

Esterilização compulsória de mulheres com deficiência: uma perspectiva feminista interseccional

Luana Adriano Araújo¹
Geórgia Oliveira Araújo²

Resumo:

Nesse trabalho, buscamos propor uma resposta alinhada com a bioética feminista à questão da esterilização não-voluntária de mulheres com deficiência. Em um primeiro momento, estabelecemos vias de reconciliação dos estudos feministas com os estudos de deficiência, expondo os “dilemas” mais sensíveis nos encontros entre estes, quais sejam os testes pré-natais, os abortos seletivos e as desigualdades do trabalho de cuidado. Em seguida, tratamos da necessária diferenciação entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, considerando que, a despeito de sua conexão, estiveram ambos sob o domínio das expectativas sociais sobre as questões de reprodução. Em terceiro lugar, tratamos da questão da esterilização no âmbito da autonomia reprodutiva, considerando o previsto no art. 6º da Lei de Planejamento Familiar (LPF). Utilizando metodologia bibliográfica e documental, exploramos o referencial dos estudos de deficiência, da bioética feminista, da bioética da deficiência e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Concluímos pela utilização da bioética feminista como via de dissolução do nó da esterilização não-voluntária de mulheres com deficiência, dado que a instrumentalização desse referencial elucida as falsas dicotomias entre ambos os movimentos teóricos e trata adequadamente da interseccionalidade que atravessa a temática.

Palavras-Chave: Bioética Feminista; Mulheres com Deficiências; Esterilização; Direitos Sexuais; Direitos Reprodutivos

Nonvoluntary sterilization of women with disabilities: an intersectional feminist perspective

Abstract

In this work, we seek to propose an answer in line with feminist bioethics to the issue of non-voluntary sterilization of women with disabilities. At first, we established ways of reconciling feminist studies with disability studies, exposing the most sensitive “dilemmas” in the encounters between them, which are prenatal tests, selective abortions and inequalities in care work. Then, we deal with the necessary differentiation between sexual rights and reproductive rights, considering that, despite their connection, they were both under the domain of social expectations on issues of reproduction. Third, we deal with the issue of sterilization within the scope of reproductive autonomy, considering what is provided in article 6 of the Family Planning Law (FPL). Using bibliographic and documentary methodology, we explore the framework of disability studies, feminist bioethics, disability bioethics and sexual and reproductive rights. We conclude that is necessary to use a feminist bioethics as

1 Doutoranda em Direito no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2019-atual). Mestre em Direito Constitucional pela Universidade Federal do Ceará (2016-2018). Graduada em Direito pela Universidade Federal do Ceará, com distinção acadêmica “Magna Cum Laude” (2011- 2015). Email: luanaadriano@ufrj.br.

2 Mestranda em Direito Constitucional pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará (2019 – atual). Graduada em Direito pela Universidade Federal do Ceará, com distinção acadêmica “Magna Cum Laude” (2013 – 2018). Email: georgia.araujo17@gmail.com.

a way of dissolving the knot of non-voluntary sterilization of women with disabilities, given that the instrumentalization of this framework elucidates the false dichotomies between both theoretical movements and adequately addresses the intersectionality that crosses the theme.

Keywords: Feminist Bioethics; Women with Disabilities; Sterilization; Sexual Rights; Reproductive Rights

Introdução

Há não muito tempo, a esterilização³ “não-voluntária”⁴ era dificilmente vista como um problema, sendo comuns procedimentos que permitiam a esterilização de pessoas, de maneira direta ou vagamente associada às perspectivas eugênicas “negativas”⁵; é dizer: diretamente vinculadas ao controle da reprodutividade dos considerados inadequados. Nesse sentido, estruturaram-se as críticas dos estudos de deficiência, que reprocharam as permissões legais de realizações compulsórias ou não-voluntárias de pessoas com deficiência, como argumento de “controle de qualidade” das gerações e argumentaram por políticas públicas de não-discriminação contra a deficiência no

âmbito da reprodução (SHAKESPEARE, 1988; SHELDON, 1999). Por outro lado, a ideia de justiça reprodutiva capitaneada pelo movimento feminista também teve na esterilização, enquanto um direito da mulher, um fundamento de reclamação por políticas públicas específicas. Dentre as reclamações de indevida interferência estatal na autonomia corporal de mulheres no que diz respeito à esterilização, menciona-se o condicionamento à autorização marital para realização do procedimento (constante do art. 10, § 5º, da Lei de Planejamento Familiar Lei Nº 9.263 de 1996, adiante chamada de “LPF”); a vedação de realização do procedimento durante períodos de parto e aborto, exceto por comprovada necessidade (art. 10, § 2º da LPF) e a restrição de idade mínima de 25 anos ou prole prévia de dois filhos para permissão (Art. 10, I, da LPF).

A Convenção Internacional de Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)⁶ estabelece o direito a decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos e a ter acesso à educação voltada à reprodução e ao planejamento familiar. Para a garantia destes direitos reprodutivos, afirma-se o dever de assegurar às pessoas com deficiência a conservação da fertilidade (art. 23.1). Nosso interesse especial é na cominação desse preceptivo com o art. 6.1, que reconhece que mulheres e

3 Definindo a esterilização, Albuquerque a conceitua como a “intervenção médica que elimina a capacidade de reprodução ou como a ação de privar de forma permanente ou duradoura a capacidade de gerar uma pessoa (ALBUQUERQUE, 2013, p. 21). Especificamente, a esterilização feminina pode ser definida como a “intercorrência que faz alterações anatômicas ou funcionais no sistema reprodutivo da mulher e pode ser cirúrgico, químico ou radioativo”, sendo que “a técnica mais utilizada é a intervenção cirúrgica conhecida como laqueadura tubária, procedimento que bloqueia as trompas de Falópio, geralmente por oclusão das mesmas, através de pontos, clips, anéis ou eletrocoagulação” (RÉGIS, 2013, p. 19).

4 Referenciamos-nos à esterilização não-voluntária, que ocorre sem identificação de um consentimento voluntário – ou seja, permissão voluntária e consciente dada em virtude de informações prévias. A esterilização não-voluntária é gênero do qual a esterilização coercitiva e a esterilização forçada são espécies. A esterilização coercitiva ocorre quando uma pessoa é esterilizada após recusar expressamente o procedimento, sem o seu conhecimento, ou não tem a oportunidade de fornecer consentimento e constitui uma forma extrema de violência. A esterilização forçada ocorre quando incentivos financeiros ou outros, desinformação ou táticas de intimidação são usados para obrigar um indivíduo a se submeter ao procedimento. As mulheres com deficiência são particularmente vulneráveis à esterilização forçada, realizada sob os auspícios de assistência médica legítima ou com o consentimento de outras pessoas em seu nome (DAVAKIS *et al*, 2013).

5 A eugenia negativa diz respeito à restrição e ao controle de procriação dos considerados indesejados. Suas maiores expressões no Brasil foram sentidas nas teorizações de Kehl, que defendia a restrição às migrações, o atestado pré-nupcial e a esterilização (CARVALHO, 2018, p. 233).

6 A CDPD foi aprovada em 13 de dezembro de 2006, entrando em vigor em 3 de maio de 2008, depois de sua vigésima ratificação. O Brasil figurou, em 30 de março de 2007, como parte signatária deste tratado multilateral, incorporando-o ao ordenamento jurídico interno em consonância com o art. 5º, §3º, da CF/88, por meio do Decreto Legislativo Nº 186, de 9 de julho de 2008. O texto é, portanto, o primeiro tratado de Direitos Humanos com status formal constitucional. Posteriormente, em 25 de agosto de 2009, pautado no previsto no art. 84, IV, da Constituição, o Presidente da República sancionou o documento por meio do Decreto Presidencial Nº 6.949 para dar execução, em nível interno, ao texto convencional.

meninas com deficiência estão sujeitas a múltiplas formas de discriminação. Essa discriminação é sentida nos relatórios que identificam a maior ocorrência de “esterilizações não-voluntárias” de mulheres com deficiência do que de homens com deficiência. Em âmbito internacional, a OMS aponta que aquelas com deficiência intelectual são particularmente vulneráveis à esterilização involuntária e coercitiva, sendo que as mulheres com deficiência intelectual “são frequentemente tratadas como se não tivessem controle, ou não deveriam ter controle, sobre suas escolhas sexuais e reprodutivas; elas são forçadamente esterilizadas ou forçadas a terminar gravidezes desejadas, baseado em justificações paternalísticas de que é ‘para o seu próprio bem’” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, p. 5).

No Brasil, em que pese a ausência de estudos quantitativos amplos, identifica-se a ocorrência da esterilização de pessoas com deficiência, sobretudo mulheres com determinados tipos de deficiência, como aquelas de ordem intelectual, cognitiva e psicossocial (ARAÚJO *et al*, 2017). Os motivos para referido recorte de gênero vão desde a busca, pelas famílias das esterilizandas, da cessação da menstruação, até a “prevenção” contra a gravidez e a proteção contra a violência sexual (RÉGIS, 2013, p. 166-180). Ainda, o receio de que a prole de uma mulher com deficiência venha também a ter uma deficiência reafirma o medo da “degeneração” hereditária (CARVALHO, 2018), tão típico dos movimentos eugênicos e higienistas da década de 1920, também pode ser identificado nos discursos (RÉGIS, 191-204). Ao tratar do assunto, a Lei Brasileira de Inclusão (Lei N° 13.146 de 2015, adiante denominada “LBI”) dispõe que a deficiência não afeta a plena capacidade civil para constituir família, exercer direitos sexuais e reprodutivos, ou preservar a fertilidade, sendo expressamente proibida a esterilização compulsória (art. 6, I, II e IV). Ainda assim, a LPF afirma, em seu art. 10, §6°, que, no caso de “pessoas absolutamente incapazes”, o aval judicial, regulamentado por lei, tem o condão de suprir o consentimento da esterilizanda. A despeito de jamais regulamentado o procedimento de referido aval e não obstante a reforma no

sistema de capacidades civis operada pela LBI, a esterilização involuntária ou compulsória vem sendo autorizada judicialmente, afetando, sobretudo, as mulheres com deficiência.

Considerando essa situação, buscamos, nesse trabalho, propor uma resposta alinhada com a bioética feminista à questão da esterilização não-voluntária de mulheres com deficiência. Em um primeiro momento, estabelecemos vias de reconciliação dos estudos feministas com os estudos de deficiência, expondo os “dilemas” mais sensíveis nos encontros entre estes, quais sejam os testes pré-natais, os abortos seletivos e as desigualdades do trabalho de cuidado. Em seguida, tratamos da necessária diferenciação entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, considerando que, a despeito de sua conexão, estiveram ambos sob o domínio das expectativas sociais sobre as questões de reprodução. Em terceiro lugar, tratamos da questão da esterilização no âmbito da autonomia reprodutiva, considerando o previsto no art. 6° da LPF. Utilizando metodologia bibliográfica e documental, exploramos o referencial dos estudos de deficiência, da bioética feminista, da bioética da deficiência e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Concluimos pela utilização da bioética feminista como via de dissolução do nó da esterilização não-voluntária de mulheres com deficiência, dado que a instrumentalização desse referencial elucida as falsas dicotomias entre ambos os movimentos teóricos e trata adequadamente da interseccionalidade que atravessa a temática.

