a sociedade. A investigação sobre as causas, sobre as estratégias mais eficazes no enfrentamento, sobre os efeitos para a saúde mental de mulheres, bebês e também de profissionais de saúde, são algumas das questões que ainda precisam ser aprofundadas.

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). No entanto, são necessários mais estudos que considerem a influência da violência obstétrica sobre a saúde mental das mulheres, 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 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 usuárias(os), violências entre profissionais da mesma categoria e entre

categorias, e também violências de usuários 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 “há 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 também da elaboração do trauma que a violência produz. Observamos isso nos relatos das(os) psicólogas(os) sobre os serviços de prevenção à agravos decorrentes de violência sexual. Ainda quando é legalmente presumida, como nos casos de pessoas com idade inferior aos 14 anos, acionam-se inúmeras pressuposições que visam presumir 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 também 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, da assistência social de modo a prevenir, reconhecer e fornecer atendimento adequado e digno para os (as) usuários (as) 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 que 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 às 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 a informação consiste em direito sexual e direito reprodutivo que pode ser determinante para a garantia a 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. No tópico a seguir abordaremos a atuação da Psicologia diante de uma dessas possibilidades, a interrupção gestacional em caso de violência sexual.

EIXO 4: ACOLHIMENTO FRENTE A SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO E ÓBITOS PERINATAIS E NEONATAIS

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 que alcancem a mais elevada qualidade de saúde sexual e reprodutiva (ONU, 1994). Em Beijing, os governos dos países participantes admitem 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 à 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 Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1998, aprovou a implementação do

International Conference on Population and Development (ICPD) (ICPD+5)¹⁹, 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 pesquisa realizada pelo CREPOP do CFP indica que o trabalho da(o) psicóloga (o) com mulheres em situação de abortamento não é sistematizado e padronizado pela categoria. O escopo de atenção está concentrado na política pública de saúde e com recorte para os abortamentos previstos em Lei, ou seja, diz respeito a atuação em hospitais de referência para a realização do abortamento legal ou outros serviços voltados para a atenção às mulheres vítimas de violência sexual. Os atendimentos de mulheres que realizam o procedimento de modo inseguro no Brasil foram mencionados com receios e discrição.

A questão do abortamento apareceu, em parte significativa das falas, como um tema de difícil abordagem, tangenciado por contextos complexos, sobretudo envolvendo as moralidades em disputa pela sua concepção, o que atravessa as práticas de cuidado. Por outro lado, escutamos também profissionais que acolhem gestantes e puérperas que vivenciam perdas perinatais e neonatais. Nesse eixo trabalhamos com a possibilidade de gravidezes que não são concluídas de modo considerado ideal, seja pelo desejo de não ser mãe, pela tortura que significa levar a termo uma gravidez decorrente de violência sexual, pela dor de ter uma gravidez interrompida sem que esse seja o seu desejo ou ainda de vivenciar o luto de um bebê que vem a óbito. 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).

4.1 - Interrupção gestacional em caso de violência sexual

Dentre os países em desenvolvimento ao redor do mundo, com poucas exceções, quase todos têm leis que permitem que o abortamento seja realizado para salvar a vida da mulher (97%). Em cerca de 60% desses países, a legislação também permite que o abortamento seja praticado para preservar a saúde física, e em 55%

¹⁹ Confira na íntegra a [ICPD+5 Review](#) em United Nations Population Fund.

para preservar a saúde mental. Quando a gravidez resulta de violência sexual, esse número corresponde a 37% dos países, e 34% quando cursa com anomalia fetal. Razões sociais têm autorização para o procedimento em 19%. O abortamento voluntário, por exclusiva solicitação da mulher, é garantido por cerca de 16% dos países em desenvolvimento.

