

ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES RIBEIRINHAS NO INTERIOR DO AMAZONAS: (DES) CAMINHOS DA VULNERABILIDADE

Sterilization of riverside women in the inland Amazonas:
(mis)paths of vulnerability

Esterilización de mujeres ribereñas en la Amazonia interior:
(des)caminos de vulnerabilidad

RESUMO:

O estudo analisa as múltiplas dimensões de vulnerabilidade no processo de esterilização cirúrgica entre mulheres ribeirinhas de Nova Olinda do Norte, Amazonas, Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, com entrevistas realizadas com onze mulheres, para compreender como condições de vida, políticas públicas e relações de poder influenciam suas decisões reprodutivas. Os resultados foram organizados em três eixos: vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais. A laqueadura tubária, muitas vezes apresentada como única opção contraceptiva, é resultado de decisões moldadas por pressões sociais e institucionais, em vez de escolhas autônomas, exacerbando desigualdades e restringindo a autonomia reprodutiva. O estudo ressalta a necessidade urgente de políticas públicas que promovam justiça social reprodutiva e assegurem acesso a serviços de saúde de qualidade para populações ribeirinhas.

Palavras-chave: Laqueadura tubária; Vulnerabilidade; Autonomia reprodutiva; Mulheres ribeirinhas; Saúde pública.

ABSTRACT:

This study analyzes the multiple dimensions of vulnerability in the surgical sterilization process among riverside women in Nova Olinda do Norte, Amazonas, Brazil. This is qualitative and exploratory study, with interviews conducted with eleven women, to understand how living conditions, public policies, and power relations influence their reproductive decisions. The results were organized into three axes: Individual, Social and Institutional Vulnerabilities. Tubal ligation, often presented as the only contraceptive option, is the result of decisions shaped by social and institutional pressures, rather than autonomous choices, exacerbating inequalities and restricting reproductive autonomy. The study highlights the urgent need for public policies that promote reproductive so-

MONIQUE CALDAS

<https://orcid.org/0000-0002-0413-5776>

Mestra em Psicologia - UFAM. Professora Substituta do Departamento de Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, Manaus/AM, Brasil.

E-mail: monique.caldas@ufam.edu.br

ADRIA DE LIMA SOUSA

<https://orcid.org/0000-0002-7395-1806>

Doutora em Psicologia, UFSC. Professora Adjunta da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus/AM, Brasil.

E-mail: adria.sousa@ufam.edu.br

BRENO DE OLIVEIRA FERREIRA

<https://orcid.org/0000-0002-0979-3911>

Doutor em Saúde Coletiva. Bolsista Produtividade do CNPq. Professor da graduação e pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus/AM, Brasil.

E-mail: breno@ufam.edu.br

DOI: 10.5935/2175-1390.v25e25814



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

cial justice and ensure access to quality health services for riverside populations.

Keywords: *Tubal ligation; Vulnerability; Reproductive autonomy; Riverside women; Public health.*

RESUMEN:

El estudio analiza las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad en el proceso de esterilización quirúrgica entre mujeres ribereñas de Nova Olinda do Norte, Amazonas, Brasil. Se trata de una investigación cualitativa y exploratoria, con entrevistas realizadas a once mujeres, para comprender cómo las condiciones de vida, las políticas públicas y las relaciones de poder influyen en sus decisiones reproductivas. Los resultados se organizaron en tres ejes: Vulnerabilidades Individuales, Sociales e Institucionales. La ligadura de trompas, a menudo presentada como la única opción anticonceptiva, es el resultado de decisiones condicionadas por presiones sociales e institucionales, más que por decisiones autónomas, lo que exacerba las desigualdades y restringe la autonomía reproductiva. El estudio destaca la urgente necesidad de políticas públicas que promuevan la justicia social reproductiva y garanticen el acceso a servicios de salud de calidad para las poblaciones ribereñas.