1. Feminismo e deficiência: uma reconciliação possível?

Nos últimos anos, se provou que a esterilização compulsória continua sendo uma prática comum quando duas circunstâncias se apresentam de maneira interseccional: a deficiência e o gênero feminino. Alertamos para o fato de que falar d’O feminismo ou d’O movimento de pessoas com deficiência, como se ambos se constituíssem de maneira particularmente uníssona, não corresponde à realidade da multiplicidade de perspectivas em ambos os campos. Dessa forma, enquanto o estudo em deficiência apresenta suas

perspectivas mais correntes afetas aos estudos culturais, às perspectivas críticas, aos materialismos e às políticas de identidade (SHAKESPEARE, 2014), o feminismo, enquanto um movimento teórico, apresenta tantas matrizes liberais, analíticas, marxistas, radicais, interseccionais e ainda com espaço para mais deslocamentos (MELO; THOMÉ, 2018). Se há tantos feminismos quanto há feministas – alguns mais, outros menos comprometidos com a inclusão ampla de todas as mulheres – (HOOKS, 2019, p. 47-66), certamente, há tantas perspectivas de deficiência quanto há teóricos da deficiência. Dada à diversidade de pontos de vista, propor uma interseção sempre pressupõe uma tarefa de delimitação de elementos em comum, pelo que nos propomos a traçar uma sobreposição da bioética feminista e da bioética da deficiência⁷ adequada para responder ao problema da esterilização compulsória de mulheres com deficiência. Deste modo, a reconciliação que aqui nos propomos a traçar, como ponto de partida para uma interseção bioética entre deficiência e feminismo, a crítica à desvalorização da vida com deficiência, vista como inerentemente ruim (BARNES, 2016); a crítica da igualdade por meio

da dependência (KITTAY, 1999); e a correlação da expectativa de desempenho de papéis sociais com os fenômenos da deficiência e da demarcação de gênero (CARLSON, 2010; SHELDON, 1999).

1.1. Testes pré-natais, aborto seletivo e cuidado maternal

Não são recentes as discussões entre os pontos de encontro entre o feminismo e a deficiência. Durante a década de 1980, Finger, dentro do pensamento feminista, passou a se preocupar com questões afetas ao diagnóstico pré-natal e ao aborto seletivo, sendo uma das primeiras a abordar a questão da esterilização forçada de mulheres com deficiência (1984). Poucos anos depois, Fine e Asch (1988; ASCH, 1999) começariam o que veio a ser chamado de “crítica expressivista”, cuja principal força era, por um lado, partir das “premissas feministas de liberdade de reprodutiva, mas, por outro, avalia[r] o impacto do exercício da liberdade das mulheres na vida dos deficientes” (DINIZ, 2003b), enfocando-se menos o *status* da moralidade feto e mais a (i) moralidade da seleção dos fetos⁸. Desde então,

7 Ressalte-se que nos fundamentamos em Garland-Thomson, que entende que a polarização entre modelos de deficiência, apesar de útil, não manifesta o lugar da experiência da deficiência na bioética e nas políticas públicas (2017). Embora utilize a linguagem das barreiras, nosso enfoque em incorporação, materialidade e interseccionalidade discorda de pressupostos importantes do modelo social – como a segmentação entre impedimento e deficiência (SHAKESPEARE, 2014). Nesse sentido, Kafer entende que a “sharp divide between impairment and disability fails to recognize that both impairment and disability are social; simply trying to determine what constitutes impairment makes clear that impairment doesn’t exist apart from social meanings and understandings” (2013, p. 7). Por outro lado, nossa análise parte de importantes postulados do que se convencionou chamar de “modelos culturais de deficiência” – os quais entendem a deficiência como uma categoria variável diante das circunstâncias materiais históricas. Reforçamos que a opção do referencial a partir de Thomson, Asch, Diniz e Kittay nos finca inevitavelmente no feminismo da deficiência – o qual é mais frequentemente alocado no âmbito dos modelos culturais. Contudo, não deixemos de reconhecer, como aponta Mello *et al*, que “o modelo social da deficiência é o pilar dos Estudos sobre Deficiência” (2012).

8 Com o tempo, Asch modificou seu argumento filosófico moral, para um de matriz social, apontando a importância de disseminar-se informações sobre a deficiência e sobre a luta empreendida pelos movimentos de pessoas com deficiência quando do tratamento da seletividade na gestação, de maneira a ressaltar os efeitos que as mensagens negativas sobre a deficiência têm sobre as escolhas gestacionais e a promoção da dignidade da pessoa com deficiência (2008). Para Asch e Parens, em uma sociedade na qual inexistente uma real ponderação coletiva sobre os significados da deficiência – sempre associada midiaticamente ao sofrimento e à dor –, as decisões tomadas com base em resultados de testes pré-natais não serão decisões verdadeiramente livres (ASCH; PARENS, 2003). Sobre esta temática, importante a efetivação do art. 8º da CIDPCD, que revela a relevância da conscientização acerca da deficiência Para conferir críticas à crítica expressivista, retomando os estereótipos negativos alegadamente reforçados, v. KITTAY, 2000; NELSON, 2000. Nada obstante, Diniz nos informa que escapa à chamada crítica expressivista de Asch a discussão acerca de “quadros clínicos de má-formação incompatível com a vida”, nos quais, aponta à autora, “não há outra saída senão reconhecer a soberania da vontade da mulher grávida em interromper ou não a gestação” (2003c, p. 23). Importante destacar que Diniz admite que a “ideia de deficiência que Asch tem em mente é a idealizada pelo movimento Surdo e não o feto anencefálico” (2003c, p. 23). Asch e Parens, por outro lado, não parecem ter em mente unicamente as pessoas surdas. Veja-se, portanto, o seguinte trecho, em que as autoras deixam claro a “heterogeneidade” da categoria “deficiência” afetada pelo teste pré-natal: “Quando se começa a refletir sobre o significado do uso do diagnóstico pré-natal para detectar características de deficiência, é importante notar que a classe de “características de deficiência” é heterogênea. (...) Não apenas os pais, mas os profissionais também têm percepções diferentes do que conta como uma característica “séria”. (...)” (2003, p.41).

os estudos interdisciplinares entre deficiência e gênero têm se estruturado em diversos âmbitos, sobretudo nos âmbitos da teoria da ética, da justiça, da metafísica do corpo e das epistemologias (SILVERS, 2019). Contudo, ainda que os encontros sejam muitos, pautados, sobretudo, na tradicional desconsideração das questões de deficiência e de gênero no fazer teórico e prático, os pontos de tensão permanecem aparentemente indissolúveis, colocando em xeque a própria possibilidade de uma teoria interseccional.

Os três principais “dilemas” entre deficiência e feminismo seguem a linha de vida de um corpo com deficiência: primeiramente, a condução de testes pré-natais que possam precocemente identificar o feto que virá a se tornar pessoa com deficiência⁹; em segundo lugar, o aval para a realização do aborto de fetos que virão a se tornar pessoas com deficiência; e, por fim, o peso moral do trabalho de cuidado prestado especialmente pelas cuidadoras mulheres, que efetivam esse serviço por vinculação afetiva ou profissional com o sujeito cuidado¹⁰ (KITTAI, 1999).

As duas primeiras questões estão profundamente conexas, dado que é a identificação de condições a partir de testes pré-natais que conduzem à possibilidade de abortos seletivos. Morris entende que a gravidez que passa de desejada à indesejada em virtude dos resultados de testes pré-natais que evidenciam alguma deficiência é fonte do conflito existente entre pessoas com deficiência e feministas. Neste sentido, uma vida antes bem-vinda transforma-se em uma vida negada por motivo de deficiência, o que pode incluir a perspectiva de que um aborto eugênico

não é tanto uma escolha livre e, sim, o resultado de um constrangimento, consubstanciado nas mensagens negativas largamente associadas à deficiência. Uma mulher grávida de um feto com deficiência terá, portanto, mais chances de tomar conhecimento dos custos e da falta de recursos associados à manutenção da vida da pessoa na qual o feto se tornará após o nascimento do que das teorias que reconhecem esta vida como expressão da diversidade humana (MORRIS, 1991).

Após o nascimento com vida, a pessoa com deficiência poderá necessitar de cuidados específicos, cuidados esses que serão endereçados por terceiros, que, em geral, são do gênero feminino. Este é o chamado, por Kittay, de “trabalho de dependência”, que, apesar de diferente do trabalho afetivo e do trabalho doméstico, também é marcado pelo gênero (1999, p. 28). Apesar de ser possível falar do trabalho de dependência em termos neutros, sabemos que esse é demandando das mulheres, “em seus papéis de mães, irmãs, esposas, enfermeiras e filhas” (1999, p. 40-41), pelo que se torna necessário desentranhar o trabalho de cuidado da zona privada, publicizando-o em nome de uma redistribuição que permita a igualdade de gênero. Nada obstante, essa desprivatização do cuidado (KITTAI, 2001), em que o desempenho de papéis sociais esperados não seja mais o que determina a distribuição da atividade pública do cuidado, pode carregar consigo a noção de que o cuidado de sujeitos como pessoas com deficiência é uma “obrigação”, melhor manejada no âmbito dos deveres públicos.

Por esses motivos, alega-se que os Estudos de Deficiência, pautados no modelo social

9 Contrariamente a Diniz e Vélez (2007), que apontam que “as mulheres têm total clareza da fronteira que separa um feto com deficiência de um feto inviável”, alertamos para o cuidado com o uso da expressão “fetos com deficiência”, dado considerarmos que a deficiência não é um fator puramente biológico. É preciso negar a existência de “fetos com deficiência”, expressão que, além de tomar como pressuposto a validade do status moral de um feto, atribui a ele uma característica apenas formatada a partir da dinamicidade das interações de um indivíduo com as barreiras que causam desigualdades de direitos e liberdades, de acordo com o art. 1º da CDPD. Sustentando – embora sem fazê-lo aqui com a extensão necessária – que o feto não é sujeito de direitos (tendo apenas o nascituro seus direitos resguardados com a concepção, segundo o art. 2º do Código Civil), não podemos atribuir a ele uma característica que apenas surge quando seus direitos e liberdades são estruturados em desigualdade com os demais. Para ser desigual, é preciso, primeiro, ser sujeito de direitos – motivo pelo qual o feto não pode ser “com deficiência”. O teste pré-natal indica que o feto poderá dar origem a uma pessoa com deficiência, condicionado ao nascimento com vida dessa.

10 Neste processo, ressalte-se que os fatores de estresse recaem majoritariamente sobre as mães de pessoas com deficiência, devido ao papel que lhes é imposto socialmente de cuidadoras dos filhos com deficiência. Destaquemos, nesse sentido, pesquisa que identifica altos índices de estresse em mães de estudantes com deficiência (MATSUKURA, 2007).

e suas variáveis, são irreconciliáveis com os pressupostos do feminismo, especialmente ao se falar de liberdade sexual e reprodutiva. Esta tensão é sintomática em escritos como o de Asch (1999, 2008), no qual há o uso do modelo social de deficiência como referencial inquestionável de contrariedade ao aborto seletivo. Por outro lado, a tensão se torna também perceptível no feminismo da deficiência, que critica a possibilidade de se fazer escolhas livres em sociedades profundamente marcadas pela discriminação por motivos de deficiência (KAFFER, 2013, p. 162). Nesse sentido, o ponto principal dessa perspectiva de ausência de intersecção é o de que, embora possa haver alguns pontos de concordância entre os movimentos feminista e de deficiência, persistem, em alguns tópicos, diferenças fundamentais e inconciliáveis (SHARP; EARLE, 2002). Assim, não seria possível estruturar um “quadro referencial feminista da deficiência”, dado que, inevitavelmente, haverá escolhas trágicas a se fazer, para as quais o feminismo dará uma resposta e os estudos em deficiência, outra oposta.