No Brasil, a legislação sobre o abortamento encontra-se entre as mais restritivas do mundo, sendo crime previsto pelo Código Penal nos artigos 124, 125, 126 e 127, com penalidades para a mulher e para o médico que o pratica. No entanto, de acordo com o Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940, incisos I e II do artigo 128 do Código Penal, não é crime e não se pune o abortamento praticado por médico quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, ou quando a gravidez resulta de estupro. 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, o Poder Judiciário passou a conceder autorização para o abortamento em casos de gestações com anomalias fetais graves e que costumam levar à óbito bebês após o nascimento, situação essa ainda não contemplada pelo Código Penal brasileiro. 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. O abortamento pode ser espontâneo, o que ocorre em 30% das gestações, ou induzido; pode também ser completo ou incompleto. É considerado incompleto quando permanecem restos ovulares e/ou membranas residuais do feto e/ou da gestação no interior do útero. Aborto corresponde ao produto eliminado através da interrupção da gravidez, enquanto abortamento refere-se ao processo de interrupção gestacional (BOZA, 2007; FAÚNDES & BARZELATTO, 2004; SANTIAGO, 2008). É importante mencionar que o Código Penal brasileiro não estabelece limite de idade gestacional ou peso fetal para os permissivos legais ao aborto induzido. Logo, a interrupção de uma gestação resultante de estupro, ou gestação que oferece risco de vida à gestante ou por anencefalia do feto podem acontecer a qualquer momento da gravidez,

havendo protocolos específicos que orientam sobre a dose do tratamento adequado para o aborto induzido em idades gestacionais mais avançadas²⁰.

O Ministério da Saúde normatiza os procedimentos a serem adotados por gestores e profissionais de saúde para o atendimento 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 2011, a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento²¹, em 2005, atualizada e ampliada em 2011, e a Norma Técnica Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos²², 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 complicações pós-abortamento. Ainda que sejamos uma profissão que está ocupando esses serviços, é significativa a lacuna nos currículos formativos sobre o acolhimento em razão de interrupção gestacional, o que se reflete nos desafios apresentados pela categoria ao longo da produção 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 possíveis efeitos da realização do abortamento para a saúde mental das mulheres, incorporando compreensões genéricas, com pouco ou nenhum respaldo na literatura acadêmica sobre o tema, reforçando noções do senso comum ou de perspectivas morais sobre as reverberações de uma interrupção gestacional:

“A gente sabe, por exemplo, quais são as consequências, né. Assim, eu mesma sei de um relato, né, nem foi do hospital, que veio ao hospital. Assim, de uma pessoa que eu conheci, e que ela tinha tido uma gestação... ficou grávida no período de faculdade, jovem ainda, ela e o namorado não se viram em condição 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

²⁰ 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.

²¹ Ministério da Saúde (2005): [Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica](#).

²² Ministério da Saúde (2014): [Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos : norma técnica](#).

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).

Estudos nos últimos 35 anos apontam o abortamento como procedimento saudável do ponto de vista emocional, e o procedimento não afeta desfavoravelmente a maioria das mulheres, existindo inclusive uma reação de alívio por parte delas, sendo o abortamento assimilado entre seis meses a um ano após sua realização. 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; DREZET & 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 outros aspectos envolvendo o entorno relacional e ao contexto de criminalidade encontrado em várias culturas e sociedades (GONÇALVES, 2019):

“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 visão limitada 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.

Nesse sentido, 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 transsexuais e pessoas não-binárias que vivem o desamparo de peregrinar por várias unidades de saúde, muitas vezes sem recursos para fazer essa busca. Nesse sentido, às 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:

[...] 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? Um 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 elencação 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 de cada mulher 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 de uma mulher que sofreu uma violência sexual. Este entendimento apareceu outras vezes na pesquisa, em que a posição da mulher 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) avaliar, neste sentido, a palavra das mulheres.

"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 deve-se 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**, é e 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 mulher 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, profissionais 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 aos direitos das mulheres 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 assistência 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 pericial²³.

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

²³ TORRES, J. H. R. Aspectos legais do abortamento. *Jornal da Redesaúde*, v. 18, p. 7-9, 1999.

