

CONTROLE SOBRE NASCIMENTOS E DIREITOS REPRODUTIVOS EM PROCESSO DE AFIRMAÇÃO HISTÓRICA

Data de submissão: 19/02/2025

Data de aceite: 05/03/2025

Paloma Leite Diniz Farias

Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismos da Universidade Federal da Bahia (PPGNEIM/UFBA). Mestra em Ciências Jurídicas, na área de concentração em Direitos Humanos, pela Universidade Federal da Paraíba (PPGCJ/UFPB)
<http://lattes.cnpq.br/7115434525885093>
<http://orcid.org/0009-0008-6514-2970>

1 | INTRODUÇÃO

Até 1759, quando o esqueleto feminino foi objeto de estudo e de detalhamento, imperou a ideia de que a mulher era um “homem imperfeito”. Há pouco tempo, pois, que a vagina passou a ser entendida não como uma inversão do pênis, mas como órgão diverso, e foi individualmente nomeada. A premissa de o corpo humano baseado não somente na diferença, mas na existência de um tipo original e no/s seu/s desvio/s, não ficou de todo no passado, mas aperfeiçoou-se pelo argumento de autoridade científica.

O modelo sexual binário enalteceu a oposição entre os sexos, a fim de satisfazer a ideologia liberal burguesa, destituindo as mulheres do espólio revolucionário e do seu lugar nos novos espaços de poder e decisão, senão para lhes designar a atividade da reprodução biológica e social, porque, teoricamente, teriam os corpos e sentimentos necessários para a tarefa. A sacralização da maternidade, entretanto, nunca foi devotada a todas as mulheres, e as exigências postas pelo sistema de produção capitalista têm tornado desigual o modo como exercê-la, em prejuízo, inclusive, da própria infância.

Por tais considerações, o presente trabalho tem como objetivo entender a relação histórica de (necro)biopoder que o Estado capitalista estabelece com os corpos dos indivíduos, em especial os das mulheres, no exercício do controle sobre nascimentos, populações e força de trabalho e, com isso, avaliar a dinâmica que envolve mulheres e violências, notadamente a violação dos seus direitos reprodutivos.

2 | MANIPULAÇÃO CIENTÍFICA E (NECRO)BIOPOLÍTICA DOS CORPOS COM ÚTERO

Se, como adverte Gerda Lerner (2022), durante muitos séculos, o trabalho feminino possibilitou as potencialidades intelectuais, profissionais, artísticas e existenciais masculinas, à revelia do desenvolvimento das próprias mulheres, não é demais dizer que todo esse talento, em verdade, acabou por voltar-se contra si (nós).

Com efeito, a ciência moderna foi construída a partir de um binarismo ideológico, que, a um só tempo cria(va) e alimenta(va) desigualdades, as quais, no campo social, se desdobraram na divisão hierárquica dos papéis de gênero, raça, etnia e outros. “[...] Não por acaso, a crítica à ciência tem figurado, desde há muito, como um dos principais pontos nas agendas feministas” (Sardenberg, 2002, p. 1).

A promessa iluminista de uma perspectiva científica neutra, é fato, nunca se concretizou e nem teria como. Afinal, o/a produtor/a do conhecimento é um sujeito histórica e geograficamente situado, também constituído da mediação entre “ser genérico” e “ser individual” e, portanto, o alcance da universalidade exprime uma ambição inexecuível.

Nas diversas áreas do conhecimento científico, dominadas desde o início por homens, tanto a escolha dos objetos de estudo quanto a influência dessa eleição nos resultados da pesquisa repercutem as perspectivas políticas e estruturais do meio em que está inserida a pessoa que a realiza e, nesse aspecto, o olhar gendrado marcadamente acentuado da sociedade ocidental moderna não lhe escapou.

Quanto à medicina, especificamente, o interesse sobre a anatomia feminina e a saúde da(s) mulher(es) foi relegado até, pelo menos, o século XVIII, quando os corpos passaram a ser retratados para além da questão genital.

Em 1543, o médico belga Andreas Vesalius, radicado na Itália e considerado o pai da anatomia moderna, ministrava aulas com a utilização de manequins de papel, um representando “o homem” e o outro, “a mulher”, “vestidos” com os respectivos órgãos. Vale ressaltar que o primeiro manequim exibia os músculos, enquanto o segundo, os nervos. No mais, nenhuma outra distinção que não fosse reprodutiva foi representada a partir daquele recurso metodológico. Assim, “Vesalius estabelecia um padrão que persistiu até o presente: os corpos de homens e mulheres são considerados biologicamente intercambiáveis” (Schiebinger, 2001, p. 208).

Não se tratava de desconhecimento propriamente dito, vez que, já desde o século XIV, os corpos de mulheres eram dissecados, conforme demonstram o *Montpellier Codex* de 1363 e os estatutos de 1442 da Universidade de Bolonha (Schiebinger, 2001). Porém, como médico, ele não se dedicava ao tratamento da saúde, sobretudo das mulheres. Tal cuidado foi praticado, na verdade, durante centenas de anos, por parteiras, que não teorizaram sobre as diferenças sexuais. Sua atividade era muito mais informada pela

prática da própria assistência, não sendo possível confrontá-la com o modelo formulado pela medicina ocidental.