1.2. Falácias dilemáticas entre feminismo e deficiência: por um quadro referencial feminista da deficiência

Para defender a existência de um “quadro referencial feminista da deficiência”, é preciso fornecer vias de dissolução interseccionais, que respondam adequadamente às perguntas: De que forma podemos assegurar a transparência necessária para a asseguarção de direitos reprodutivos e, ainda, combater o estereótipos negativos advindos da identificação de um feto que virá a se tornar pessoa com deficiência? Como é possível defender o direito ao próprio corpo da mulher e ainda opor-se ao aborto seletivo em sua versão eugênica negativa? De que maneira é possível pensar a autonomia da mulher em relação às expectativas de cuidado maternal e, ainda, garantir que pessoas com deficiência tenham suas demandas específicas supridas?

Da maneira como propomos, estas vias, que “salvam” o núcleo essencial dos valores em jogo,

evidenciam “falácias dilemáticas”, que colocam o problema sempre de forma maniqueísta. Junges define “dilema” como “argumento pelo qual se coloca uma alternativa entre duas proposições contrárias, eliminando qualquer posição intermediária, impossibilitando assim a discussão e a deliberação sobre o tema” (2019). Provar a existência da falácia dilemática implica em reconhecer que há soluções em que ambos os valores em jogo podem ser resguardados sem atingimento de seu núcleo essencial. Provar que o problema das situações mencionada está colocado de maneira falaciosa, no formato de dilema, implica, pois, dizer que é possível fazer escolhas não-trágicas: (a) entre assegurar a liberdade reprodutiva e combater estereótipos eugênicos; (b) entre preservar a liberdade sobre o próprio corpo e a não-discriminação em função da deficiência; (c) e entre garantir a autonomia da mulher frente às expectativas de cuidado e proporcionar o suprimento de demandas específicas de pessoas com deficiência. É dizer: a depender do quadro referencial que se utiliza, não é preciso fazer escolhas que sacrifiquem um valor ou outro. Há uma perspectiva em que não só é possível “salvar ambos os valores”, mas também em que salvá-los simultaneamente é a única solução ponderada. Isso porque a intersecção entre feminismo e deficiência trata dessas questões não como dilemas, mas como “problemas morais” (JUNGES, 2019).

O que a bioética feminista da deficiência propõe é, portanto, colocar as tensões entre as áreas enfocadas de forma não dilemática, permitindo soluções “intermediárias” que só a estruturação de uma hermenêutica crítica é capaz de fornecer (JUNGES, 2019). Colocar as questões na forma de “problemas morais” implica em estabelecer firmemente os pressupostos de pensamento. Acreditamos que há, pelo menos, três modos em que feminismos e estudos de deficiência confluem no estabelecimento de pressupostos. Primeiro, podemos considerar, como pressuposto, a ideia de que o corpo com deficiência é um “corpo minoritário”, meramente diferente, em vez de ser um corpo defeituoso, como se tem tradicionalmente argumentado (BARNES,

2016, p. 7)¹¹. Em vez de ser uma “diferença ruim” intrinsecamente, a deficiência é uma “mera diferença”, não determinando necessariamente a qualidade de vida daqueles que a detêm. Isso pode ser corroborado pelas centenas de pessoas com deficiência que mantêm ter boa qualidade de vida. Ao se ignorar o testemunho dessas, se cometem atos de “injustiça testimonial”, a partir da qual as palavras emitidas por membros de um certo grupo têm menos valor por pertencerem àquele grupo (BARNES, 2016, p. 119-120). Dessa forma, tomamos como base o argumento de Barnes para reforçar que a deficiência é uma questão de “valor neutro”, gerando negatividades apenas quando, em termos de direitos e liberdades, se nota uma desigualdade da pessoa com deficiência em relação aos demais, derivada da interação das primeiras com barreiras – outro não é o sentido do art. 1º da CDPD, que bem se adapta ao modelo social construcionista de Barnes.

Em segundo lugar, tomamos como pressuposto o reconhecimento do trabalho de cuidado como fundamental para a vida de pessoas com deficiência e de pessoas sem deficiência¹² – reconhecendo-se os perigos de seu tratamento no âmbito dos “deveres públicos”. Isso não elimina reconhecer que a ilusão de que o papel de cuidador é escolhido livremente é contestada pela clara caracterização geminada e estereotipada da mulher como subordinada e como naturalmente cuidadora. Isso exige que as questões de distribuição do cuidado: primeiro, levem em consideração que a dependência é uma condição inexpugnável da vida humana (KITTAI, 1999, p. 29); segundo, que considere que não priorizar políticas de cuidado significa colocar tanto os dependentes quanto os cuidadores em posição pior em relação aos demais (KITTAI, 1999, p. 87-93); e, terceiro, que não trate o cuidado como um trabalho naturalmente feminino.

Em terceiro lugar, o feminismo tem um importante papel no combate a perspectivas individualistas, comumente associadas à primeira geração dos teóricos do modelo social. Para este modelo, a retirada das barreiras possibilita uma vida independente, autônoma, a partir da qual a pessoa com deficiência poderia produzir para a sociedade tanto quanto a pessoa sem deficiência. Seria preciso, portanto, olvidar todas as experiências pessoais e as próprias condições de deficiência incapacitantes, na medida em que o meio com suas barreiras – e apenas este – seria o único alvo das políticas de deficiência (MORRIS, 2001, p. 9). O resultado disto foi a construção de um projeto de justiça, não suficientemente revolucionário (DINIZ, 2003a, p. 5), uma vez que findava por excluir, sob o viés dos paradigmas da autonomia e da produtividade, pessoas com diversas deficiências cujos caracteres não se alinhasssem – uma vez derrocadas as barreiras – com o que se espera do indivíduo “normal”. Diniz entende que, para as teóricas feministas da deficiência, a saída está em “princípios de bem-estar não assentados em uma ética individualista ou da produção, mas no princípio da interdependência das pessoas um fundamento que, infelizmente, o modelo social não seria capaz de considerar legítimo” (2003a, p. 4). Na contramão, “diferentemente dos teóricos do modelo social, muitas feministas não hesitaram em pôr lado a lado a experiência das doenças crônicas e das lesões, considerando-as igualmente como deficiências” (2003a, p.4). É o feminismo que confronta os estudos de deficiência com a ideia de que “ser uma mulher deficiente ou ser uma mulher cuidadora de uma criança ou de um adulto deficiente era uma experiência muito diferente daquela descrita pelos homens com lesão medular que iniciaram o modelo social da deficiência” (DINIZ, 2003a. p. 3-4).

11 Destaque-se que o modelo de Barnes (2016) é eticamente neutro. Sua proposição é a de que o corpo com deficiência é minoritário e, em sua existência, eticamente neutro – de forma a ser compatível com vivências corporais negativas. Sua neutralidade ética possibilita compreender que nem todos os efeitos negativos de uma condição de deficiência advém do preconceito social – o que concorda e reforça a perspectiva de Morris, no sentido de que há uma dimensão “afitiva” dos corpos com deficiência (2001). No mesmo sentido, Cf. Mello et al (2012).

12 Embora reconheça que ser dependente é uma situação universal, experimentada pelo menos uma vez, durante a infância, Kittay ressalta que o cuidado com pessoas com deficiência foi integralmente evado à esfera privado, sendo tratado fora da esfera de deveres públicos e das questões de justiça (2001).

1.3. Perspectiva interseccional: deficiência e gênero na bioética feminista

Embora sejam comumente tratadas assim, as definições de campos de análise de pertencimento social e opressão não são estáticas, mas apresentam formatações sobrepostas e articuladas na complexidade das relações de poder e autonomia na sociedade. Tanto o movimento quanto à teorização feminista, embora sempre tenham sido extremamente diversos, tiveram por muito tempo dificuldades de articular outras categorias de análise em paralelo ao gênero e até mesmo para além dele, gerando posturas segregatórias e epistemicidas dentro do próprio campo feminista, notadamente identificadas a partir da agência de mulheres negras na integração entre gênero e raça nos campos político e teórico (DAVIS, 2016; COLLINS, 2019). Ao serem invisibilizadas dentro dos movimentos feministas, que entendiam “mulher” como a mulher branca, e em espaços do movimento negro, cuja articulação era realizada majoritariamente por homens negros, a inclusão e as pautas das mulheres negras eram ignoradas ou mesmo tido como específicas demais para caracterizar algum ganho de representatividade¹³ (CRENSHAW, 1989).

A partir das elaborações antidiscriminatórias do feminismo negro, o termo interseccionalidade é cunhado para expressar a ideia já corrente de que as opressões entendidas pela teorização feminista ou pelas políticas antirracistas não são um fenômeno monolítico ou que possa ser apreendido por meio da visão dos indivíduos mais privilegiados dentro de classes minoritárias, mas pela intersecção dos diversos fatores de discriminação, opressão e marginalização que atingem estrutural e concretamente as pessoas em seus contextos e vivências sociais (CRENSHAW, 1989). A interseccionalidade se constitui, portanto,

como uma ferramenta analítica que evidencia como as relações de poder se entrelaçam e se constituem mutuamente, já que apesar de raça, classe, gênero, deficiência, pertencimento étnico, nação, religião e idade serem categorias de análise *per se*, elas ganham significado a partir de relações de poder que imbricam racismo, sexismo, exploração de classe, capacitismo, etc. (BILGE; COLLINS, 2016, p. 19).

Como ferramenta, a interseccionalidade não possui um conteúdo ou uma estrutura de trabalho acabada: mais importante que identificar o significado da interseccionalidade ou mesmo utilizar o vocábulo em um trabalho, é entender o que ela, enquanto instrumento, faz; o que sua utilização implica (CHO *et al*, 2013). A percepção interseccional empenna um importante papel na interação entre o gênero e a deficiência, vislumbrando a bioética feminista como campo de resolução e relação possível entre essas duas categorias, anteriormente tidas como inconciliáveis. Permite, portanto, que a expressão “pessoa com deficiência” adquira profundidade para atingir as experiências específicas de mulheres com deficiência, que são diferentes em tipos de deficiência e necessidades de cuidado, condições econômicas de vida, idade e identificação racial, além de permitir a “incorporação ética das experiências e realidades sociais das mulheres aos sistemas de valores dos tratamentos médicos e da atenção à saúde” (COOK *et al*, 2004, p. 70).