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 dessas mulheres, adolescentes e crianças serem informadas 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 mulher esteja impossibilitada de expressar seu consentimento²⁴. 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 onde a mulher, em qualquer idade, não possa expressar sua vontade ou

²⁴ Frigério MV, Salzo I, Pimentel S, Gollop TR. 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.

não tenha condições de discernimento, a exemplo das pessoas com deficiência intelectual impossibilitadas de consentir.³³. 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 *stealth*. Trata-se da retirada do preservativo, durante a relação sexual, sem o consentimento da outra pessoa. De acordo com o artigo 215 do Código Penal brasileiro, essa prática caracteriza crime de violação sexual mediante fraude²⁵. É importante grifar que, nos casos em que há uma gravidez em menor de 14 anos, 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 artigo 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 gestante²⁶. 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, 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,

²⁵ Confira mais detalhes sobre [Stealth](#) pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios

²⁶ 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.

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 denuncia juntas no ministério público e defensoria pública, em 24 hs tinha uma ordem judicial pro serviço fazer o aborto das duas mulheres, e ai 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 e 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 transsexuais, cisgêneras ou ainda pessoas de expressão não binária; além de não desenvolver nem colaborar com culturas institucionais que violem direitos. (CFP, 2020).

4.2. Acolhimento pós-abortamento inseguro

De acordo com a OMS, o abortamento inseguro é causa direta de 67 mil mortes maternas a cada ano e responsável por quase 13% das taxas de mortalidade materna, o que justifica sua tipificação como grave problema de saúde pública (COHEN, 2009).

Aproximadamente oito milhões de mulheres a cada ano sofrem danos decorrentes do abortamento inseguro e, quase metade delas, enfrentam complicações de maior gravidade (DÍAZ, et al., 2003). A OMS define o abortamento inseguro como o procedimento para terminar uma gestação que é realizada por indivíduos sem as aptidões necessárias, em um ambiente que não vai ao encontro aos padrões médicos mínimos, ou ambos (GUTTMACHER INSTITUTE, 2009). Segundo a OMS, o abortamento inseguro representa um importante problema de saúde pública em todo o mundo, particularmente mais grave para os países em desenvolvimento e para aqueles com leis restritivas que proíbem sua prática. Entre todos os abortamentos inseguros, 97% são realizados em países em desenvolvimento e apenas 3% em países desenvolvidos.

Nos países da América Latina e do Caribe, onde o abortamento é totalmente proibido, ou restrito a poucas e específicas condições, a taxa de mortalidade materna alcança 24%. Evidências apontam que as legislações que proíbem e criminalizam o procedimento são ineficazes para reduzir sua incidência (MENEZES e 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, enquanto nos países onde não é criminalizado geralmente é oferecido de forma segura para as mulheres. Em pesquisas realizadas em 2010 (DINIZ & MADERO, 2010), 2016 (DINIZ et al., 2017) e 2021 (DINIZ et al., 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 maternos 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).

Indicadores sobre a magnitude do abortamento no Brasil apontam para cerca de 1.000.000 de interrupção de gravidezes por ano, entretanto, seu enquadramento penal impede que se consiga apurar sua real magnitude. Os resultados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2021 (DINIZ et al., 2023) apontam para o fato de que o procedimento é fenômeno frequente e persistente em nosso país, entre as mulheres de todas as classes sociais, níveis educacionais e religiões, sendo que, quase uma em cada sete mulheres brasileiras realizou, ao menos, um abortamento até os 40

anos de idade (DINIZ et al., 2021). Consta-se numa continuidade em relação aos índices encontrados na PNA de 2016 (DINIZ et al., 2016) que prevalece o uso de medicamentos, sendo o misoprostol o mais utilizado e em algumas vezes associado a uma outra medicação chamada mifepristone. O misoprostol é recomendado pela OMS para a realização de abortamentos seguros, e seu uso ajudaria na redução dos altos índices de mortalidade materna no Brasil.

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 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)²⁷. Devido à clandestinidade, às 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 maternas 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 essas mulheres. 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 às desigualdades que estruturam a sociedade brasileira, sendo aquelas que já vivenciam inúmeras injustiças sociais às mais afetadas pela falta de espaços onde possam interromper gestações de modo seguro (DINIZ et al., 2023; GÓES, 2019; MENEZES & AQUINO, 2009). A morte materna expressa a extrema negação dos direitos

²⁷ Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: [Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher.](#)

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), uma 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 que as 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 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 lembrar 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.