Porém, há de se destacar que o serviço de saúde prestado por elas e as técnicas utilizadas a partir de uma experiência milenar, transmitida através da oralidade, em muito, se diferenciava da prática dos seus sucessores, os obstetras. Enquanto aquelas se dedicavam ao suporte à mulher, durante todo o ciclo de gravidez, parto e puerpério, estes, os médicos, restringiam o atendimento ao processo de parturição, experimentando métodos de intervenção variados.

A substituição das parteiras tradicionais¹, na Europa do século XIX, significou não apenas o retrocesso da qualidade da assistência a gestantes e parturientes, mas também a perda do controle reprodutivo e contraceptivo, quando se perderam o conhecimento e o acesso a vários métodos para evitar uma gravidez indesejada. “Como resultado, as mulheres europeias do século dezanove tiveram mais filhos que suas avós e entendiam menos acerca de seus corpos” (Schiebinger, 2001, p. 210).

Por essa razão, a medicina tradicional pode ser considerada uma forma de cerceamento e submissão a um tipo de conhecimento especializado ao qual mulheres, principalmente as de origem popular, não tinham acesso.

O que se há de ressaltar, nesse aspecto, é que o conhecimento interdito às mulheres e a invalidação do que elas mesmas acumularam em milhares de anos tornou o ambiente clínico e acadêmico sobremaneira hostil aos seus interesses e empreendimentos intelectuais. A associação do seu mister à natureza que o projeto capitalista intentava dominar, com o método científico, acabou justificando a persistência da sua rejeição, mesmo após a consagração do racionalismo filosófico.

Vale salientar que o modelo de assistência à saúde de mulheres praticado, mesmo quando passou a ser medicalizado, não era o hospitalar. O próprio hospital em si, até o século XIX, não era o ambiente próprio para o tratamento terapêutico; o lugar natural da vida ou da doença, para o entendimento médico de então, era a família.

A institucionalização do cuidado em si só ocorreu após o período clássico, quando os médicos foram incorporados à dinâmica hospitalar para uma intervenção com finalidade de cura. Antes disso, a prática de internação em hospital tinha finalidade mais política, sanitária e, por vezes, de correção do/a paciente, cujo corpo estaria padecendo das impurezas provocadas pelo seu comportamento pecaminoso. Outrossim, o ambiente hospitalar, à época, também era concebido como um lugar da pobreza e de sua respectiva gestão (Foucault, 1977).

O modelo médico-institucional surgiu quando as epidemias, que não se tratavam de um fenômeno novo, passaram a ser tomadas como problema de saúde geral do povo,

1 Londa Schiebinger (2001, p. 210) faz questão de salientar que, num primeiro momento da modernidade, contudo, o trabalho das parteiras não estava a serviço da dignidade das mulheres: “as parteiras eram geralmente empregadas pela igreja ou governos locais para regularizar nascimentos ilegítimos, às vezes até mesmo forçando a mulher durante as dores do parto a revelar o nome do pai”.

exigindo-se do Estado a execução de medidas de controle, reestruturando o hospital como lugar para, além da cura de doenças, exercício dessa finalidade.

Foi no final do século XIX, portanto, que o parto acabou sendo também hospitalizado, com a criação de maternidades e hospitais para mulheres em países da Europa e nos Estados Unidos. No Brasil, o fenômeno ocorreu um pouco mais tarde, já no século XX, “quando as reformas sanitárias se tornaram mais intensas e a medicalização do parto foi vista como uma das estratégias de civilização da população” (Palharini; Figueirôa, 2018, p. 1040). Não por acaso, o processo brasileiro de medicalização do parto (não de hospitalização) começa pelo atendimento de mulheres escravizadas, pobres, prostitutas e mães solteiras e, sobre esse fato, é impossível deixar de observar o aspecto utilitarista da medida, de marcada ideologia tecnicista, em que foram instrumentalizados determinados corpos para o experimento das intervenções.

A obstetrícia médica foi, de fato, hospitalizada no contexto entre guerras do século XX, quando as contingências sócio-políticas aumentaram a necessidade de investimento na criação de hospitais. Para além da questão material, outras mudanças simbólicas precisaram acontecer para a legitimação do novo modelo de assistência:

Uma cultura de sucesso do parto por meio da intervenção médica foi se constituindo ao lado de políticas que evidenciavam uma disputa de poder de mercado, até então compartilhado harmonicamente entre cirurgiões e parteiras, já que cada um exercia o seu papel em momentos diferentes. (Palharini; Figueirôa, 2018, p. 1041).

O fortalecimento do capitalismo industrial e o domínio de um instrumental tecnológico, notadamente o fórceps, para a diminuição dos riscos de morte materna e neonatal, somados à ideia de que, através da assistência médica e hospitalar, era possível diminuir o “sofrimento” do processo natural de parturição, foram essenciais no sentido da idealização do novo modelo de assistência à saúde reprodutiva.