A interseccionalidade apropria-se também do aspecto relacional que determina a interdependência dos campos de opressão e divisões de poder. A partir dessa percepção, abre-se a possibilidade de encontrar um caminho que reconcilie feminismo e deficiência e que equilibre o reconhecimento da importância do aspecto relacional no desenvolvimento das identidades e o respeito aos direitos de personalidade e autonomia da pessoa

13 Sobre essa prática, Kimberlé Crenshaw (1989, p. 141-152) examina três casos julgados por cortes americanas que envolviam queixas de discriminação contra mulheres negras: *DeGraffenreid vs General Motors*, *Moore vs Hughes Helicopter* e *Payne vs Travenol*. A autora chega à conclusão de que o modo como as cortes trataram as demandas feitas por mulheres negras, negando-as relevância e muitas vezes impedindo que elas representassem um grupo mais abrangente (como por exemplo em *Payne vs Travenol*) evidencia parte da vivência reservada às mulheres negras e o tratamento as suas reivindicações, além de demonstrar a dificuldade de órgãos públicos e poderes decisórios de enxergar como as vulnerabilidades sociais se estruturam de modo a aprofundar e tornar mais intrincada a rede de discriminações aplicadas a grupos minoritários.

com deficiência (DAVY, 2019, p. 102). As falácias dilemáticas persistentes entre esses dois campos, abordadas no tópico anterior, interditaram em certa medida discussões acerca de contribuições possíveis entre feminismo e deficiência. A compatibilização dos valores de autonomia e de valorização do cuidado, visto enquanto um possibilitador de agência de pessoas com deficiência, encontram um campo de resolução na perspectiva relacional. Para esta, é comum ao entendimento do sujeito com deficiência e do sujeito engendrado enquanto afetados pelas barreiras impostas a sua autodeterminação e pela vulnerabilidade, dependência e responsabilidade que perpassam suas relações interpessoais.

De acordo com Mackenzie (2018, p. 4), a autonomia relacional propõe uma análise multidimensional do status de indivíduos cuja autonomia sofre limitações sociais, que perpassa três eixos fundamentais de análise: autodeterminação, autogovernança e autonomia para autorização. Diferenciar a autonomia em três dimensões permite que a autora empreste espaço próprio à análise das relações de reconhecimento que os sujeitos de algum tipo de opressão estabelecem com outros, o que no campo da deficiência é fundamental para ressignificar as relações de cuidado e suporte que permeiam a vivência de corpos minoritários em diversos níveis. Nesse sentido, a crítica feminista à naturalização do cuidado como característica feminina toma uma direção diferente em relação ao cuidado dispensado à pessoa com deficiência: em vez de entendê-lo como outro aspecto de opressão, entende o cuidado como um pressuposto da vivência humana diversa, tão importante para determinação do entrelaçamento social quanto a autonomia, e que pode ser realizado não só pelo cuidador, mas também pelo dependente, em função diferente. Como propõe Davy (2019, p. 102): “nem a autonomia nem o cuidado são privilegiados, mas ambos são postos a serviço do outro: a autonomia não pode ser habilitada sem cuidado, e o cuidado não pode ser habilitado sem respeito à autonomia”.

Além de profundidade ética, a autonomia relacional possui um caráter dinâmico e

instrumental na representatividade de pessoas com deficiência, para que possam expressar sua autonomia e enumerar suas necessidades e desejos (MACKENZIE, 2018). Na bioética feminista, é possível vislumbrar como a garantia de liberdade de escolha em direitos sexuais e direitos reprodutivos encontra ecos na autonomia relacional para ser discutida e estendida de forma concreta também às mulheres com deficiência, desnaturalizando imagens ligadas a ausência de desejo sexual e inaptidão para maternidade destas.

2. A separação necessária entre direitos reprodutivos e direitos sexuais

As discussões travadas na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994 no Cairo, firmaram os direitos ligados à saúde reprodutiva e sexual enquanto dimensões de direitos humanos a serem garantidos a homens e mulheres. Embora fortemente associados, por compartilharem âmbitos próximos de existência, a subordinação de um aspecto a outro engendra limitações à liberdade de pensar a sexualidade sem a reprodução, e vice-versa, motivo pelo qual se argumenta pela separação entre direitos sexuais e direitos reprodutivos. Tal separação no campo da bioética feminista abre horizontes para entender como esses direitos são garantidos ou limitados à mulheres em situações sociais diversas, desvelando julgamentos sobre o que pode o não ser legitimado como direito no gozo da vida sexual e das escolhas reprodutivas e sobre quem é percebido como titular desses direitos e é alcançado pelas políticas de assistência à saúde (NICOLAU *et al*, 2013).

Nesse sentido, se para as mulheres feministas do séc. XIX, a reivindicação se constituiu pela maternidade voluntária e da liberdade de vivência sexual (DAVIS, 2016, p. 206), para as mulheres com deficiência se caracteriza cenário ainda mais complexo: mesmo em um contexto no qual lhes é garantida autonomia para tomada da maior parte das decisões, as escolhas relativas ao exercício de direitos sexuais e direitos reprodutivos lhes são recusadas e tratadas como um problema, sob justificativas que vão desde a alegada inaptidão para consentir, o medo da violência, a

insuficiência do corpo deficiente para uma vida sexual satisfatória e a pretensa impossibilidade de maternar. Argumentos ligados à garantia da saúde pública também são utilizados para estender uma visão negativa da necessidade de cuidado no exercício da autonomia da pessoa com deficiência também ao campo sexual e reprodutivo, levando mulheres com deficiência a serem sistematicamente esterilizadas, quase sempre à revelia de qualquer consentimento da esterilizanda (RÉGIS, 2018).

2.1 Direitos sexuais, gênero, sexualidade e deficiência: tabu(s)

O status de tabu da discussão sobre sexualidade perpassa sua expressão desde suas primeiras manifestações até o envelhecimento, impactando inclusive o próprio estudo e discussão de práticas sexuais, dentro e fora do ambiente acadêmico (BARRETO, 2018). A censura ao tratamento de assuntos ligados a escolhas sexuais é comumente acompanhada por um sentimento de culpa e ansiedade e pelo medo de punição que são mais ou menos encorajados, a depender do assunto e do sujeito (SHILDRICK, 2009). Tal interdição de diálogo apresenta ainda um viés de gênero, sendo mais severa em relação à sexualidade feminina, com maior grau de censura e proibição às mulheres. Embora direitos sexuais e direitos reprodutivos encontrem amparo não apenas na LPF, mas também na Constituição (art. 226, § 7º), ainda é difícil imaginar a possibilidade de uma vivência informada acerca das escolhas sexuais e reprodutivas, com liberdade e autonomia para decidir sobre como, quando e com quem relacionar-se para todas as mulheres, notadamente aquelas com deficiência.

Para mulheres com deficiência, um importante fator do direito à saúde sexual envolve a proteção e a promoção da habilidade de controlar e exercitar sua expressão sexual em seus próprios termos (MYKITIUK; CHADHA, 2011, p. 172). Um dos aspectos desse domínio sobre a própria sexualidade diz respeito a entendê-la ou não como conectada à reprodução. A crítica feminista coloca luzes sobre a maneira como, individualmente, a titular da sexualidade se considera, devido a

essa titularidade, um ser reprodutivo. É dizer: não raro, à mulher se impõe uma “infiltração na consciência” (NELSON, 2001, p. 28-35), que opera dentro da mulher ela mesma, a partir da internalização de histórias dominantes, que influenciam a autoimagem e as oportunidades que constrói para si. No campo da sexualidade, o processo de infiltração da consciência de Nelson em muito reflete a perspectiva feminista de que o “pessoal é político”, a partir do que se entende que o “aparentemente ‘natural’ domínio privado da intimidade (a família e a sexualidade) é legalmente construído, culturalmente definido, e constitui locus de relações de poder” (COHEN, 2012). Assim, quando a mulher se vê naturalmente impelida à gestação por ser lida socialmente como mulher, um ser cuja sexualidade tem um propósito único e lícito – qual seja, a reprodução –, ela estaria perpetuando a internalização de imagens dominantes estabelecidas nesse sentido, o que diminui ou mesmo obsta qualquer chance de autodeterminação.

Por esse motivo, um dos importantes pontos de encontro entre feminismo e estudos de deficiência é aquele que diz ser preciso desentranhar as conexões essencialistas entre sexualidade e reprodução. Dessa forma, a tradicional sigla DSR (Direitos Sexuais e Reprodutivos) deveria ser lida de maneira a distinguir, sem dicotomizar, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, reconhecendo que cada grupo de prerrogativas tem suas particularidades. Isso porque leitura essencialista entre sexo e reprodução, no campo da sexualidade e das relações sexuais tecidas pelos corpos com deficiência, fixa que falar de sexo ou de proteção da sexualidade de pessoas com deficiência é falar de regulação e o monitoramento de suas capacidades reprodutivas (SHILDRICK, 2009, p. 64; FINGER, 1992).

A subjetividade sexual e a valoração positiva da sexualidade são culturalmente normalizadas na imagem do corpo da pessoa em idade adulta (SHILDRICK, 2009, p. 81-82). Outros corpos que não correspondem a esse não são considerados como potenciais para uma vida sexual ativa ou saudável, mas sim para uma vivência insatisfatória ou inexistente da sexualidade, ou, ainda, como mais vulneráveis à violação. Como examina

Davy (2019, p. 101), os corpos de pessoas com deficiência, notadamente intelectual, ameaçam “a moderna noção ocidental do eu como centro autônomo e independente de pensamento e agência e determina os entendimentos culturais da ‘boa vida’”. A necessidade de cuidado, portanto, tornaria o gozo sexual ou a maternidade se não impossíveis, inadequadas, por desafiar a independência considerada naturalmente exigível para tais experiências.

Além da cessação da menstruação e do impedimento de gravidezes consideradas indesejadas, Régis (2018) aponta a prevenção à violência como um dos principais fatores que levam a família ou outras instâncias institucionais (médicas, educacionais etc.) a buscar a esterilização de meninas e mulheres com deficiência. No entanto, a percepção do afloramento da sexualidade de mulheres com deficiência como fator de risco à violência sexual constitui-se em uma leitura equivocada da violência sexual, um fenômeno firmado em uma sociedade marcada pela desigualdade de poder entre gêneros. Mesmo inspirada pela cautela e pelo intuito de proteção, falha em perceber o caráter de dominação embutido na violação sexual, principalmente aquela cometida contra mulheres, ligado não à sexualidade em si, mas ao exercício de poder e controle por meio da violência (SEGATO, 2003), que não pode ser coibido pela esterilização da vítima.

Embora o temor da violência sexual direcionada a mulheres com deficiência seja legítimo¹⁴, a esterilização e a ocultação de informações chave acerca do que constitui uma realidade de vivência sexual saudável e, em oposição, do que é uma situação de violência sexual, converte-se em mecanismo avesso à proteção efetiva dessas mulheres, tendo em vista a obliteração

dos fatores constituintes do consentimento para realização de qualquer prática afetiva ou sexual: o conhecimento e a anuência do sujeito em relação ao(à) parceiro(a) e ao ato¹⁵. A vulnerabilidade de um ou mais segmentos minoritários à vitimização por determinada forma de violência não pode ser argumentada como justificativa a medidas de violação à integridade física e à autonomia da pessoa, como se percebe na esterilização de meninas e mulheres com deficiência. Da mesma forma, essa vulnerabilidade pode ser ligada ainda ao medo das vítimas em reportar situações de contato inadequado a pessoas com potencial de acolhimento e à ausência de um repertório de autoproteção adequado para enfrentar situações de potencial abuso, que só pode ser desenvolvido a partir de informações claras acerca da sexualidade (BARROS *et al*, 2008).

Da mesma forma como identificado pelo feminismo negro em relação à esterilização compulsória de mulheres racializadas (DAVIS, 2018), é possível ainda constatar, a partir das lentes da bioética feminista e da intersecção entre gênero e deficiência, como a narrativa de garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos para pessoas com deficiência pode ser desvirtuada para a aplicação do controle da liberdade e autonomia de mulheres cujas escolhas não são vistas como benéficas ao aperfeiçoamento da descendência social ou, ainda, que são julgadas como inábeis ao cuidado e ao controle particular de sua saúde sexual e reprodutiva.