Palabras clave: *Ligadura de trompas; Vulnerabilidad; Autonomía reproductiva; Mujeres ribereñas; Salud pública.*

INTRODUÇÃO

Mulheres ribeirinhas amazônidas vivem em um contexto de desigualdades sociais e geográficas, em comunidades próximas a rios, que limitam o acesso a serviços básicos e impactam significativamente a saúde reprodutiva (Cabral, Cella, & Freitas, 2021; Parmejiani et al., 2021). A esterilização cirúrgica com a laqueadura tubária surge, nesse contexto, como uma opção comum de planejamento familiar, ainda que restrinja a autonomia reprodutiva dessas mulheres. Este estudo analisa as vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais que permeiam a esterilização cirúrgica na perspectiva de mulheres ribeirinhas amazônidas, para tal considera como as condições de vida, as políticas públicas e as relações de poder afetam as escolhas dessas mulheres.

Ao analisar as vivências das mulheres ribeirinhas amazônidas, identifica-se um grupo frequentemente negligenciado em pesquisas sobre saúde reprodutiva. Essas mulheres residem em comunidades ao longo do rio Madeira, pertencente ao município de Nova Olinda do Norte, enfrentando obstáculos logísticos e de infraestrutura que limitam o acesso a serviços de saúde. Em regiões remotas, com baixa densidade populacional, as dificuldades são agravadas, restringindo-lhes a autonomia e o direito de decidirem sobre seus próprios corpos (Andrade et al., 2024).

O vínculo intrínseco dessas comunidades com o ambiente natural, especialmente o rio, essencial para o deslocamento e a subsistência, acentua as dificuldades vividas. As condições adversas, como a precariedade do acesso a recursos básicos e serviços públicos, somam-se à escassez de estudos sobre a saúde das mulheres ribeirinhas, destacando a necessidade de pesquisas que abordem essa realidade (Fernandes et al., 2020).

A esterilização cirúrgica, em um contexto de escassez de alternativas contraceptivas, associada à pressão social e institucional, reflete uma intersecção complexa entre condições socioeconômicas e saúde reprodutiva (Corrêa & Petchesky, 1996). Essa escolha deve ser compreendida como consequência de fatores estruturais que limitam as opções de mulheres ribeirinhas, evidenciando sua vulnerabilidade em um cenário de desigualdade.

A literatura sobre esterilização feminina na América Latina apresenta lacunas ao negligenciar as especificidades das mulheres ribeirinhas amazônidas (Parmejiani et al., 2021). O foco em contextos urbanos obscurece as relações complexas entre autonomia, saúde pública e políticas demográficas que influenciam as decisões reprodutivas dessas mulheres. Assim, seus direitos são frequentemente reduzidos a questões de acesso a métodos contraceptivos, desconsiderando fatores sociais e culturais que moldam suas experiências. Nesse contexto, Lélia Gonzalez (2020) ressalta a dupla discriminação racial e sexual enfrentada por mulheres latino-americanas, aumentando sua vulnerabilidade.

A bioética feminista oferece uma perspectiva crítica para analisar as políticas de controle reprodutivo, desnaturalizando práticas como a esterilização feminina, frequentemente usada como instrumento de controle populacional, impostas às mulheres em situação de vulnerabilidade social. Centrada na autonomia e na justiça reprodutiva, essa abordagem desafia estruturas de poder que perpetuam opressões e restringem as escolhas reprodutivas (Diniz & Guilhem, 2000). Conforme Nubia Cruz (2020), a adoção de uma perspectiva interseccional reconhece que as experiências das mulheres são moldadas pela interação de múltiplos fatores sociais, como gênero, classe e raça, sendo necessária quando se busca promover a justiça social para grupos historicamente marginalizados.

A interseccionalidade revela a complexidade das opressões sociais, ao mostrar como diferentes marcadores sociais se entrelaçam, gerando experiências únicas de iniquidades (Ferreira et al., 2024). A interseccionalidade contribui para a compreensão sobre como as vulnerabilidades, construídas socialmente, se acumulam e afetam a vida dessas mulheres, sendo essencial para abordar a inclusão de grupos vulneráveis. José Ayres (2023), propõe uma perspectiva crítica da vulnerabilidade, compreendendo-a como um produto de relações sociais desiguais, e não uma característica intrínseca aos indivíduos. A análise multifacetada da vulnerabilidade, proposta pelo autor, contempla dimensões individuais, sociais

e institucionais, evidenciando como interações sociais e políticas públicas podem reduzir ou aumentar os riscos enfrentados por grupos vulneráveis.