No entanto, há pesquisas que contrariam essa informação de que as intervenções médicas e a instrumentalização do parto teriam realmente acarretado redução de danos para gestantes e recém-nascidos, apontando o aumento em seis vezes do número de mortes maternas em ambiente hospitalar, na Inglaterra do final do século XIX (Palharini; Figueirôa, 2018).

De mais a mais, “o preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de *sujeito* para *objeto* no processo do parto e nascimento” (Nagahama; Santiago, 2005). O estabelecimento da obstetrícia como disciplina médica trouxe, em seu bojo, a perda de autonomia e de protagonismo da mulher, já que inserida numa nova relação institucional, marcada pela hierarquização, pela ordem e pela disciplina, que faziam inserir a paciente numa lógica de “linha de produção”. “[...] Simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade,

por meio do *cerimonial de internação* (com) separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais” (Nagahama; Santiago, 2005).

Quando Foucault dissertou sobre a noção de dispositivo da sexualidade, o filósofo pós-estruturalista identificou que, em certo momento histórico, ele foi estrategicamente utilizado pela classe dominante – no caso, a burguesa – a fim de definir uma identidade, por meio do sexo, conforme o projeto político que se pretendia implantar, investindo contra os corpos femininos a caracterização do *Outro* a ser controlado. O primeiro movimento de domínio foi endógeno mesmo, para regular as novas dinâmicas relacionais entre mulheres e homens burgueses e, a partir dele, forjado o valor de seu próprio corpo e modo de vida, tornam-se o paradigma universal para outras classes e povos. Todo dispositivo, pelo seu caráter histórico, serve também a um propósito do seu tempo, mas foi no século XVIII que se criaram as necessárias condições para construção desse *Outro* dissonante como não ser (Foucault, 2024).

Relações de poder variadas (e não somente aquela estabelecida entre o Estado e súditos/as) são sustentadas pelo conhecimento produzido, numa dinâmica de articulação em que ambos se retroalimentam, a produzir dispositivos diversos, aptos a criarem padrões e modos de desvio, inclusive, no que toca à experiência de gerar, parir e cuidar.

Nesse sentido, vale dizer ainda que dispositivos distintos operam em conjunto para constituir uma outra ferramenta divisória, a qual, na esteira do que defende Fabiana de Amorim Marcello (2004), referimos como dispositivo de maternidade, em cuja formação podem ser percebidos os influxos de outros aparelhos no campo da sexualidade, da racialidade, da etnicidade, entre outros; todos confluindo para, na prática, estabelecer a identidade padrão de quem pode ser mãe e *as outras*, sobre as quais deve recair maior controle.

O sujeito-mãe constituído por esse dispositivo é viabilizado, sobretudo, pela manifestação do que não deve ser. Considerando que o estatuto da maternidade em si diz respeito a uma convenção social, sua definição é muito mais enunciada pelos regimes e curvas de visibilidade, os e as quais se encadeiam de forma dizer aquilo que difere do hegemônico. Tornar tais “modalidades (de) maternidades algo visível [...] diz respeito a procedimentos concretos de objetivação discursiva, de apreensão e de investimento tático do poder sobre os corpos” (Marcello, 2004, p. 202).

As linhas de força do mesmo dispositivo não pretendem, portanto, aprimorar as semelhanças entre as diversas formas de exercer o maternar, mas constituir e enaltecer as diferenças entre elas, bem como, na constatação do/as que é/são desviante/s, proporcionar a sua objetivação para incidência do poder e do conhecimento. Dessa forma, “[...] o diferente é traduzido a partir da e pela exposição de mães-homossexuais, de mães-solteiras, de mães-adolescentes, enfim, de uma incessante produção de lógicas de diferença” (Marcello, 2004, p. 205). E, assim, em articulação com o biopoder, criado e praticado pelo Ocidente, define quais vidas maternas devem ser preservadas ou não.

Segundo Foucault, o modo pelo qual se passa a exercer o biopoder, a partir do século XIX, difere do que, até então, exercia a soberania estatal, no sentido de que o “fazer morrer e deixar viver” é substituído pelo “fazer viver e deixar morrer”. Até o regime absolutista, a norma disciplinar incidia sobre o indivíduo (considerado singularmente), julgando bastante, no controle sobre o corpo, a disposição da vida das pessoas. Doravante, com o que o autor chama de “estatização do biológico”, busca-se regulamentar a existência e os seus respectivos processos (nascer, crescer, reproduzir e morrer), na dimensão da coletividade, para, na consolidação do sistema de produção capitalista, melhor poder gerir a riqueza e os respectivos meios de produção.

Esse novo modo de exercer o poder, na verdade, não substitui o anterior, mas atua em complementariedade; o direito de matar do Estado não é recusado e, em alguns contextos, mantém-se legitimado como estratégia de punição. Como afirma Berenice Bento (2018), aliás, o Estado continuaria sendo fundamental na distribuição diferencial do reconhecimento de humanidade.