Ainda no campo da discussão da autonomia em direitos sexuais e direitos reprodutivos, o debate acerca do aborto representa um dos mais relevantes pontos de conflito entre estudos de deficiência e feminismo. Se, por um lado, a possibilidade pela escolha de não maternas, bem

14 Em 2016, foram registrados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan/MS) 22.918 estupros, dos quais 10,3% das vítimas possuíam alguma deficiência, sendo 31,1% desses casos contra indivíduos que apresentam deficiência mental e 29,6% contra indivíduos com transtorno mental (sic, expressão utilizada pelo relatório). Além disso, 12,2% do total de casos de estupros coletivos foram contra vítimas com alguma deficiência (IPEA, 2018, p. 66)

15 Permanece, nesse sentido, o questionamento acerca da incompatibilidade do § 1º do artigo 217-A do Código Penal em relação à Lei Brasileira de Inclusão, por considerar como crime de estupro de vulnerável a conjunção carnal ou prática de outro tipo de ato libidinoso com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, utilizando-se ainda do modelo de capacidades para determinação da falta de discernimento para prática de ato sexual e furtando-se a incluir, na configuração do tipo, a discussão acerca do consentimento da pessoa com deficiência, não mais limitada pelo regime de capacidades vigente antes da LBI.

como a descriminalização dessa escolha e sua garantia pelo aparato de saúde pública do Estado, é central para a efetivação direitos reprodutivos das mulheres (inclusive aquelas com deficiência), por outro, as expectativas sobre a normalidade recaem desde a vida intrauterina, tornando desejável o nascimento de um feto sem deficiência e implicando que situação contrária não representa uma gravidez ou um nascimento desejáveis, pois a vida com deficiência é considerada incompatível com uma vida satisfatória (ASCH, 1999). Abortos seletivos, motivados pela detecção de algum tipo de deficiência durante a fase pré-natal e encorajados social, médica e institucionalmente, trazem à tona a tensão entre a ampliação da escolha reprodutiva e a “prevenção” *contra* o nascimento de um sujeito com deficiência, motivada a partir da visão negativa sobre a qualidade de vida desses sujeitos e daqueles que empreendem seu cuidado, quando necessário (RAPP, 1999).

A análise desse aparente conflito entre a autonomia reprodutiva e deficiência costuma centrar na agência das mulheres seu ponto de maior tensão; no entanto, as tecnologias reprodutivas e as discussões bioéticas acerca da utilização ou não de exames pré-natais capazes de detectar características vistas como “anormalidades” dizem respeito a um âmbito de discussões muito mais amplo do que a escolha pessoal e privada da mulher em realizar ou não um aborto em determinado momento de sua vida (RAPP, 1999). Nesse sentido, o ato de depositar em mulheres que decidem pelo aborto a responsabilidade sobre a criação ou reforço de discriminações contra pessoas com deficiência falha em perceber que tais discriminações são baseadas em estruturas e mecanismos sociais injustos, que determinam a inclusão ou a exclusão de pessoas (MELLO; RONDON, 2020). Como expressam Mello e Rondon (2020), ao analisar a complexidade das

situações ensejadas pela epidemia de Zika Vírus no Brasil e os casos de anencefalia dela decorridos, a decisão de uma mulher que decide que, em dado momento de sua vida, não deseja maternar, não tem a mesma expressão e impacto da decisão de um Estado que obriga as mulheres a abortarem, tomando para si a decisão sobre quais vidas merecem ser vividas e diminuindo a assistência a crianças com deficiência e aos responsáveis pelo seu cuidado – em geral, mulheres.

2.2 Sexualidade e Reprodução: expectativas sociais divergentes sobre maternidade

As expectativas sociais sobre as mulheres com deficiência parecem operar com consequências contrárias àquelas impostas às mulheres sem deficiência. Isso porque mulheres com deficiência são despojadas de seus papéis, mesmo quando se trata de papéis socialmente impostos. Mesmo que se assuma que a maternidade é imposta indevidamente às mulheres (sem deficiência), não se é esperado que mulheres com deficiência gestem e sejam mães ou cuidadoras, consideradas que são tidas como incompetentes básicas para tanto. É o que faz Gill dizer que, socialmente, as mulheres com deficiência estão em um “limbo” – não são exatamente crianças, mas também não são adultas; não são homens, mas também não são mulheres “de verdade” (1996, p. 5-6)¹⁶.

O meio mais socialmente sensível sobre o controle dos corpos de mulheres com deficiência é sua esterilização. A esterilização não-voluntária é reconhecida como uma questão crítica de direitos humanos em uma variedade de contextos internacionais, incluindo as Nações Unidas (WHO, 2014; UN, 2014, par. 35; UN, 2015a, par. 23; UN, 2015b, pars. 34 e 35.a; UN, 2016, pars. 10, 45, 62.a.i; UN, 2018, pars. 7 e 30) e nos fóruns internacionais sobre deficiência e direitos das mulheres (OPEN

16 Se falando ou não em “discriminação agravada” ou “duplicada”, a condição de ser mulher e ter uma deficiência gera a preocupação estampada na CDPD, que resguarda um artigo separado para esse segmento e para o de crianças com deficiência: “Art. 6º 1. Os Estados Partes reconhecem que as mulheres e meninas com deficiência estão sujeitas a múltiplas formas de discriminação e, portanto, tomarão medidas para assegurar às mulheres e meninas com deficiência o pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais. 2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar o pleno desenvolvimento, o avanço e o empoderamento das mulheres, a fim de garantir-lhes o exercício e o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais estabelecidos na presente Convenção.”

SOCIETY FOUNDATIONS, 2011; CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2017). No entanto, mulheres e meninas com deficiência, às vezes com nove anos de idade, muitas vezes não têm escolha nessa decisão profundamente bioética, que afetará o resto de suas vidas (MEEKOSHA, 2010, p. 3). Na visão de Shildrick, as determinações judiciais no tocante à esterilização de pessoas com deficiência, bem como os precedentes em que se baseiam, transparecem o argumento da conveniência social enquanto uma questão ética, fixando-se no campo da utilidade da decisão para o corpo social – mesmo que em detrimento do corpo com deficiência esterilizado (2009, p. 55). Assim, tolhe-se não apenas a reprodutividade biológica, reiterando-se, igualmente, uma percepção negativa da reprodução social destes corpos, sempre entendidos como estigmatizados no exercício dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, na medida em que inaptos a fazê-lo de forma competente. Referido controle estabelece-se, assim, também em nível interno: enquanto da mulher lida como “normal” se espera a gestação, da mulher com deficiência se espera a não-gestação. A infiltração na consciência gera não apenas a perpetuação de estigmas socialmente transmitidos, mas também a internalização por parte da mulher com deficiência e dos seus familiares que ela é naturalmente incompetente para maternar.

O paradoxo aqui é entender como as mesmas estruturas que levam as mulheres sem deficiência a acharem que são naturalmente dotadas de “instintos maternos”, conferindo aparência de decisão autodeterminada à gestação socialmente imposta, podem levar as mulheres com deficiência a ver-se como naturalmente “não-maternais”, mesmo que a esses últimos sujeitos lhes falte autodeterminação. Se trata de um paradoxo, pois,

quando as mulheres sem deficiência afirmam que “desejam gestar”, estão legitimando as expectativas sociais em termos de autonomia individual. Por outro lado, se as mulheres com deficiência afirmam que “não desejam gestar”, é provável que de nada importe sua decisão, pois esta, já de início, não é considerada autônoma e, portanto, ilegítima. Por esse motivo, afirmando que deseja ou não gestar ou nada afirmando, a reprodução das mulheres com deficiência é sempre mantida na ameaça da anormalidade, pois, sendo ela naturalmente não-autônoma, não há vontade que possa manifestar que lhe legitime socialmente. A reprodução, ainda que como uma possibilidade ideal, é sempre vista como uma chance de agudização de problemas e complicações para uma “tragédia pessoal” já anunciada¹⁷. A única máscara de legitimidade possível para decisões sobre a reprodutividade da mulher com deficiência se estrutura, portanto, de forma heterônoma, é fixada em uma premissa maior de que esta deve ser protegida de si mesma¹⁸.

Uma última nota, nesse ponto, deve ser feita. O argumento de não autoproteção da mulher com deficiência intelectual gera medidas de controle mais sutis que a esterilização, mas igualmente heterônomas. Veja-se, por exemplo, em Albuquerque (2013), ao argumentar que a esterilizanda do caso que analisa “não causa qualquer dano a si ou a outrem em virtude de não se encontrar esterilizada, na medida que utiliza outro método contraceptivo regularmente”. Veja-se que a autora não nega que a esterilizanda, por ter deficiência, possa causar um maior mal a si, devido à sua deficiência; pensa, por outro lado, que o Estado não pode intervir em nome da não-maleficência porque a esterilizanda usa um contraceptivo regularmente. É dizer: por mais que a reprodução da mulher com deficiência se

17 Nesse sentido, Tilley sugere que “dispositivos contraceptivos estejam sendo usados como resposta ao perigo de abuso e estupro sexual; essa é a abordagem *“just in case”*, justificando intervenções contraceptivas mesmo entre mulheres que não são sexualmente ativas, com base em que algo pode lhes acontecer em um momento futuro” (2012, p. 17).

18 O discurso justificador dos procedimentos de esterilização, comumente associado à vulnerabilidade de mulheres com deficiência, encerra um contrassenso delicado, uma vez que, ao se apontar o risco de gravidez derivada dos abusos sexuais como fundamental para o deferimento da autorização, endossa-se uma medida de culpabilização e punição da vítima; isto é, a mulher com deficiência é retratada não só como responsável pelo abuso que sofre – seja por ser especialmente vulnerável ou dotada de uma sexualidade particularmente incontrolável – como também incapaz de arcar com os fardos derivados (ARAÚJO *et al*, 2017). Por outro lado, estudos apontam que mulheres esterilizadas podem sofrer um risco mais alto de abuso sexual se os abusadores se veem isentos de uma possível identificação do ato cometido por meio da gravidez indesejada (DOTSON *et al*, 2003).

mantenha uma ameaça, que seria sanada pela esterilização, não é o caso, pois a própria mulher em questão vem sendo “protegida de si mesma” com o uso de contraceptivos. Não se debate, em nenhum momento, se a ministração desse método contraceptivo se dá de forma autônoma ou heterônoma. Alcança-se, por outro lado, como apontam Daltoé e Tokarski, os mesmos efeitos práticos da esterilização, “sem que haja o mesmo nível de escrutínio legal. Ou, mais propriamente, a administração de contraceptivos de longo prazo não passa ao largo da regulação jurídica, mas é chancelada à medida que revestida de verniz humanista” (2018, p. 180). Embora a administração de contraceptivos não constitua medida irreversível, como a esterilização, alegar que deve ser preferido em face da esterilização mantém os problemas morais. Ainda se está em jogo o controle da reprodutividade da mulher com deficiência em face da permanente ameaça de anormalidade que representa e ainda se colocam “implicações éticas e sociais do cerceamento da liberdade reprodutiva” (DALTOÉ; TOKARSKI, 2018, p. 179). Desse modo, a utilização de contraceptivos químicos a longo prazo fica em um “espaço sombrio entre a prática médica legítima e ilegítima” (TILLEY, 2012, p. 19). Chega a ser revelador que os argumentos que combatem a esterilização, alegando que há outros métodos menos invasivos de obstar uma gestação por uma mulher com deficiência, se aloquem em uma área mais sutil e aceitável de controle da reprodução, sem negar completamente a permanente ameaça de anormalidade que rege a própria necessidade de controle.