Dessa forma, este trabalho busca contribuir para a construção de um conhecimento mais profundo sobre as dinâmicas que limitam a autonomia reprodutiva das mulheres ribeirinhas amazônicas, com o objetivo de fomentar políticas públicas que promovam a justiça reprodutiva e a igualdade de direitos.

MÉTODO

Este estudo utiliza uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória (Minayo, 2017) para investigar a experiência de onze mulheres ribeirinhas, residentes em Nova Olinda do Norte, Amazonas, submetidas à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa considera as características da rede de saúde local, os desafios de acesso e a vulnerabilidade dessas mulheres, abrangendo tanto áreas urbanas quanto rurais nas quais as ribeirinhas estão incluídas. O município possui cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) urbanas e um hospital de pequeno porte que oferece maternidade, laboratório, urgência e emergência. Nas áreas rurais/ribeirinhas, a rede inclui outras cinco UBS organizadas em polos territoriais para atender comunidades adjacentes. Contudo, a distância e as condições precárias das vias de acesso características da região dificultam o atendimento, agravando a vulnerabilidade das mulheres que dependem dessa estrutura.

A seleção das participantes da pesquisa utilizou a técnica “bola de neve” (Vinuto, 2014), fundamental para alcançar grupos de difícil acesso, garantindo uma amostra representativa e homogênea quanto à experiência no sistema público de saúde. O critério de elegibilidade incluiu mulheres cisgênero, com idades entre 21 e 50 anos, residentes no município há pelo menos cinco anos, e que realizaram a esterilização cirúrgica exclusivamente pelo sistema público de saúde. Esse recorte assegurou a homogeneidade quanto à experiência de planejamento familiar no SUS.

As entrevistas foram realizadas com dois grupos: mulheres urbanas, que enfrentam dificuldades para acessar especificidades médicas mesmo em maior proximidade com os serviços; e, mulheres rurais/ribeirinhas, cujo deslocamento até as UBS frequentemente exige travessias fluviais de até três horas. Essa segmentação permitiu uma análise comparativa das diferentes realidades de acesso a saúde no município, destacando as desigualdades inerentes ao contexto amazônico. Estudo anterior realizado no mesmo município identificou obstáculos estruturais semelhantes no acesso à esterilização, com destaque para a informalidade nos procedimentos, fragilidade das redes institucionais e desigualdade territorial nos serviços ofertados (Caldas, Sousa, Therense, & Ferreira, 2024).

Por meio das entrevistas narrativas, as participantes relataram suas histórias de vida, com foco na experiência da laqueadura tubária. A pergunta inicial - “Conte-me sua história de vida e como foi passar pelo processo de laqueadura” - proporcionou liberdade e autonomia para expressar percepções e vivências. Com base em Sandra Jovchelovitch e Martin Bauer (2015), a entrevista narrativa foi conduzida de forma não diretiva, garantindo que as narrativas fossem espontâneas e minimamente influenciadas pela pesquisadora. Ao final, perguntas complementares ao tema foram apresentadas de modo a contribuir com a produção e a análise dos dados.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas a uma análise temática assistida pelo *software* Atlas.ti (versão 24). O processo de sistematização incluiu a transcrição integral das entrevistas, a divisão do texto em material individual e coletivo, e o agrupamento de experiências. A análise buscou identificar semelhanças e diferenças, organizando os dados em temas que refletem as vivências das interlocutoras.

Todos os procedimentos éticos foram rigorosamente seguidos, considerando a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer nº 6.634.897 (UFAM, 2024). Para assegurar a privacidade das participantes, foram usados nomes fictícios que respeitam as identidades culturais e sociais das comunidades ribeirinhas e indígenas, garantindo confidencialidade e sensibilidade cultural.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para construir uma compreensão mais aprofundada e contextualizada das experiências das interlocutoras, apresentamos a seguir um breve perfil de cada uma das participantes, destacando suas trajetórias e particularidades.

Araci, 47 anos - Residente na área rural, dedica-se às atividades agrícolas, sustentando sua família. Aos 31 anos, após o nascimento de seu oitavo filho, foi submetida à laqueadura tubária por meio de uma cirurgia eletiva realizada logo após o parto. Autodeclarada parda, Araci vive em união estável com seu parceiro, desempenhando um papel vital tanto na economia rural quanto na dinâmica familiar.