Nesse sentido, a autora trabalha com o conceito de necrobiopolítica², o qual, em contraposição a mecanismos de ação de governabilidade estatal, designa a política de violência e promoção da morte em relação aos grupos e identidades abjetas. Governabilidade e soberania, portanto, se estabelecem de forma dependente e sincrônica, garantindo a alguns de seus cidadãos/ãs o direito de viver, enquanto outros/as serão submetidos/as a políticas de morte, implementadas com densidade e sistematicidade.

Em consequência, capturada pela nova ordem, a medicina passará a exercer um papel fundamental na orientação das novas regras para fruição da saúde e eventos próprios do que significa estar vivo/a, como nascimento, reprodução e morte. O poder médico atua justamente sobre os corpos, e os seus agentes estão investidos da autoridade de quem detém o saber e não pode, em tese, ser questionado. “O saber produz verdades que se instalam e se revelam nas práticas discursivas” (Serra; Batalha, 2019, p. 86).

O parto, então, passa a ser disciplinado, com a declarada pretensão de domínio do útero, a partir de celebradas, mas muitas vezes desnecessárias, intervenções. O discurso masculinista reverbera em práticas que, em tese, serviriam para acelerar o parto vaginal, e até mesmo a recomendação da cirurgia para “preservar” o assoalho pélvico se tornam rotina no novo contexto de atendimento obstétrico hospitalar e evidenciam todas as características de biopoder referidas acima.

As fissuras forjadas pela biopolítica e o dispositivo de maternidade criam, entre as mulheres, devido ao processo de manipulação os seus processos reprodutivos, um regime de dupla cidadania³. Isso remete à noção de que, mesmo quando tratadas pelo sistema de

2 “O conceito de biopoder de Michel Foucault (1999), como técnica de governo que tem como objetivo “fazer viver, deixar morrer”, é recorrente. Mais recentemente, os textos de Giorgio Agamben (homo sacer/vida nua), de Achille Mbembe (necropoder), de Judith Butler (vidas precárias, abjeção e vulnerabilidade), de Spivak (subalternidade e discurso) passaram a compor o cânone do que se pode chamar de uma ciência social das identidades abjetas, identidades que são a alma das necrobiopolíticas do Estado” (Bento, 2018).

3 Ao discorrer sobre a específica questão do aborto, Alessandra Teixeira e Mel Bleil Gallo (2021, p. 58) afirmam: “De

saúde como um objeto de proteção, dispõem ainda de alguma agência e de recursos de informação e autodeterminação, enquanto outras se tornam vítimas das maiores violações, em função da sua dependência em relação ao serviço prestado pelo Estado.

3 | A GÊNESE DA LUTA POR DIREITOS REPRODUTIVOS E SUAS CONTRADIÇÕES

A reivindicação dos direitos reprodutivos, como a faculdade de as mulheres decidirem livremente sobre ter filhos ou não, bem como o número e as circunstâncias da concepção, só foi possível quando, política e coletivamente organizadas em movimentos sociais, já reclamavam pela afirmação de um plexo de prerrogativas gerais, consistentes em direitos individuais e políticos inicialmente negados, no estabelecimento do Estado Moderno.

Sarah Moore Grimké, abolicionista estadunidense considerada mãe do movimento pelo sufrágio feminino, defendia abertamente o direito das mulheres à abstinência sexual e o casal Lucy Stone e Henry Blackwell, ativistas dos mesmos movimentos, se uniram em cerimônia que ficou conhecida como “casamento emancipado”; na ocasião, protestavam contra a negação de direitos como nome e propriedade às mulheres casadas, com a promessa do nubente de não impor à sua consorte os seus desejos sexuais (Davis, 2016).

Na medida em que avançava a pauta sobre o sufrágio feminino, o debate sobre maternidade voluntária também ganhava espaço. No início do século XX, a enfermeira obstetra e feminista Margaret Higgins Sanger, também dos Estados Unidos, escreveu sobre autonomia reprodutiva e emancipação feminina na revista *The Woman Rebel*, fundada em 1914.

Junto a outras ativistas, entre elas as britânicas Stella Browne e Marie Stopes, foi dado início ao movimento de reivindicação pelo planejamento familiar garantido pelo Estado, por meio da oferta pública de contraceptivos. A essa altura, alguns métodos, tais como a laqueadura (1881), o diafragma (1882) e o dispositivo intrauterino (DIU) (1909), já haviam sido criados (Vick, 2021). Vale ressaltar que esse foi um período marcado pela expansão capitalista, demográfica e também urbanística, mobilizando atenção acerca da taxa de natalidade e da conscientização em favor a “maternidade voluntária”.