3. Esterilização não-voluntária no Brasil

Fixado nosso referencial e estabelecido, devidamente, o problema da diferenciação entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, avaliamos de que forma esta esterilização não-voluntária se torna ou não permissível no contexto nacional. Neste ponto, uma importante ressalva deve ser feita: não pretendemos o ineditismo

no apontamento do problema da esterilização compulsória de mulheres com deficiência no Brasil. Em verdade, a questão já vem sendo iluminada sob a análise jurídica – especialmente considerando o direito civil (DALTOÉ; TOKARSKI, 2018; ARAÚJO *et al*, 2017; ARAÚJO, *et al* 2019); sob a análise bioética (RUEDA-MARTINÉZ, 2015; ALBUQUERQUE, 2013); e sob a análise da psicologia (RÉGIS, 2013). Traída pela abundância de estudos teóricos que a infirmam, a prática do aval da esterilização ainda vem sendo deferida sob o argumento de incapacidade da esterilizanda e proteção de institutos como a família. Detalhadamente retratado por Schulman, “o caso Janaína” evidencia como, de uma avaliação arbitrária de capacidade mental, deriva-se uma incapacidade civil que obstaculariza não apenas a prática dos atos da vida patrimonial, mas também da vida existencial, em contradição com o art. 6º da LBI. Em um caso como este, em que não houve instituição de curador, resguardo da ampla defesa e do contraditório e condução coercitiva à cirurgia¹⁹, mesmo quando os estudos de deficiência apontam para a patente violação de direitos configurada, somos levadas a buscar novas formas de pôr o problema, alocando-o com a devida interseccionalidade. O que ocorre é que a vigência de leis contra a discriminação baseada na deficiência e pelo reconhecimento de zonas de privacidade relativas à privacidade, à sexualidade e a reprodução não tem impedido a prática da esterilização não-voluntária (OULETTE, 2011). Ainda quando a inconveniência e a inconstitucionalidade do permissivo da esterilização compulsória são teoricamente patentes e a revogação tácita do § 6º do art. 10 da LPF pela LBI é comprovada (ARAÚJO *et al*, 2017; DALTOÉ; TOKARSKI, 2018; ALBUQUERQUE, 2013), nos resta o problema da realidade das mulheres com deficiência que continuam sendo esterilizadas não-voluntariamente, com pleno reconhecimento judicial de permissibilidade da prática.

Somos, nesse sentido, desafiadas pela bioeticista feminista Garland-Thomson:

¹⁹ Para conferir as violações aos direitos da esterilizanda, cf. SCHULMAN, 2018, p. 119-120.

depois de 20 anos de desenvolvimento dos estudos críticos interdisciplinares em deficiência, precisamos agora estabelecer uma relação mais direta entre, de um lado, humanidades e ciências sociais baseadas nos estudos de deficiência, e, de outro lado, o trabalho da estruturação de políticas públicas e da prática (GARLAND-THOMSON, 2017, p. 324).

3.1 Direitos reprodutivos e esterilização na LPF

Reconhecidos na Declaração de Direitos Sexuais de 1997, os direitos reprodutivos compreendem o direito de ter ou não ter filhos, de decidir acerca da quantidade destes e do lapso de tempo entre cada criança, ressaltando-se que o “exercício desse direito requer acesso a condições que influenciam e afetam a saúde e o bem-estar, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva relacionados à gravidez, contracepção, fertilidade, interrupção da gravidez e adoção” (WAS, 1997). Para Cook *et al*, os Direitos Reprodutivos englobam, atualmente, o direito à vida e à sobrevivência (sobretudo com asseguarção de cuidados obstétricos e tratamentos antirretrovirais); o direito à liberdade e à segurança pessoal; o direito de ser livre de tratamento desumano e degradante; os direitos relacionados à autodeterminação reprodutiva e à livre escolha da maternidade (sobretudo os direitos de decidir sobre o número e o espaçamento de filhos); os direitos relativos ao progresso científico na área de saúde reprodutiva; os direitos relativos à não-discriminação e ao reconhecimento das diferenças; e os direitos relativos à informação, à educação e à tomada de decisão (2004, p. 162-218).

No Brasil, a Lei Nº 9.263/1996 regulamenta o planejamento familiar enquanto um direito de cidadania, pertinente ao proposto no § 7º do art. 226 da Constituição Federal. A partir desse diploma, a esterilização é um dos mecanismos de controle da capacidade reprodutiva, permitida somente quando preenchidos diferentes condicionantes, a depender da situação viabilizadora identificada. No caso de esterilizando e esterilizanda que gozem de “capacidade civil plena”, o art. 10 estabelece, enquanto pré-requisitos: idade de 25 anos ou dois filhos vivos; prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade – que deve ser registrada em documento escrito e firmado, após informação dos riscos cirúrgicos, efeitos colaterais e possíveis dificuldades de reversão e existência de opções contraceptivas reversíveis; e acesso, no interregno citado, a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. Por outro lado, quando resta identificado risco de vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, o preceptivo legal condiciona o procedimento à confecção de relatório escrito e assinado por dois médicos relatando a situação.

No caso de “pessoas absolutamente incapazes”, há um único pré-requisito, qual seja a autorização judicial, regulamentada na forma da lei²⁰, consoante ao insculpido no art. 10, § 6º. Referido preceptivo permanece inalterado, ainda quando modulada a categoria da incapacidade absoluta para albergar apenas os menores de 16 anos, de acordo com as mudanças operadas no Código Civil de 2002 pela LBI²¹.

20 Quando da promulgação da LPF, em 1996, esse preceptivo sofreu veto presidencial, em virtude da fragilidade na averiguação da vontade manifestada no caso de pessoas absolutamente incapazes. Face à rejeição do veto presidencial pelo Congresso Nacional, a disposição ainda teria sua eficácia condicionada à regulamentação. Passados 24 anos de sua promulgação, este dispositivo ainda não foi regulamentado – o que não tem impedido o deferimento de aval judicial para a submissão de pessoas consideradas “plenamente incapazes” a este procedimento.

21 À época da promulgação do LPF, a legislação considerava, absolutamente incapazes: os menores de dezesseis anos, os loucos de todo o gênero, os surdos-mudos, que não pudessem exprimir a sua vontade, e os ausentes, declarados tais por ato do juiz (art. 5º, Código Civil de 1916). Com o Código Civil de 2002, o status de absoluta incapacidade passou a ser conferido aos menores de dezesseis anos; aos que, por enfermidade ou deficiência mental, não tivessem o necessário discernimento para a prática dos atos da vida civil; e aos que, mesmo por causa transitória, não pudessem exprimir sua vontade. Posteriormente à LBI, a única hipótese qualificadora de incapacidade civil absoluta advém da condição do menor de dezesseis anos de idade, em face do que não mais são absolutamente incapazes os “que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática” dos atos da vida civil e os “que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”. Dessa forma, pela letra lei, apenas os menores de dezesseis anos, absolutamente incapazes, poderiam ter o aval judicial concedido para a realização da esterilização não-voluntária.

3.2 O caso da esterilização na LPF sob a perspectiva da autonomia

É possível perceber que as críticas feministas à LPF se estruturam a partir de uma forte tônica de valorização da autonomia, que resguarda uma interferência mínima do Estado na esfera das decisões privativas da mulher (BARBOZA, JÚNIOR, 2018, p. 261)²²⁻²³. No campo da esterilização, essa é a base dos movimentos “Laqueadura sem filhos”²⁴ e “*Childfree*” (BENN *et al*, 2005), cujo foco é defender a escolha da mulher por submeter-se à esterilização, mesmo que não cumpra os requisitos do art. 10 da LPF, desde que se trate de uma decisão autônoma – sendo que a presunção é de que, presentes certos critérios étários e procedimentais, a mulher terá a autonomia para decidir, independente da pré-existência de prole ou da autorização marital. Mesmo quando associada à ideia de promoção de políticas públicas educacionais e informativas para resguardo dos direitos reprodutivos (sejam em sua versão negativa/contraceptiva ou em sua versão positiva/conceptiva²⁵), a perspectiva do direito social executado é de desenvolver as possibilidades de exercício autônomo da vontade reprodutivo. Por esse motivo, mesmo quando se fala em cumprimento de prestações sociais destinadas a garantir a saúde reprodutiva, se direciona o discurso para o atingimento da “autonomia da mulher” (DALTOÉ; TOKARSKI, 2018).

O estabelecimento de direitos reprodutivos, como expressão da autonomia da mulher, entra

em divergência com a perspectiva de que, para pessoas com deficiência, estabelece-se socialmente a presunção da incompetência, o que configura empecilho à tomada de decisões acerca destes sujeitos fora de esquemas paternalistas. É por esse motivo que, diz Cuenca, “pessoas com certas deficiências (geralmente, embora também não apenas pessoas com deficiências mentais e intelectuais) são tratadas como incompetentes ‘naturais’ básicas em relação a todas as suas decisões e geralmente são substituídas” (CUENCA, 2012)²⁶. Assim, para pessoas com deficiência, sequer se admite a possibilidade de derivação de uma decisão autônoma, pelo o que não se pode nem mesmo considerar que as decisões não-voluntárias são paternalistas²⁷. Dessa forma, enquanto as decisões tomadas por mulheres no âmbito de sua própria reprodução sofrem interferências indevidas sobre sua autonomia (dentre estas, citemos o condicionamento da esterilização à autorização marital, constante do § 5º do art. 10 da LPF), para a deficiência não se pode mesmo conceber o conceito de “interferências”, dado que não há uma autonomia a ser preservada.

Especificamente para a mulher com deficiência, a esterilização emerge utilitariamente enquanto uma resposta para a administração da sexualidade, qualificando-se esta prática como uma solução benéfica tanto para a mulher com deficiência quanto para seus cuidadores. Evidencia-se, nestas circunstâncias, um claro recorte de gênero e de motivos que fundamentam a esterilização dos corpos com deficiência, pautados mais nas

22 Conectando a autonomia da mulher e o exercício dos direitos reprodutivos, exemplar a redação dos autores no sentido de que “as restrições à esterilização voluntária e ao acesso às técnicas de reprodução humana assistida obstaculizam a plena fruição do direito ao planejamento familiar, constitucionalmente amparado, afetando, em última instância, a autonomia e a dignidade da mulher” (BARBOZA, JÚNIOR, 2017, p. 267).

23 Em contrário a essa ideia, a justificação da lei se baseia na intenção de “evitar que a esterilização voluntária seja adotada como método contraceptivo em detrimento dos demais métodos de caráter menos invasivo” (ALBUQUERQUE, 2013, p. 22).