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 tá 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, ai entra naquela questão de que a gente tem ai, 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 ai a gente cai nesse coisa do cala a boca professor, que é essa lei ai 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 ta entrando, você ta ferindo a liberdade, o direito de cada cidadão ou seja ele menor, maior.” (Sudeste)

Considerando a realidade dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, 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 mulheres 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 Supremo Tribunal Federal (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) recuperam 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, 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 ferramenta 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 mulher atendida sem seu expreso 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 Conselho Federal de Psicologia 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.

4.3. 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 22^a 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. Ainda que esses fenômenos sejam recorrentes do ponto de vista epidemiológico, os espaços físicos das maternidades e os currículos dos cursos que formam profissionais da saúde aptos para lidar com a obstetrícia, desconsideram essa realidade (SALGADO,

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 mais complexos 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, e 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. 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 (o) 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, 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 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 e que visam 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, 2021). No entanto, no Brasil, exceto por algumas poucas publicações (SALGADO, 2018; SALGADO, 2021; POLIDO, 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 refere-se 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 e 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, 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 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, 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 (ex: batizado, benzimento, oração, extrema unção) dentre outros é fundamental e não haverá um 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 nº 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, 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 obstetras estão na linha de frente da assistência ao parto (SALGADO, 2021). Já no Brasil, o psicólogo, 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.

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, 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. Portanto, é necessário romper a barreira de preconceitos e crenças individuais e culturais dos 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.

4.4 Contribuições para a práxis da(o) psicóloga(o)

Uma gravidez, para além do aspecto fisiológico, é também uma experiência psicossocial que vai ser significada pela pessoa gestante a partir dos 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, de complicações pós abortamento ou de perdas perinatais ou neonatais, compete a(o) 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, tanto no seu processo decisório, como no seu processo de luto. Nesse sentido, destacamos algumas reflexões que podem colaborar na instrumentalização da nossa categoria no acolhimento em contexto de abortamento, de perdas perinatais e de óbito neonatal.

No que tange às situações 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 de cada uma dessas mulheres. Não é papel da(o) psicóloga(o) induzir mulheres a interromperem ou não a gestação a partir de suas convicções pessoais, mas sim acompanhá-las em seu processo decisório, acolhendo suas dúvidas, questões, expectativas e receios, refletindo conjuntamente com ela, em busca de uma decisão nítida e sem obstáculos, enfatizando que, qualquer que seja a conclusão que cada mulher alcance, 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 mulher atendida, 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 mulher 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), busca de 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 que essa gestação é mais uma das consequências de uma violência sofrida pela mulher, comumente marcada por sentimentos de vergonha, culpa e medo e que a ela não deve ser responsabilizada nem pela violência sofrida, tampouco pela gravidez e demais reverberações decorrentes da mesma. Nessa situação deve ser apresentado à mulher que ela possui três alternativas, 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, quando pertinente. Nessas circunstâncias, cabe à(ao) profissional oferecer acompanhamento psicológico humanizado, qualquer que seja a decisão final da mulher. Caso ela 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 mulher atendida, a necessidade de intervenção junto à família, comunidade e espaços de pertencimento, visando garantir sua autonomia no processo decisório e também 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.

Esse restabelecimento deve ser também prioridade no acolhimento de pessoas puérperas que lidam com o luto perinatal e neonatal. Precisamos considerar que a assistência ao parto oferecida às brasileiras, dentro de maternidades, já possui como marca a violência obstétrica e que a assistência ao parto oferecida para mulheres e familiares que estão vivendo o luto pela perda de uma gestação ou óbito de um bebê é de uma violência muito mais complexa, por ter em sua base aspectos culturais relativos não só ao nascimento, como também do luto e da ausência de protocolos específicos. Por este motivo, torna-se urgente capacitar/formar os profissionais e estabelecer diretrizes de acolhimento dentro de maternidades e dos serviços que acolham gestantes e puérperas e as(os) psicólogas(os) possuem um importante papel. Movimentos sociais compostos por pais enlutados pela perda de uma gestação ou pelo óbito de um bebê também possuem papel importante ao possibilitar o debate acerca da morte e deste luto específico e podem ajudar a(o) psicóloga (o) neste processo, bem como podem ser indicados pela(o) profissional para que os familiares possam seguir elaborando essa experiência.