[...] os novos sonhos das mulheres de seguir uma carreira profissional e outros caminhos de autodesenvolvimento fora o casamento e da maternidade só poderiam ser realizados se elas conseguissem limitar e planejar suas gestações. Nesse sentido, o slogan da “maternidade voluntária” continha uma visão nova e autenticamente progressista da condição da mulher. Ao mesmo tempo, entretanto, essa visão estava rigidamente associada ao estilo de vida

Zordo (2016) revela como tais mecanismos são capazes de manipular a popularização do misoprostol e estabelecer um regime de dupla cidadania reprodutiva, que hierarquiza mulheres entre supercidadãs e subcidadãs, a partir de dispositivos locais e globais de segregação social baseados em classe, raça, etnia, capacidades físico-mentais e nacionalidade. Entre as supercidadãs, estão as mulheres com recursos para acessar informações e medicamentos de procedência confiável e realizar procedimentos clandestinos de forma independente e, quando necessário, alheia ao poder público. E, entre as subcidadãs, estão aquelas de segunda categoria, expostas às mais variadas violências institucionais por não terem acesso aos mesmos recursos e dependerem, portanto, diretamente do Estado”.

de que gozavam as classes médias e a burguesia. (Davis, 2016, p. 210).

O acesso a esse novo mercado de trabalho e aos demais ganhos auferidos a partir da possibilidade de consumo não foi, porém, equitativamente garantido a todas as mulheres, sendo necessário analisar esse fenômeno sob recortes específicos de raça e classe, precipuamente. A taxa de natalidade de crianças brancas experimentou uma queda significativa, naquele contexto de urbanização e de industrialização, e, assim, o chamado fantasma do “suicídio de raça” alcançou a institucionalidade e as preocupações governamentais. Constam registros de discursos oficiais, como o proferido por Theodore Roosevelt, 26º Presidente dos Estados Unidos, que, no ano de 1905, declarou a necessidade de manutenção da pureza da raça naquele país (Davis, 2016).

Tal narrativa alcançou o movimento feminista, mesmo que de maneiras distintas, revelando contradições entre os grupos internos. Para as que constituíam o segmento hegemônico, identificadas com as aspirações supremacistas, a tese do “suicídio da raça” apoiava a política de natalidade exatamente no aspecto em que se confundia como mecanismo de controle da população pobre e negra, ao argumento de haver um dever moral das mulheres naquela situação em manter pequeno o tamanho de suas famílias.

O movimento eugenista facilmente se popularizou no interior das sociedades capitalistas, a fim de justificar o projeto de expansão imperialista por sobre os países da América Latina, da Ásia e da África. A miséria que assolava a população negra daqueles países não era tratada como consequência da própria política econômica e da falta de reparação, como medida de justiça pelos séculos de exploração escravagista, mas decorrente da condição própria de inferioridade racial, que ameaçava a situação social de pessoas brancas.

Com essa preocupação explícita com aspectos da evolução humana e a transmissão hereditária de características físicas e intelectuais, elaborou-se a eugenia, no final do século XIX, como um programa de investigação científica, rapidamente popularizado como prática política de segregação. Seu criador, Francis Galton, inspirou-se na teoria da evolução da espécie, elaborada por seu primo Charles Darwin (Teixeira; Silva, 2017).

Seu declarado objetivo, portanto, era a melhoria da espécie humana, a partir do processo de seleção natural, através de aplicação de técnicas sociais que acelerariam o que a própria natureza vinha realizando.

Entre as estratégias para assegurar o branqueamento dessas sociedades que acabavam de abandonar o sistema econômico escravagista, encontrava-se o controle da “ameaçadora” capacidade reprodutiva das mulheres negras, cuja fecundidade recebeu especial preocupação dos mecanismos eugenistas. Dessa forma, a violência já presente no cotidiano da população negra através da repressão policial também foi largamente utilizada com o mister de reprimir a sua concepção, sobretudo com a aplicação de técnicas médicas.

A primeira esterilização cirúrgica foi realizada nos Estados Unidos, em 1907, exatamente ao tempo em que o movimento eugenista alcançava maior popularidade e influência junto à campanha pelo controle de natalidade. A própria Margaret Sanger afirmou em periódico da *American Birth Control League*⁴ que deveriam ter mais crianças as pessoas aptas, estas consideradas dentro do padrão supremacista branco.

O que se verifica, no caso, é uma inversão de valores no que se refere à culpabilização de mulheres por sua condição de saúde ou socioeconômica, sem o questionamento da responsabilidade por, no mínimo, omissão do Estado, na oferta de suporte ao exercício da maternidade. É dizer que, sem reconhecer as demandas maternas e sem oferecer os necessários meios materiais para o desempenho, com qualidade, do cuidado de crianças, a sociedade antecipa a punição dessas mulheres, a pretexto de prevenir futuros problemas sociais.

Vale salientar que políticas de controle de natalidade são diferentes das de planejamento familiar, notadamente quanto à sua intencionalidade. Enquanto estas pensam a gravidez e o nascimento, bem como as condições ambientais em que ocorrem, como questões de interesse social, sem, contudo, exercer o controle reprodutivo e da maternidade a partir de um conceito abstrato relativo à aptidão, aquelas, como visto, se pretendem a destruir, ainda que parcialmente, grupo/s populacional/is.