24 Cf. <https://www.facebook.com/laqueadurassemfilhos/>

25 Cf. BARBOZA; JÚNIOR, 2017.

26 Não se pretende, aqui, a uma crítica geral do paternalismo, que pode ocorrer mediante uma justificação em termos de beneficência. As pessoas com deficiência também podem ser «sujeitos» de medidas paternalistas, mas nunca por causa da deficiência e, portanto, nas mesmas situações e com as mesmas garantias que o resto dos cidadãos «. (CUENCA, 2012)

27 A opinião predominante na discussão do paternalismo contesta que o paternalismo fraco, em que nenhuma vontade autônoma é sobrepujada, é conceitualmente uma espécie de paternalismo ou assume que o paternalismo fraco é, basicamente, sempre legítimo e, portanto, não apresenta nenhum problema normativo específico ao respeito à autonomia (BEAUCHAMP, 2009).

inconveniências advindas dos frutos indesejados do exercício da sexualidade do que na consideração do bem-estar dos corpos das mulheres a serem esterilizados. Conforme aponta Diniz, falar em sexualidade e reprodução da mulher com deficiência foi falar, na história da medicalização deste corpo, em esterilização – o prazer, o direito à reprodução e o direito à convivência familiar sempre foram minorados (DINIZ, 2010, p. 81). Em suma, é dizer: se não se pode conceber que a mulher com deficiência a ser esterilizada seja um sujeito com autonomia, a medida de esterilizá-la não é, conceitualmente, paternalista, pois não há vontade autodeterminada sobrepujada. Em verdade, referida medida é um corolário do próprio cruzamento do gênero feminino e a deficiência, dada a “incompetência básica” desses sujeitos para: consentir no ato sexual; exercer a maternidade de forma correta; decidir quantitativamente sobre a prole e compreender políticas de prevenção e de contracepção.

A essa altura, duas notas devem ser feitas. Primeiro, embora nenhum sujeito passe, cumpridos certos requisitos étários, sociais e econômicos, por um “teste prévio” de maternidade ou paternidade responsável, assume-se de antemão que sujeitos com deficiência não serão capazes de serem nele aprovados. Assim, se se aceita que a esterilização de pessoas com deficiência deve ser praticada porque a maternidade ou a paternidade demandam requisitos especiais, a verificação desses requisitos deve ser feita em todo e qualquer caso de pessoas que optem por ser mães e pais. Pensar contrariamente constituiria uma discriminação pautada em motivo de deficiência (art. 4º, § 1º da LBI e art. 2 da CDPD).

Por outro lado, enquanto se espera que a mulher adulta seja mãe, cumprindo um papel social sem o qual é vista como “mulher incompleta”, da mulher com deficiência jamais se espera a maternidade ou o engajamento responsável com o trabalho de cuidado. Isso porque o marcador social da deficiência é um obstáculo para a própria noção de competência que é demandada para ocupar o papel de mãe. Contudo, a figura paterna envolvida na concepção dificilmente é vista como potencialmente encarregada do cuidado parental

que recairia sobre a “mãe incompetente”. Admitir que mulher com deficiência deve ser esterilizada, por não ser competente ou autônoma o suficiente para ser mãe, é, de forma sutil, denunciar a injusta estrutura da distribuição do cuidado.

No contexto desses argumentos, o feminismo e seu argumento de autonomia reprodutiva só podem ser usados no endereçamento da questão da esterilização não-voluntária de mulheres com deficiência se buscarmos desentranhar o conceito de autonomia dos vieses cognitivistas tradicionais, que o equiparam à noção de independência. Tal teoria terá de olhar tanto para os apoios no exercício da autonomia, exercida de forma relacional tanto dentro do contexto familiar, quanto dentro do contexto comunitário, quanto para as barreiras em sua configuração – dentre as quais, os estereótipos negativos que dicotomizam maternidade e deficiência. Dessa forma, o feminismo da deficiência precisa pensar a partir de “um modelo de autonomia que capte adequadamente as noções de interdependência e apoio contínuo” (DAVY, 2014, p. 146) e que assuma que a responsabilidade pela aferição de autonomia é sempre coletiva. Por essa via, a presunção de incapacidade de exercício do cuidado por uma mulher com deficiência que subjaz a esterilização não-voluntária é, em última instância, a presunção de incapacidade para o exercício do cuidado de toda a comunidade da qual a mulher com deficiência é membro.

Conclusão

O âmbito prioritário de integração pretendido neste trabalho foi o de resolução das falácias dilemáticas entre feminismo e deficiência, em suas construções política e teórica, que mantinham o afastamento das duas áreas a partir de problemáticas envolvendo escolhas reprodutivas e representações do cuidado tomadas mutuamente por pessoas do gênero feminino e pessoas com deficiência. A partir de uma aproximação mediada pela bioética feminista e pela interseccionalidade enquanto ferramenta de percepção e articulação dos campos de opressão que atingem estruturalmente grupos minoritários, defende-se a formação de um quadro

referencial feminista da deficiência, capaz de preservar concomitantemente valores caros à emancipação das mulheres, ao questionamento dos papéis de gênero socialmente distribuídos e à autonomia e preservação do cuidado de pessoas com deficiência.

O quadro teórico formado com apoio nesses pressupostos permite avaliar outro tema no qual a intersecção entre gênero e deficiência desvela cenários de opressão: a interdição do exercício autônomo, pelas mulheres com deficiência, de direitos sexuais e direitos reprodutivos e a imposição frequente de esterilização compulsória a estas, sob diversos fundamentos centrados na maior parte das vezes em um sentimento de “proteção” por parte dos cuidadores. No entanto, a tutela desacompanhada da prática de acolhimento e orientação da mulher com deficiência sobre as possibilidades de vivência sexual e reprodutiva leva à violação de direitos fundamentais, à desconsideração de sua autonomia e à limitação extrema e muitas vezes irreversível de experiências de vida que poderiam ser vividas por essas mulheres. O fato de tais decisões serem tomadas heteronomamente e alicerçadas nas esferas médica e judicial denota a profundidade da desconsideração e da estigmatização de pessoas com deficiência como impossibilitadas de tomar decisões e experienciar os próprios direitos reprodutivos e direitos sexuais. Desvela-se, assim, que mesmo dentro do recorte de pessoas lidas como mulheres, existem papéis sociais específicos em relação ao exercício da sexualidade e da maternidade, aprofundando a distribuição desigual do trabalho de cuidado e evidenciando a complexidade que particulariza discriminações de gênero vividas por mulheres com e sem deficiência.

No ordenamento jurídico brasileiro, a extinção do sistema de capacidades pela LBI e o status de norma constitucional adquirido pela CDPD expurgaram do sistema normativo a consideração de pessoa como absolutamente incapaz em razão de deficiência e, portanto, a possibilidade de autorização judicial para suprir a declaração de vontade e permitir a esterilização compulsória. No entanto, o cenário de recusa à garantia

plena de direitos sexuais e direitos reprodutivos permanece como realidade, sobretudo às mulheres com deficiência, especialmente aquelas de ordem intelectual, cognitiva e psicossocial, que ainda são indicadas a procedimentos de esterilização e têm negadas a expressão de autonomia decisória e singularidade sexual, demonstrando a necessidade de aprofundamento e elaboração prática, também no campo jurídico-político, dos argumentos da bioética feminista e da interseccionalidade entre gênero e deficiência.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. “Esterilização compulsória de pessoa com deficiência intelectual: análise sob a ótica do princípio da dignidade da pessoa humana e do respeito à autonomia do paciente”. In: *Bioethikos*, São Paulo, vol. 7, nº 1, 2013, p. 18-26. <https://saocamilo-sp.br/bioethikos/bioethikosdetalhes/99>

ARAÚJO, Luana Adriano; DANTAS, Ana Carolina Lessa. “Esterilização Involuntária de Mulheres com Deficiência: uma objeção a partir da bioética”. In: *Revista Brasileira de Bioética*, vol. 14, n. edsup, p. 134, 12 abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.26512/rbb.v14iedsup.26505>

ARAÚJO, Luana Adriano; XAVIER, Beatriz Rego; FREITAS, Raquel Coelho. Liberdade é pouco? o que eu desejo já tem nome: direito ao próprio corpo de pessoas com deficiência. In: *Anais do III SIDHF da UFF*, 2017.

ASCH, Adrienne. “Prenatal diagnosis and selective abortion: A challenge to practice and policy”. In: *American Journal of Public Health*, vol. 89, nº 11, 1999, p. 1649–1657. <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.89.11.1649>

_____. “Why I haven’t changed my mind about prenatal diagnosis: Reflections and refinements”. In: *Disability: Major Themes in Health and Social Welfare*. London: Routledge, 2008, p. 352–373.

BARBOZA, Heloisa Helena Gomes; JUNIOR, Vitor de Azevedo Almeida. “(Des) Igualdade de gênero: restrições à autonomia da mulher”. In: *Pensar-Revista de Ciências Jurídicas*, vol. 22, n.

1, 2017, p. 240-271. <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/5409>

BARNES, Elizabeth. *The Minority Body: A Theory of Disability*. United Kingdom: Oxford University Press, 2016.

BARRETO, Victor Hugo Souza. “Quando a pesquisa é o problema: o tabu no estudo das práticas sexuais”. In: *Cadernos de Campo (São Paulo 1991)*, vol. 26, nº 1, p. 270-293, 19 jun. 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/138577>.

BARROS, Roberta Dias de; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque; BRINO, Rachel de Faria. “Habilidades de auto proteção acerca do abuso sexual em mulheres com deficiência mental”. In: *Rev. bras. educ. espec.*, Marília, vol. 14, nº 1, p. 93-110, abril 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382008000100008&lng=en&nrm=iso.

BEAUCHAMP, Tom. “The concept of paternalism in biomedical ethics”. In: HONNEFELDER, Ludger; STURMA, Dieter (Ed.). *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. Berlin: De Gruyter, 2009, p. 77-92.

BENN, Piers. LUPTON, Martin. “Sterilisation of young, competent, and childless adults.” *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 330,7503, 2005, p. 1323-1325, 2005. DOI: 10.1136/bmj.330.7503.1323

BILGE, Sirma; COLLINS, Patricia Hill. *Intersectionality*. Key Concepts Series. Cambridge; Malden: Polity Press, 2016.

CARLSON, Licia. “Unmasking Intellectual Disability in Philosophical Discours”. In: CARLSON, Licia; KITTAY, Eva (eds.). *Cognitive Disability: A Challenge to Moral Philosophy*. Boston: Blackwell Publishing, 2010.

CARVALHO, Leonardo Dallacqua de. “A esterilização na perspectiva eugênica de Renato Kehl na década de 1920”. In: *SÆCULUM-REVISTADE HISTÓRIA*, nº 38, João Pessoa, jan./jun. 2018. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6725.2018v38n38.36273>

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. *A World of Change: 2017 Annual Review*. 2017.

<https://reproductiverights.org/document/annual-report-2017>

CHO, Sumi; CRENSHAW, Kimberlé Williams; MCCALL, Leslie. “Toward a Field of Intersectionality Studies: theory, applications, and praxis”. In: *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, [s.l.], vol. 38, nº 4, p. 785-810, jun. 2013. University of Chicago Press. <http://dx.doi.org/10.1086/669608>.

COHEN, Jean L. “Repensando a privacidade: autonomia, identidade e a controvérsia sobre o aborto”. In: *Revista Brasileira de Ciência Política*, [s.l.], nº 7, p. 165-203, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-33522012000100009>.

COLLINS, Patricia Hill. *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. São Paulo: Boitempo, 2019.