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 amor 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, criar vínculo com ele e se despedir dele é a base para a criação de memórias e pode ser um elemento facilitador na elaboração do luto (POLIDO, 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, 2018). Além disso, toda a assistência recebida, desde a comunicação da má notícia, 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 de um filho.

Texto para consulta pública

ANEXO 01

Crimes descritos no Código Penal

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.

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 pelo agressor 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 agressor 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 menor de 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 menor 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 menor de 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 menor de 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 terceiro, 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 é 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 agressor 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 ISTs 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

Texto para consulta pública

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMO. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privado**. Edições SESC, 2010. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf Acesso em: 20 de fev de 2024.

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

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. 1. ed. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

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

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.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA- ANVISA. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO-RDC Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html . Acesso em 23 de dez de 2023.

AGÊNCIA 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 providências. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf Acesso em: 23 de dez. de 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 22/2020/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA**. Esclarecimento da Gerência 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 05 de março de 2024.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - APA et al. Answers to your questions about individuals with intersex conditions. **Washington DC: American Psychological Association**, Washington, 2006. Disponível em: <https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/transgender.pdf> Acesso em 21 de dez de 2023.

AMNESTY INTERNATIONAL. **First do no harm**: Ensuring the rights of children with variations of sex characteristics in Denmark and Germany. Londres, 2017. Disponível em: <https://www.amnesty.org/en/documents/eur01/6086/2017/en/> Acesso em: 21 de dez de 2023.

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 Aguiar. 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.

ASSEMBLY, Parliamentary. **RESOLUTION N° 2191 ON 12 OCTOBER 2017**. Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people. [s.n.], 2017. Disponível em: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=24232> Acesso em: 06 mar 2024

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

Atlas da Violência. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea; - Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Rio de Janeiro, junho de 2018.

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.

BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. **O que é cisgênero**. Transfeminismo 23 mar. 2014.

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

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

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

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

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 de março de 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 providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 05 de março de 2024.

BRASIL. **DECRETO Nº 1.973, DE 1º DE AGOSTO DE 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. 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 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/l9263.htm Acesso em 03 de ago de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, FEBRASGO e ABENFO. **Manual de Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, 2001. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf Acesso em: 21 de dez de 2023.

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. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf> Acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer**. Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf Acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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 de março de 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 às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 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. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual – perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 7. Brasília, 2005c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia.pdf Acesso em: 21 de dez de 2023

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 à 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. **RESOLUÇÃO Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html Acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **RESOLUÇÃO Nº 72 DE 15 DE JULHO DE 2008**. Dispõe sobre a adoção de procedimentos nos Hospitais de Referências ao Projeto de Resgate da Medicina Tradicional, quando da realização de partos na população indígena. São Paulo, 2008b. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-indigena/textos-e-documentos-da-area-tecnica-de-saude-indigena/resolucao_ss_72_de_15072008.pdf Acesso em: 21 de dez de 2023.

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_home_m.pdf acesso em 05 de março de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **PORTARIA Nº 1.820 DE 13 DE AGOSTO DE 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html Acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão 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 de março de 2024.

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/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf Acesso em 03 de ago de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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 à 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. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54. Distrito Federal**. Relator: Ministro Marco Aurélio. Brasília, 12 de abril de 2012. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334> acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf Acesso em 08 de ago de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à 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 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013c. Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
Acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 473, DE 26 DE ABRIL DE 2013.** Estabelece protocolo de uso do Doppler Transcraniano como procedimento ambulatorial na prevenção do acidente vascular encefálico em pacientes com doença falciforme. Brasília, 2013d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0473_26_04_2013.html#:~:text=Estabelece%20protocolo%20de%20uso%20do,em%20pacientes%20com%20doen%C3%A7a%20falciforme. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
acesso em 05 de março de 2024.

BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. **Relatório Final: Violência contra a mulher.** Brasília, 2013f. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496481> Acesso em: 03 de ago de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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://bvsms.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, 2015. Disponível em: https://bvsms.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 Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra.** Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v.7.pdf Acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika.** Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, Versão Preliminar. Brasília, 2016. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-atencao-a-saude-e-resposta-a-ocorrencia-de-microcefalia-relacionada-a-infeccao-pelo-virus-zika/>

Acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PORTARIA Nº 306 DE 28 DE MARÇO DE 2016**. Aprova as Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília, 2016. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2016/atencao-a-gestante-a-operacao-cesariana-diretriz.pdf> Acesso em: 21 de dez de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf acesso em 21 de dez de 2023.

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: 29 de fev de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DESPACHO/OFÍCIO Nº 017/19 – JUR/SEC**. posicionamento do Ministério da Saúde quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://bit.ly/2LcGgXI> Acesso em 03 de ago de 2023.

BULAMAH, Lucas Charafeddine; KUPERMANN, Daniel. A proscricção 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; 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

CARNAC, Romain. L'Église catholique contre «la théorie du genre»: construction d'un objet polémique dans le débat public français contemporain. **Synergies Italie**, n. 10, p. 125-143, 2014.

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.

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-APEJBQ> 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.

CERQUEIRA, Daniel; et al. **Atlas da violência 2019.** São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; Rio de Janeiro: IPEA, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019> Acesso em: 05 de março 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

CIELLO, Cariny, et al. Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossie da Violencia Obstetrica "Pariras com dor".** (2012). Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf> Acesso em 05 de março de 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.

COHEN, Susan A. Facts and consequences: legality, incidence and safety of abortion worldwide. **Guttmacher Policy Review**, v. 12, n. 4, p. 2-6, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **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 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 providências. Brasília (DF). Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei_1971_5766.pdf Acesso em 05 de março de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **RESOLUÇÃO Nº 1 DE 22 DE MARÇO DE 1999**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à 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. **RESOLUÇÃO Nº 1 DE 19 DE JANEIRO DE 2018**. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às 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. **RESOLUÇÃO Nº 08 DE 07 DE JULHO DE 2020**. Estabelece normas do exercício profissional da Psicologia em relação às 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 de março de 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 às bissexualidades e demais orientações não monossexuais. Brasília (DF), 2022. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-8-2022#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20resolu%C3%A7%C3%A3o%20estabelece%20normas,de%20uma%20identidade%20de%20g%C3%AAnero>. 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 REGIONAL DE PSICOLOGIA - CRP 06/SP. **Documento de Orientação CRP SP Nº 01/2016 - Frente ao atendimento de mulheres em situação de interrupção de gravidez**. São Paulo (SP), 2016. Disponível em: <https://transparencia.cfp.org.br/crp06/legislacao/documento-de-orientacao-crp-sp-no-01-2016-frente-ao-atendimento-de-mulheres-em-situacao-de-interruptao-de-gravidez/> acesso em 27 set 2022.

CONSELHO REGIONAL DE Psicologia - CRP 06/SP. **Nota Técnica e Orientativa do CRP SP: A Atuação Profissional de Psicólogas/os no Atendimento às Pessoas Intersexo**. São Paulo (SP), 2016. Disponível em: <https://www.crpssp.org/uploads/impresso/261249/TGhjAbcH8DUQ->

[1yKWcJB0gvqjNEstZv.pdf](#) Acesso em 05 de março de 2024.

CORRÊA, S. (2014). 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. p. 23-31

CORRÊA, 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 intersex, 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.

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.

DÍAZ, Soledad et al. Acceptability of emergency contraception in Brazil, Chile, and Mexico. 2-Facilitating factors versus obstacles. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 1729-1737, 2003.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto**. 3. ed. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2003.

DINIZ, Débora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1704-1706, 2013.

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.

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.

DREZETT, Jefferson; PEDROSO, Daniela. Aborto e violência sexual. **Ciência e Cultura**, v. 64, n. 2, p. 35-38, 2012.

FACCHINI, Regina. **Sopa de letrinhas: movimento homossexual e a produção de identidades coletivas nos anos 90**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

FAUNDES, 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**. Editora 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.

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.

FURTADO, Odair. 50 anos de Psicologia no Brasil: a construção social de uma profissão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 66-85, 2012.