Em relação ao aspecto colonialista das políticas de reprodução, vale salientar que, durante os anos 1960, o governo estadunidense condicionou sua ajuda à América Latina à execução de medidas que visassem conter uma explosão demográfica, ocorrida na época. “Tais políticas tinham um nítido caráter neomalthusiano: o controle de natalidade era concebido como a solução para o problema da pobreza e do subdesenvolvimento” (Barroso, 1987, p. 56).

Apesar de as medidas de controle terem fracassado, a imposição por si mesma representava uma intromissão indevida e um flagrante desrespeito à autonomia dos países do Hemisfério Sul.

Diante desse padrão masculinista, racista e imperialista de abuso sexual e reprodutivo, o engajamento das mulheres negras ativistas nos movimentos feministas em prol do aborto, nos idos de 1970, foi prejudicado pela precariedade ou quase ausência do debate em relação ao caráter eugenista da prática de esterilização compulsória. Isso porque tenderia a se repetir no caso da institucionalização da política de interrupção voluntária da gravidez, marcada por uma gramática individualista de autonomia reprodutiva.

O contraponto à ideologia da maternidade compulsória trazido pela problematização desse papel social como um destino inarredável e a necessidade de compatibilização com outros muitos encargos impostos às mulheres⁵ é, em si mesmo, um avanço inegável e

4 Em português, “Liga Estadunidense pelo Controle de Natalidade”.

5 “Em contraste com a década de 1950, as mulheres estadunidenses hoje estão dispostas a renunciar à maternidade, até ao ponto de aceitar a esterilização para manter um emprego, em vez de se submeter ao trabalho e aos sacrifícios associados à criação dos filhos. A redução do trabalho doméstico também se evidencia pelo crescente número de

muito característico do período em que se reivindicava uma maior participação feminina nos destinos da coletividade.

É, portanto, uma reivindicação histórica e necessária para os movimentos feministas no mundo todo, inclusive pelos benefícios que, para além da descriminalização da prática, a oferta de serviços de saúde por meio de políticas públicas é capaz de trazer para os diversos grupos de mulheres empobrecidas, evitando a mortalidade e a morbidade maternas relacionadas ao aborto inseguro realizado clandestinamente.

Porém, a consciência empírica das mulheres negras a respeito da exclusão do aspecto racial no debate público já lhes informava sobre o risco de a pauta ser posterior e novamente instrumentalizada como estratégia de eliminação.

A partir da década de 1980, mesmo iniciado o processo de redemocratização, o quadro de erosão de valores republicanos e com as frequentes rupturas institucionais, concomitante ao processo próprio de enfraquecimento estatal com a financeirização da economia, tornou esses mesmos países e seus respectivos governos incapazes atender demandas programáticas e promover direitos sociais gerais.

As desigualdades pós-coloniais e uma história de instabilidade e autoritarismo ao longo do século XX também tornam difícil colocar democracia e pós-democracia em uma série sequencial. De uma perspectiva geopolítica, a vulnerabilidade dos interesses econômicos externos também caracteriza a região. A história de contradições, em que classe, raça e gênero constituem padrões seletivos que limitam regras, práticas e valores democráticos, por sua vez, remete às disputas em torno do sentido da democracia, em espaços institucionais e não institucionais (Biroli; Vaggione; Machado, 2020, p. 141).

Sueli Carneiro (2011) rememora uma proposta de esterilização massiva de mulheres pretas e pardas pelo Grupo de Assessoria e Participação o Governo do Estado de São Paulo, apresentada por meio de um documento intitulado “Sobre o Censo Demográfico de 1980 e suas curiosidades e preocupações”. No texto, coloca-se expressamente a inquietação acerca da perspectiva de, em algumas décadas, a população negra ser maior que a branca e o quanto esse dado poderia influir em futuras eleições⁶. Felizmente, o projeto paulista não prosperou.

Contudo, é paradigmático o caso peruano de esterilização forçada, como política praticada durante o governo/ditadura de Alberto Fujimori, cujo mandato presidencial se estendeu de 28 de julho de 1990 a 21 de novembro de 2000⁷. Durante o período, 320.000

mulheres que demoram para se casar ou que não se casam (moram sozinhas ou em casais do mesmo sexo, ou em arranjos comunitários), assim como o crescente número de divórcios (ainda solicitados principalmente por mulheres), que, nos anos 1970, batia um novo recorde a cada ano” (Federici, 2019, p. 100-101).

6 “Enquanto a população branca praticamente já se conscientizou da necessidade de controlar a natalidade [...], a população negra e parda eleva seus índices de expansão, em dez anos, de 28% para 38%. Assim, teremos 65 milhões de brancos, 45 milhões de pardos e 1 milhão de negros. A se manter essa tendência, no ano 2000 a população parda e negra será da ordem de 60%, por conseguinte, muito superior à branca; e, eleitoralmente, poderá mandar na política brasileira e dominar todos os postos-chave – a não ser que façamos como em Washington, capital dos Estados Unidos, onde, devido ao fato de a população negra ser da ordem de 63%, não há eleições” (Carneiro, 2011, p. 132).