COOK, Rebeca J.; DICKENS, Bernard M.; FATHALLA, Mahmoud F. *Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos*. In: *Questões de ética médica*. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

CRENSHAW, Kimberlé. “Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics”. *University of Chicago Legal Forum*, vol. 1989. Disponível em: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.

CUENCA, Patricia. “Sobre la inclusión de la discapacidad en la teoría de los derechos humanos”. In: *Revista de Estudios Políticos (nueva época)*, Madrid, n. 158, out-dez, 2012. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4130420>

DALTOÉ, Camila Mafioletti; TOKARSKI, Maíne Laís. “Autonomia reprodutiva, gênero e deficiências: ponderações sobre a esterilização de mulheres consideradas portadoras de impedimentos nas funções mentais ou intelectuais”. In: *Revista Jurídica (FURB)*, vol. 22, nº 47, 2018, p. 159-196. <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/6782>

DAVAKI, Konstantina; MARZO, Claire; NARMINIO, Elisa; ARVANITIDOU,

Maria. “Discrimination generated by the intersection of gender and disability: Study”. In: *European Parliament*, 2013. Disponível em: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2013/493006/IPOL-EMM_ET\(2013\)493006_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2013/493006/IPOL-EMM_ET(2013)493006_EN.pdf)

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

DAVY, Laura. “Philosophical Inclusive Design: Intellectual Disability and the Limits of Individual Autonomy in Moral and Political Theory”. In: *Hypatia*, vol. 20, n° 1, 2104, p. 132–148. <https://doi.org/10.1111/hypa.12119>

_____. “Between an ethic of care and an ethic of autonomy”. In: *Angelaki*, [s.l.], vol. 24, n° 3, 2019, p. 101-114. <http://dx.doi.org/10.1080/0969725x.2019.1620461>.

DINIZ, Débora. “Modelo social de deficiência: a crítica feminista”. In: *Série Anis* 28, Brasília, Letras Livres, p. 1-8, julho, 2003a. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15250>

_____. “Diagnóstico Pré-Natal e Aborto Seletivo”. Apresentação. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2003b, vol. 12, n° 2, p. 9 - 11. <http://www.scielo.br/pdf/physis/v13n2/a02v13n2.pdf>

_____. “Quem Autoriza o Aborto Seletivo no Brasil? Médicos, Promotores e Juizes em Cena”. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 13, n° 2, 2003c, p. 13-34. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312003000200003>.

_____. “Direitos Sexuais e Reprodutivos: Qual o Desafio Imposto pela Deficiência?”. In: BRASIL. *I seminário nacional de saúde: direitos sexuais e reprodutivos e pessoas com deficiência*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15404>

DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina Gonzalez. “Aborto e razão pública: o desafio da anencefalia no Brasil”. *Mandrágora*, vol. 13, n° 13, 2007, p. 22-32.. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-0985/mandragora.v13n13p22-32>

DOTSON, Lori Ann; STINSON, Jennifer; CHRISTIAN, Leeann. «People tell me I can't have sex: Women with disabilities share their personal perspectives on health care, sexuality, and reproductive rights”. In: *Women and Therapy*, vol. 26, n° 3-4, 2003, p. 195–209. https://doi.org/10.1300/J015v26n03_02

FINE, Michelle; ASCH, Adrienne. “Shared dreams: A left perspective on disability rights and reproductive rights”. In: FINE, Michelle; ASCH, Adrienne (org.). *Women with Disabilities: Essays in Psychology, Culture and Politics*. Philadelphia: Temple University Press, 1988.

FINGER, Anne. “Forbidden fruit”. In: *New Internationalist*, n° 233, 1992, p. 8–10. <https://newint.org/features/1992/07/05/fruit>.

_____. “Claiming all of our bodies: Reproductive rights and disabilities”. In: ARDITTI, Rita; KLEIN, Renate Duelli; MINDEN, Shelley. In: *Test-Tube Women: What Future for Motherhood*. London: Pandora Press, 1984, p. 281–297

GARLAND-THOMSON, Rosemarie. “Disability Bioethics: from theory to practice: From Theory to Practice”. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, [s.l.], vol. 27, n° 2, 2017, p. 323-339. Project Muse. <http://dx.doi.org/10.1353/ken.2017.0020>.

GILL, Carol. *Becoming Visible: Personal Health Experiences of Women with Disabilities*. In: KROTOSKI, D. M.; NOSEK; M. A.; TURK, M. A. *Baltimore Women with Physical Disabilities: Achieving Maintaining Health and Well-Being*. Maryland: Paul H. Brookes Publishing, 1996, p. 5-15.

HOOKS, Bell. *Teoria Feminista: da margem ao centro*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Daniel Cerqueira (Org.). *Atlas da Violência 2018*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018. 93 p. http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf.

JUNGES, José Roque. “Falácia dilemática nas discussões da bioética”. In: *Revista Bioética*, Brasília, vol. 27, n° 2, p. 196-203, Jun 2019. <http://>

revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1948

KAFER, Alison. *Feminist, queer, crip*. Indiana: Indiana University Press, 2013.

KITTAY, Eva Feder. *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*, New York: Routledge, 1999.

_____. "On the expressivity and ethics of selective abortion for disability: conversations with my son". In: PARENS, Erik; ASCH, Adrienne (ed.). *Prenatal testing and disability rights*. Washington: Georgetown, 2000, p.165-196. <http://evafederkittay.com/wp-content/uploads/2014/11/ExpressivityCompleteOCR.pdf>

_____. "When Caring Is Just and Justice Is Caring: Justice and Mental Retardation". In: *Public Culture*, vol. 13, nº 3, 2001, p. 557-579. DOI: 10.1215/08992363-13-3-557

MACKENZIE, Catriona. "Feminist innovation in philosophy: relational autonomy and social justice". In: *Women's Studies International Forum*, [s.l.], vol. 72, p. 144-151, jan. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wsif.2018.05.003>.

MATSUKURA, Thelma Simões; MARTURANO, Edna Maria; OISHI, Jorge; BORASCHE, Graciele. "Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais". In: *Rev. bras. educ. Espec.*, Marília, vol.13, nº3, 2007, p.415-428. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382007000300008

MEEKOSHA, Helen. "The complex balancing act of choice, autonomy, valued life, and rights: Bringing a feminist disability perspective to bioethics". In: *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, vol. 2, nº 2, 2010. doi:10.2979/fab.2010.3.2.1

MELO, Hildete Pereira de.; THOMÉ, Débora. *Mulheres e poder: histórias, ideias e indicadores*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2018.

MELLO, Anahi Guedes de; NUERNBERG, Adriano Henrique. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Estudos feministas*, p. 635-655, 2012.

MELLO, Anahí Guedes de. RONDON, Gabriela. "Feminismo, deficiência e autonomia reprodutiva: o aborto em tempos de Zika no Brasil". *Somatosphere*, 17 fevereiro 2020. Disponível em: <http://somatosphere.net/2020/abortion-zika.html/>. Acesso em 01 out 2020.

MORRIS, Jenny. "Impairment and disability: constructing an ethics of care which promotes human rights". In: *Hypatia*, vol.16, 2001, p. 1-16. .

MYKITIUK, Roxanne; CHADHA, Ena. "Sites of Exclusion: Disabled Women's Sexual, Reproductive and Parenting Rights". In: RIOUX, Marcia H.; BASSER, Lee Ann; JONES, Melinda (ed). *Critical perspectives on human rights and disability law*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011.

NELSON, James Lindemann. "The meaning of the Act: reflections on the expressive force of reproductive decision making and policies". In: PARENS, Erik; ASCH, Adrienne (ed.). *Prenatal testing and disability rights*. Washington: Georgetown, 2000, p. 196- 213. DOI: 10.1353/ken.1998.0011

NICOLAU, Stella Maris; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. "Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde". In: *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 18, nº 3, p. 863-872, Mar. 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300032>.

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS. *Sterilization of Women and Girls with Disabilities: a briefing paper*. 2011. <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/sterilization-women-and-girls-disabilities-0>

OUELLETTE, Alicia. *Bioethics and disability: Toward disability-conscious bioethics*. Cambridge University Press, 2011.

PARENS, Erik. ASCH, Adrienne. "Disability rights critique of prenatal genetic testing: reflections and recommendations". In: *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, nº9, 2003, p. 40-47. DOI: 10.1002/mrdd.10056

RAPP, Rayna. *Testing women, testing the fetus: the social impact of amniocentesis in America*. New York: Routledge, 1999.

RÉGIS, Hebe Cristina Bastos. *Mulheres com deficiência intelectual e a esterilização involuntária: de quem é esse corpo?*. 288 f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, Santa Catarina, 2013. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/123020>

RUEDA-MARTINEZ, Gabriela; FACANHA, Telma Rejane dos Santos; SILVA, Lízia Fabíola Almeida; GARRAFA, Volnei. “Análise bioética da esterilização em pessoas com deficiência intelectual”. In: *Saúde debate [online]*. 2015, vol.39, nº106, p.855-868. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030024>.

SCHULMAN, Gabriel. “Esterilização Forçada, Incapacidade Civil e o Caso Janaína: “não é segurando nas asas que se ajuda um pássaro a voar”. In: *Revista Eletrônica Direito e Sociedade-REDES*, vol. 6, nº 2, 2018, p. 107-123. <http://dx.doi.org/10.18316/redes.v6i2.4952>

SEGATO, Rita Laura. *Las Estructuras Elementales de la Violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SHAKESPEARE, Tom. “Choices and Rights: eugenics, genetics and disability equality”. In: *Disability and Society*, vol. 13, nº 5, 1998, p. 665-681.

SHAKESPEARE, Tom. *Disability rights and wrongs revisited*. 2 ed. Londres, Nova York: Routledge. 2014.

SHARP, Keith; EARLE, Sarah. “Feminism, Abortion and Disability: irreconcilable differences?”. *Disability and Society*, n. 17(2), p. 137–145, 2002. <http://oro.open.ac.uk/12756/>

SHELDON, Alison. Personal and Perplexing: feminist disability politics evaluated. In: *Disability and Society*, bol. 14, nº 6, 1999, p. 643-657. <https://doi.org/10.1080/09687599925993>

SHILDRICK, Margrit. *Dangerous discourses of disability, subjectivity and sexuality*. UK: Palgrave Macmillan, 2009.

SILVERS, Anita, “Feminist Perspectives on Disability”. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2019 Edition), Edward N. Zalta (ed.). <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/feminism-disability/>.

TILLEY, Elizabeth; WALMSLEY, Jan; EARLE, Sarah; ATKINSON, Dorothy. “‘The silence is roaring’: sterilization, reproductive rights and women with intellectual disabilities”. In: *Disability & Society*, [s.l.], vol. 27, nº 3, p. 413-426, maio 2012. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/09687599.2012.654991>.

UNITED NATIONS (UN). “General Comment Nº1 on Article 12: Equal Recognition Before the law”. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*: 19 Mai 2014. 2014. Disponível em: <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>>.

UNITED NATIONS (UN). “List of issues in relation to the initial report of Brazil”. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*: 15 Mai 2015. 2015a. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/082/61/PDF/G1408261.pdf?OpenElement>

UNITED NATIONS (UN). “Concluding observations on the initial report of Brazil”. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*: 29 September 2015. 2015b. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/220/75/PDF/G1522075.pdf?OpenElement>.

UNITED NATIONS (UN). “General Comment Nº3 on women and girls with disabilities”. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*: 25 nov 2016. 2016. Disponível em: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler>.