GALLI, Beatriz; DREZETT, Jefferson; CAVAGNA NETO, Mario. Aborto e objeção de consciência. **Ciência e Cultura**, v. 64, n. 2, p. 32-35, 2012.

GARBAGNOLI, Sara. Le Vatican contre la dénaturalisation de l'ordre sexuel: structure et enjeux d'un discours institutionnel réactionnaire. **Synergies Italie**, n. 10, 2014.

GOES, Emanuelle Freitas. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. 2019. Tese (Doutorado em em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

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**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 99, p. 571-579, Dec. 2013

GOMES, Irene; MARLI, Mônica. As cores da desigualdade. **Retratos** - a revista do IBGE. Brasília: IBGE, n. 11, p. 14-19, 2018.

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** p. 98-106, 2019.

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; BORGES, Claudia Andréa Mayorga. 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.

GONZAGA, P. ; GONÇALVES, L.; MAYORGA, C. (orgs). **Práticas Acadêmicas e Políticas sobre Aborto**. Belo Horizonte: CRP 04, p. 07-13, 2019.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, p. 223-244, 1984.

GUTTMACHER INSTITUTE. **Facts on abortion and unintended pregnancy in Latin American and the Caribbean**. New York: Guttmacher Institute; 2009.

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.

INTER-AMERICAN COMMISSION ON HUMAN RIGHTS. (2018). Avances y desafíos hacia el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI en las Américas: Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de diciembre de 2018 / Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

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_AOmd0T1LUgGWlclRI 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. In **W. Mignolo, Género y decolonialidad** (pp. 43-64). Del Signo. 2014. 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.

LAQUEUR, Thomas; WHATELY, V. **Inventando o sexo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

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.

LEE, Peter A. et al. Global disorders of sex development update since 2006: perceptions, approach and care. **Hormone research in paediatrics**, v. 85, n. 3, p. 158-180, 2016.

LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo et al. Violações de direitos humanos nos procedimentos normalizadores em crianças intersexo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, 2023.

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 acessos em: 05 de março 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.

LIMA, Mariana Ramos Pitta. **Práticas e significados em torno da ultrassonografia obstétrica e aborto em Salvador-Brasil**. 2016. 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

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.

MACHADO, Paula Sandrine. **O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade**. 2008.

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.

MARACCI, João Gabriel; FAVERO, Sofia. Por que Falamos em cisnormatividade. **Le Monde Diplomatique Brasil**, v. 9, 2022.

MAURO, CABRAL et al. Interdicções. Escrituras de la intersexualidad en castellano. **Mauro Cabral Edición. Amarres Editorial. Córdoba**, 2009.

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., São Paulo , 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.

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.

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.

MOURA, Clóvis. **Sociologia do negro brasileiro**. Editora Perspectiva SA, 2020.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**, 2004.

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. Dissertação de mestrado. 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.

NIY, Denise Yoshie et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180074, 2019.

NIY, Denise Yoshie. Desafios para a implementação de uma assistência "amiga da mulher": a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo. 2018.

NÚÑEZ, Geni. Descolonização do pensamento psicológico. **Plural**, Florianópolis, 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 anti gênero 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 Disponível em <https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/E-book-SOGI-21102021.pdf> Acesso em: 21 de dez de 2023.

OLIVEIRA J. Código Penal. 25ª edição. São Paulo: Saraiva; 1987. 486p.

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 de março de 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 DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Países aprovam declaração sobre direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas**. 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/paises-aprovam-declaracao-sobre-direitos-sexuais-e-reprodutivos-de-mulheres-e-meninas/> Acesso em 01 de ago de 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Intersex awareness. Campanha Free&Equal, do Escritório do Alto Comissariado de Direitos Humanos da ONU. Disponível em: https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/discrimination/lgbt/BackgroundNoteHumanRightsViolationsagainstIntersexPeople_PR.pdf Acesso em 05 de março de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Aborto sin riesgos : guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2ª ed. Organización Mundial de la Salud. , 2012. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77079>

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.

OYEWÙMI, O. (2004). Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. IN: Oyewùmi, O. O African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms. CODESRIA Gender Series (Obra original publicada em 1997).