Canumã, 27 anos - Agricultora e moradora da zona rural, Canumã enfrentou desafios pessoais significativos ao ser laqueada aos 19 anos, após o nascimento de seu segundo filho, em uma cirurgia eletiva realizada após o parto. Solteira, conta com o apoio de familiares, especialmente no cuidado de um dos filhos, que precisa de tratamento na capital, destacando a importância das redes de apoio em comunidades rurais.

Guaraci, 31 anos - Residente na área central do município e dona de casa, Guaraci foi submetida à laqueadura há três meses, após o nascimento de seu quinto filho. O procedimento foi resultado de uma negociação informal diretamente com o médico, o que reflete a complexidade e as considerações envolvidas no acesso a métodos contraceptivos permanentes. Casada e com suporte familiar, Guaraci tem um histórico de uso de anticoncepcionais, evidenciando sua preocupação com o planejamento familiar.

Iracema, 47 anos - Agricultora, residente na área rural, passou por uma laqueadura aos 34 anos, após ter nove filhos, a partir de uma negociação informal entre os profissionais de saúde, a qual culminou na realização do procedimento. Divorciada, encontrou apoio e acolhimento na paróquia de sua comunidade após a separação, vivendo atualmente com seu filho mais novo. Sua trajetória sublinha a importância das redes comunitárias.

Urariá, 43 anos - Agricultora e moradora da zona rural, foi laqueada aos 28 anos, após o nascimento de sete filhos, em uma negociação informal que viabilizou o procedimento. Ela vive em união estável com seu parceiro íntimo, mantendo-se ativa tanto na agricultura quanto na gestão familiar.

Juma, 30 anos - Dona de casa e residente na área rural, foi laqueada aos 19 anos após o nascimento de dois filhos, por meio de uma cirurgia eletiva realizada depois do parto. Se autodeclara branca e vive com um parceiro íntimo. Relatou que foi informada pelo médico que a laqueadura teria uma duração de sete anos, motivo pelo qual continua a usar anticoncepcionais até a data da entrevista.

Olindina, 27 anos - Moradora da área central e autodeclarada parda, Olindina, uma dona de casa, foi submetida à laqueadura quatro meses antes da data da entrevista, após ter três filhos. O procedimento foi realizado após uma negociação - por ter proximidade com os profissionais de saúde -, que lhe permitiu o acesso à laqueadura. Solteira, gerencia sozinha as responsabilidades familiares, refletindo a realidade de muitas mulheres em sua condição.

Iara, 43 anos - Mulher indígena e residente na zona rural, Iara foi laqueada aos 32 anos após o nascimento de seis filhos. Relata que acessou a cirurgia por meio do protocolo do planejamento reprodutivo. Casada, ela continua a desempenhar um papel ativo em sua comunidade, equilibrando responsabilidades familiares e tradições culturais.

Jaci, 27 anos - Residente na área central do município, Jaci, mulher branca e autônoma, passou por uma laqueadura aos 26 anos, participando de um mutirão de cirurgias, após o nascimento de seus dois filhos. Ela vive com um parceiro íntimo, representando um perfil urbano de mulher que equilibra trabalho autônomo e vida familiar.

Moara, 29 anos - Autônoma e moradora da área central, Moara, autodeclarada parda, foi laqueada quatro meses antes da data da entrevista, tendo um filho. O procedimento foi realizado depois de uma negociação - por ter proximidade com os profissionais de saúde -, destacando a informalidade e facilidade de acesso a um procedimento executado sem protocolos.

Tupana, 26 anos - Moradora da área central e autodeclarada parda, Tupana, uma dona de casa, foi laqueada aos 25 anos após o nascimento de três filhos, em uma cirurgia eletiva realizada após o parto. Contudo, relata que houve complicações na cirurgia, mas foi notificada do “sucesso” do procedimento de laqueadura e foi surpreendida com uma nova gestação. O bebê tinha quatro meses na data da entrevista, evidenciando a gravidade da situação em que as mulheres se submetem a procedimentos cirúrgicos sem a certeza de sua eficácia, refletindo fragilidades no atendimento prestado pelos profissionais de saúde.