7 Assim como em outros países do Cone Sul, na segunda metade do século XX, o Peru havia passado por uma sucessão de episódios de instabilidade política, de golpes e de recrudescimento autoritário. Belaúnde Terry foi deposto em 3

(trezentas e vinte mil) pessoas foram esterilizadas, contra a própria vontade, como medida de combate à pobreza, dentro do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar. A maior parte das vítimas eram mulheres indígenas.

No entanto, sem abandonar os apontamentos críticos a essas contradições históricas e, desde já, reforçando-os, é nesse mesmo período do século XX, sobretudo a partir dos anos 1970, que se afirma um sistema de proteção de direitos humanos específico para as mulheres, em nível internacional e global, com a adoção, da Convenção sobre a Eliminação de Todas As Formas de Discriminação contra As Mulheres (CEDAW) pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1979.

Em verdade, as mulheres já titularizavam outros direitos gerais e abstratos previstos em outras convenções e tratados internacionais adotados pelo sistema global de proteção de direitos humanos. Contudo, reflete uma visão de que a elas também devem ser reconhecidas certas prerrogativas em função das suas diferenças biológicas e de socialização, a fim de garantir uma igualdade substantiva pelos Estados-partes.

Atualmente, 189 (cento e oitenta e nove) países ratificaram o instrumento, que, no seu Preâmbulo, manifesta que a “participação máxima da mulher, em igualdade de condições com o homem, em todos os campos, é indispensável para o desenvolvimento pleno de um país, para o bem-estar do mundo e para a causa da paz”. A importância social da maternidade também é ressaltada e que essa condição não deve ser causa de discriminação⁸.

Das principais críticas que se fazem ao referido instrumento normativo, destaco a perspectiva de igualdade utilizada, em que o homem e as suas atividades na esfera pública são o parâmetro a ser alcançado, bem como a sugestão de que a criação de um sistema de proteção específico possa desobrigar a própria ONU e outros organismos da abordagem da questão de gênero nos demais acordos. Ademais, “as instituições desenhadas para elaborar e aplicar suas leis têm menos recursos e seus papéis são frequentemente limitados comparativamente a outros órgãos de direitos humanos” (Mattar, 2011, p. 74).

Como nos ensina Alda Facio (1999, p. 226), “*si los derechos son lo que podemos hacer de ellos, entonces allí existe la posibilidad de reconceptualizarlos como relaciones y no como cosas*”, de forma que a experiência masculina não pode persistir como medida de todas as outras, sendo que, também entre as mulheres, existem muitas formas de existir e resistir às opressões.

de outubro de 1968, e militares governaram o país por 12 (doze) anos. Com o seu retorno do exílio e a morte do principal concorrente à Presidência, Terry é novamente eleito, marcado pela extrema violência que os governos de exceção dos países vizinhos praticaram (Histórico, [20--]).

8 Artigo 1º. Para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

Nos últimos anos daquela década de 1970, a defesa da “emancipação das mulheres” deu o direcionamento da política institucional onusiana, aproximando-a dos movimentos feministas com a promoção de diversas atividades internacionais e interpelação juntos aos governos nacionais pela inclusão da pauta nos seus programas de ação domésticos.

Como salientado por Silvia Federici (2019), as relações desiguais de gênero e a própria estrutura patriarcal estavam sendo desafiadas ao ponto de, melhor que criar oposição às transformações em curso, a organização se imiscuir na mediação da causa, a qual também questionava a ordem colonialista e racista.

Domesticar esse movimento era especialmente urgente em um momento em que, em resposta à inextricável “crise do trabalho” da metade da década de 1970, uma contraofensiva capitalista global foi colocada em prática, buscando restabelecer o domínio da classe capitalista sobre a classe trabalhadora e destruindo os modelos de organização responsáveis pela resistência à exploração (Federici, 2019, p. 239).

Esse ambiente proporcionou a origem de uma reorganização capitalista, após um período de crise, em que o mercado financeiro passou a exercer maior influência e poder sobre outros setores, notadamente a classe trabalhadora, expropriada de sua renda pessoal. Cumprindo as previsões marxianas de mundialização do mercado, o capital da terra foi progressivamente substituído pelo imobiliário, industrial e financeiro, a fim de que a maior parte riqueza passasse a ser proveniente de transações comerciais e de fluxos de rendas quase completamente desvinculadas da produção de bens e de um território.

Num contexto de neoliberalismo e de capitalismo financeirizado, os lucros bancários passam a ser extraídos diretamente dos salários da classe trabalhadora, cujo consumo também fica dependente da mediação bancária. Contudo, há o risco constante de o sistema financeiro perder o controle sobre a avaliação de riscos e da capacidade de pagamento dos seus devedores e, com a ausência de uma regulamentação adequada, experimentam-se severas crises, cujos déficits são suportados também pelo capital público, de quem se passa a exigir o cumprimento de uma agenda cara à prosperidade nacional e aos compromissos democráticos e pluralistas.