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.

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_eb147c28c9f94840809fa9528485d117.pdf?index=true#:~:text=A%20violência%20institucional%20na%20atenção%20sexual%20e%20se%20expressa%20de acesso em: 29 de fev de 2024

PASSORI, P. D.; GONZAGA, P. R. B. “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. **Gênero na Amazônia**, Belém, n. 20, jul./dez., 2021 <https://periodicos.ufpa.br/index.php/generoamazonia/article/view/13347/9286>

PEDROSO, Daniela. Aborto e saúde mental. **Ciência e Cultura**, v. 64, n. 2, p. 38-39, 2012.

PEDROSO, D. Aborto e Psicologia. Publicação oficial da Associação Juízes para a Democracia. 2017; 17(75). ISSN 2358-4653.

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.

PELÚCIO, Larissa. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. **Saúde e sociedade**, v. 20, p. 76-85, 2011.

POLIDO CBA, Salgado HO. Luto Perinatal. In: Ferreira ALF, Barbosa, SMM, Iglesias SBO. Cuidados Paliativos Pediátricos. Rio de Janeiro: Medbook; 2022. p.302-08.

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.

PRADO, Marco Aurélio Máximo; CORREA, Sonia. Retratos transnacionais e nacionais das cruzadas antigênero. **Revista Psicologia Política**, v. 18, n. 43, p. 444-448, 2018.

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 Latinoamericanas**. Buenos Aires: Clacso, p. 107-126, 2005.

ROGHI, Vanessa. Come abbiamo creato l'ideologia gender. **La ricerca**, p. 30-35, 2015.

ROSS, Loretta J. Reproductive justice as intersectional feminist activism. **Souls**, v. 19, n. 3, p. 286-314, 2017.

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.

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.

SANTIAGO, Ricardo Cabral. Saúde da mulher e aborto. *In*: MAIA, Mônica Bara. (Org.). **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

SANTOS, Abrahão 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*, 72(11), 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.

SCHIAVON, Amanda de Almeida. Legislando infâncias: coprodução da criança intersexo enquanto sujeito de direitos. 2020.

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.

SEIDMAN, Steven (2007). Identity and politics in a “Postmodern” Gay Culture: some historical and conceptual notes. In: WARNER, Michael (Org.). *Fear of a queer planet: queer politics and social theory*. Minneapolis: University of Minneapolis Press, p. 105-142.

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**, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.9771/cgd.v5i3.30596>

SILVA, Juliana Guimarães 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.

SINGH, Susheela et al. **Abortion worldwide: a decade of uneven progress**. Guttmacher Institute, 2009.

SIMAKAWA, Viviane Vergueiro. Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. 2016.

SOUZA, Karina Junqueira de. Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014.

SOUZA, Raquel; ALVARENGA, Augusta Thereza de. Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 125-132, Aug. 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.

TORRES, J. H. R. Aspectos legais do abortamento. **Jornal da Rede saúde**, v. 18, p. 7-9, 1999.

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. **ICPD+5 Review**. 1998. Disponível em: <https://www.unfpa.org/events/icpd5-review> Acesso em: 07 de mar de 2024.

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. acesso em: <https://ufmg.br/comunicacao/assessoria-de-imprensa/release/pesquisa-coordenada-pela-ufmg-revela-alto-indice-de-subnotificacao-de-violencia-contras-as-mulheres-no-brasil> 20/02/2024.

VERGUEIRO, V. **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-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.

WARNER, Michael (1993). *Fear of a Queer Planet: Queer Politics and Social Theory*. U of Minnesota Press.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e sociedade*, v. 25, p. 535-549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. (2021). *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*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/341337>

WHO, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF (colaboração entre as agências). *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*. World Health Organization, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/>. Acesso em: 20 de dezembro de 2020.

WITTIG, Monique. **O pensamento hétero e outros ensaios**. Autêntica Editora, 2022.

World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42788> Acesso em 03 de ago de 2023.

WPATH. Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero. *Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero*. <https://www.wpath.org/publications/soc>

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.

Texto para consulta pública

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 - Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Programas de Atenção a Mulheres em Situação de Violência.

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+.