A partir da produção dos dados, organizamos três eixos temáticos que representam os (des) caminhos da vulnerabilidade de mulheres ribeirinhas amazônidas em relação a sua esterilização.

VULNERABILIDADES INDIVIDUAIS

Este eixo compreende as vulnerabilidades individuais das mulheres ribeirinhas no período gravídico-puerperal, com foco na influência da laqueadura sobre sua autonomia reprodutiva. Ao analisar essa vulnerabilidade, é fundamental adotar uma perspectiva que transcenda a visão reducionista, considerando as pessoas como produtos de relações sociais e estruturas de poder.

Segundo Ayres (2023), a vulnerabilidade individual refere-se às condições que tornam pessoas ou grupos mais suscetíveis a danos ou opressões. No caso das mulheres ribeirinhas do interior do Amazonas, essa vulnerabilidade é intensificada por fatores sociais, culturais, econômicos e de saúde que limitam sua autonomia e o exercício pleno de seus direitos. A análise exige ir além dos dados técnicos, explorando também a dimensão subjetiva do cuidado.

O cuidado deve ser interativo, valorizando os saberes das mulheres e construindo decisões em conjunto. Ao invés de fornecer informações sobre procedimentos como a esterilização, profissionais de saúde devem criar espaços de diálogo que respeitem as individualidades e histórias de vida dessas mulheres.

As narrativas mostram que a decisão pela laqueadura geralmente resulta de pressões sociais e institucionais, não de uma reflexão autônoma. A falta de espaço para diálogo com profissionais é evidente nos relatos, e mesmo entre aquelas que buscaram informações, muitas se sentiram inseguras e mal-informadas.

Em muitos casos, as mulheres foram direcionadas à laqueadura sem acesso a outras opções de planejamento familiar ou sem tempo suficiente para refletir sobre a decisão. Moara relata ter pesquisado sobre o procedimento na internet, mas sua única orientação médica se resumiu a pergunta do cirurgião no dia da operação: “É isso mesmo que você quer fazer?”. A ausência de um acompanhamento pré-operatório adequado, baseado em pesquisas na *internet*, evidencia uma fragilidade do sistema de saúde que permite a realização de procedimentos complexos sem protocolos bem definidos. Essa prática expõe tanto o profissional quanto a paciente a riscos desnecessários.

As mulheres comumente são conduzidas a tomar essa decisão no final da gestação, período de alta vulnerabilidade física e emocional, limitando ainda mais sua autonomia. Araci, em seus relatos, destacou seu desconhecimento sobre o procedimento: “Nem entendo, ninguém me explicou nada antes de operar, não. É só operar e pronto, não vai mais ter filho”. Ela também mencionou que, devido à sua situação familiar e financeira, agravada pelo fato de já ter oito filhos, foi influenciada por sua irmã a realizar a laqueadura. “Eu fiz porque a minha irmã já queria mandar me operar”, afirmou Araci, revelando que, embora desejasse limitar sua prole, a decisão de realizar a laqueadura foi terceirizada para um familiar, evidenciando a falta de autonomia na decisão pelo procedimento. Esse relato reflete um processo de submissão à laqueadura impulsionado por influências externas, gerando pouca autonomia sobre seu próprio corpo. Esse descumprimento legal reforça a precariedade do sistema de saúde na garantia dos direitos reprodutivos dessas mulheres e expõe as fragilidades institucionais que perpetuam as desigualdades.

A aceitação da laqueadura, interpretada como consentimento, esconde pressões sociais e médicas que influenciam decisões. Mariel Mannes (2016) destaca o posicionamento de Tristram Engelhardt sobre a importância de considerar privilégios e vulnerabilidades no conceito de permissão e complementa, enfatizando, o quanto a autonomia implica em respeitar escolhas pessoais. No caso da laqueadura, a

Para que o cuidado não se torne opressivo ou coercitivo, é fundamental que os profissionais da saúde adotem uma postura reflexiva e ética, problematizando a relação entre o sucesso técnico e o sucesso prático no cuidado. O primeiro está relacionado à eficiência dos procedimentos, enquanto o segundo se refere à satisfação das necessidades e desejos das pessoas envolvidas. No caso das mulheres ribeirinhas, focar exclusivamente no sucesso técnico pode levar à perpetuação de práticas que desconsideram suas vontades, suas vozes e até mesmo seus corpos.