O obstáculo colocado pelos movimentos feministas a esse projeto econômico e social de reestruturação do capitalismo internacional consistia, sobretudo, no alcance direto junto ao seu principal meio de reprodução social e de trabalhadores/as. Não é demais lembrar que, no âmbito da própria ONU, funcionam organismos como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Ordem Mundial do Comércio (OMC). Dessa forma, o pleito por “igualdade de oportunidades” foi capturado e adaptado pela agenda neoliberal, com a finalidade de reforma das instituições e fortalecimento do próprio sistema vigente.

Assim, a política de “despatriarcalização” implementada pela ONU a partir da I Conferência Mundial da Mulher, realizada na Cidade do México, em 1975, com o lema “Igualdade, Desenvolvimento e Paz”, teve como uma de suas principais diretrizes reunir

um grupo de “feministas globais”, as quais, uma vez afastadas dos movimentos em que atuavam, eram responsáveis pela articulação e expressão dos anseios de todas (Federici, 2019).

4 | CONCLUSÕES

O evento social do parto permaneceu circunscrito ao âmbito familiar e às parteiras tradicionais até que, por influência do Iluminismo, foi instrumentalizado, com o ingresso de um profissional detentor de conhecimento técnico necessário para, em tese, intervir em favor da preservação das vidas das mães e bebês. No entanto, “o vago conhecimento da medicina sobre a dinâmica do corpo feminino efetuou vários erros que contribuiriam com a taxa de mortalidade” (Carvalho; Andrade, 2020, p. 105).

A institucionalização do trato e controle reprodutivos culminou na hospitalização do parto, ocorrida na segunda metade do século XX. Nesse momento, o médico centralizou os cuidados reprodutivos, reforçando o padrão da paciente como objeto de intervenção e, no contexto dessa relação hierárquica, consolidaram-se atos violentos alheios às recomendações de boas práticas para assistência das mulheres em condição especial de vulnerabilidade.

Sem negar o emprego das tecnologias biomédicas desenvolvidas como recursos úteis para assistência obstétrica, a percepção de usuárias e profissionais alinhados ao modelo humanizado é a de que o seu emprego abusivo, sobreposto ao bem-estar da paciente e do seu bebê, com a nítida finalidade de controle sobre o corpo e viés produtivista, acaba interferindo negativamente no processo de parturição (Neves, 2019).

É preciso, portanto, restaurar as diretrizes normativas do Estado que balizam a atuação do profissional biomédico, como estratégia feminista para reaver o corpo grávido tornado objeto de manipulação.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Carmen. Direitos reprodutivos: a realidade social e o debate político. **Cad. Pesq.**, São Paulo, v. 62, p. 52-59, ago. 1987.

BENTO, Berenice. Necrobiopoder: quem pode habitar o Estado-nação? **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 53, e185305, 2018.

BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades**: os limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.

BIROLI, Flávia; VAGGIONE, Juan Marco; MACHADO, Maria das Dores Campos. **Gênero, neoconservadorismo e democracia**: disputas e retrocessos na América Latina. São Paulo: Boitempo, 2020.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARVALHO, G. B. V. de; ANDRADE, J. S. de F. Mulher e parto: reflexões sobre a violência obstétrica e possíveis desdobramentos penais. *In*: MELO, Ezilda (org.). **Maternidade e Direito**. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020. p. 103-122.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

FACIO, Alda. Hacia outra teoria crítica del derecho. *In*: FACIO, A.; FRIES, Lorena (coord.). **Género y derecho**. Santiago de Chile: LOM Ediciones, 1999.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. 17. ed. Rio de Janeiro: São Paulo: Paz e Terra, 2024.

LERNER, Gerda. **A criação da consciência feminista**: a luta de 1.200 anos das mulheres para libertar suas mentes do pensamento patriarcal. São Paulo: Editora Cultrix, 2022.

MARCELLO, Fabiana de Amorim. O conceito de dispositivo em Foucault: mídia e produção agonística de sujeitos-maternos. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 199-213, 2004.

MATTAR, Laura Davis. **Direitos maternos**: uma perspectiva possível dos direitos humanos para o suporte social à maternidade. 2011. 235 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Sílvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

NEVES, Naiara Maria Santana. “De canoa até o hospital”: processos de transformação e medicalização das práticas de parto em quilombos do Recôncavo Baiano. **Revista Mundaú**, [s. l.], n. 6, p. 122-144, 2019.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Sílvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, out.-dez. 2018.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. Da crítica feminista à ciência a uma ciência feminista? *In*: COSTA, Ana Alice; SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. **Feminismo, ciência e tecnologia**. Salvador: REDOR, 2002, p. 1-35.

SCHIEBINGER, Londa. **O Feminismo mudou a Ciência?** Bauru: EDUSC, 2001.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquita; BATALHA, Glaucia Fernanda Oliveira Martins. Do poder disciplinar ao biopoder: medicalização do parto a partir da incidência de cesarianas. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Belém, v. 5, n. 2, p. 74-95, jul./dez. 2019.

TEIXEIRA, Alessandra; GALLO, Mel Bleil. Nosso útero, nosso território: justiça reprodutiva e suas lutas decoloniais por aborto e maternidade. **[SYN]THESIS**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 52-66, mai/ago. 2021.