Dessa forma, para promover uma justiça reprodutiva plena, é essencial que as práticas de saúde não promovam apenas a eficácia técnica, mas também considerem o respeito às subjetividades. Isso implica reconhecer e superar as opressões que restringem a autonomia reprodutiva dessas mulheres, frequentemente sujeitas a escolhas que não refletem suas vontades ou são mal-informadas, devido a pressões externas. No entanto, essas vulnerabilidades individuais estão conectadas a um contexto social mais amplo, influenciado por condições socioeconômicas, relações de poder e desigualdades estruturais que afetam as experiências dessas mulheres e contribuem para as vulnerabilidades sociais enfrentadas, as quais serão discutidas a seguir.

VULNERABILIDADE SOCIAL

Este eixo explora a ausência de redes de apoio e seu impacto na saúde mental das mulheres ribeirinhas, com destaque para casos de depressão e ansiedade. A falta de suporte social e emocional aprofunda sentimentos de solidão e desamparo, agravando o sofrimento mental, especialmente no ciclo gravídico-puerperal.

O isolamento socioafetivo intensifica o que Ayres (2023) chama de vulnerabilidade social, resultante de desigualdades estruturais e contextos específicos. Esse isolamento decorre não apenas das barreiras geográficas, mas também da negligência social e institucional, ampliando a vulnerabilidade dessas mulheres.

A narrativa de Guaraci descreve a sensação de estar “se afogando em águas profundas” durante o puerpério, ilustra a intensidade do desamparo e da solidão vividos, quando se viu sozinha ao enfrentar a responsabilidade de cuidar de um recém-nascido e de outros quatro filhos, sem apoio: “como se uma parte da gente ali estivesse se afogando em águas profundas e não conseguisse emergir, a gente não entende a ausência das pessoas na nossa vida, naquele momento que tu precisa ali”.

Segundo Valeska Zanello (2016), a maternidade tem sido historicamente vista como um papel natural da mulher, atribuindo-lhe, de forma reducionista, a responsabilidade quase exclusiva pela procriação e cuidado dos filhos. Essa visão não considera as complexidades da maternidade, especialmente em contextos nos quais a mulher não tem uma rede de apoio.

A falta de suporte familiar afeta profundamente a saúde mental das mulheres ribeirinhas, que enfrentam sozinhas decisões reprodutivas e sobrecarga de cuidados (Fernandes et al., 2020). Além disso, evidências indicam que, diante da insuficiência das redes institucionais, as redes comunitárias e familiares tornam-se mecanismos decisivos tanto para o acesso à esterilização quanto para a superação de barreiras logísticas e emocionais (Caldas et al., 2024). Essa construção social patriarcal, ao posicionar a mulher como responsável pela procriação e cuidados domésticos, agrava sua vulnerabilidade.

Um exemplo particularmente grave, é o relato de Tupana, que compartilhou o constrangimento e o isolamento que enfrentou ao engravidar novamente, apesar de ter se submetido a uma laqueadura. Ela descreve o julgamento das pessoas, que associaram sua condição financeira a uma nova gestação: “eles falam como se eu tivesse procurado de novo engravidar, entendeu? Eu sofri bastante”. Tupana também menciona frases como: “tu engravidaste de novo, tu quiseste filho de novo”, e pontuou que poucas pessoas em seu meio acreditavam que ela havia realmente feito a laqueadura, especialmente após a gestação inesperada.

Tupana foi vista como irresponsável, sua palavra sobre o procedimento foi posta em dúvida, expondo-a a julgamentos sociais que ignoram as complexidades de sua situação - o que demonstra como a falta

de compreensão e apoio amplifica as vulnerabilidades sociais dessas mulheres. Ao discutir saúde mental e gênero, é fundamental considerar como estereótipos de gênero influenciam o sofrimento psíquico das mulheres, como aponta Zanello (2016), criando formas distintas de subjetivação para homens e mulheres.

O distanciamento entre os profissionais de saúde e as usuárias também foi observado. Fernandes et al. (2020) enfatizam a importância de informações seguras sobre decisões reprodutivas, assim como a necessidade de estabelecer um vínculo de confiança com as mulheres. Contudo, como apontam Santos et al. (2021), a falta de acessibilidade e a dificuldade de integração da saúde comunitária na região comprometem a confiança e a qualidade do atendimento prestado. Cabral et al. (2021) reforçam que a interiorização dos serviços de saúde é essencial para que o cuidado e a assistência médica especializada cheguem às comunidades ribeirinhas e isoladas.

A responsabilidade por decisões reprodutivas em ambientes de pouca interação reflete a marginalização social e institucional das mulheres ribeirinhas. Apesar de muitas profissionais de saúde serem mulheres, a confiança mútua ainda é rara, exceto quando as profissionais pertencem à própria comunidade.

As participantes Urariá e Iracema destacam o papel de profissionais locais no acesso à laqueadura. Eneline Gouveia et al. (2019) acentua que a competência cultural é essencial na atenção primária em saúde, permitindo que profissionais considerem características culturais e desenvolvam vínculos mais fortes com as pessoas atendidas, resultando em maior adesão e satisfação.

As autoras feministas (Gonzalez, 2020) discutem a marginalização das mulheres, caracterizando-as como “outras” em relação ao padrão eurocêntrico e patriarcal. A intersecção de gênero, raça, classe e territorialidade intensifica essa marginalização, tornando-as vulneráveis a diversas formas de violência simbólica e material. Esse contexto reflete-se na imposição de um modelo médico hegemônico que desconsidera seus saberes tradicionais e suas necessidades específicas. A ausência de empatia e vínculo entre as mulheres ribeirinhas e profissionais de saúde, muitas vezes também mulheres, evidencia como as hierarquias sociais influenciam o cuidado. A falta de sororidade entre as mulheres, que muitas vezes reproduz o modelo patriarcal, agrava as desigualdades e perpetua a violência simbólica.

A identidade territorial das mulheres ribeirinhas, marcada pela relação com o rio, molda seu modo de vida, mas também carrega vulnerabilidades sociais específicas. Ser ribeirinha não é apenas uma localização territorial, mas também uma condição que conforma o acesso a direitos e oportunidades, acentuando desigualdades estruturais e reforçando formas de opressão (Santos et al., 2021).

Viver às margens do rio implica desafios únicos, como o isolamento geográfico, a dificuldade de acesso a serviços de saúde e educação, bem como a dependência de recursos naturais para subsistência. Essas condições configuram uma vulnerabilidade estrutural que afeta especialmente as mulheres, as quais acumulam as responsabilidades do cuidado familiar. Nesse contexto, o papel de mãe é central e atravessado por limitações que dificultam a criação de seus filhos em condições de dignidade e segurança (Cruz, 2020).

Dado o exposto, a presente análise das relações interpessoais no contexto do cuidado em saúde demonstra que a vulnerabilidade social das mulheres ribeirinhas está intimamente ligada às questões de gênero e poder. Contudo, as vulnerabilidades não se limitam às relações interpessoais, mas também se manifestam nas estruturas institucionais que deveriam proteger e apoiar essas mulheres. O próximo ponto de discussão focará nas vulnerabilidades institucionais, revelando, mediante a análise das narrativas dessas mulheres, as falhas e omissões no sistema de saúde, que acabam por perpetuar esse ciclo de exclusão e desamparo.

VULNERABILIDADE INSTITUCIONAL

Este eixo analisa como as barreiras institucionais, como as dificuldades no acesso e nas limitações dos serviços de saúde impactam a saúde reprodutiva das mulheres ribeirinhas, com destaque para os problemas de financiamento do SUS. Tais barreiras refletem relações de poder historicamente construídas, que marginalizam comunidades indígenas, ribeirinhas e quilombolas, perpetuando desigualdades no acesso a serviços de saúde (Gouveia et al., 2019).

Ayres (2023) descreve as vulnerabilidades institucionais como limitações nos serviços e políticas públicas de saúde, evidenciadas por problemas estruturais, organizacionais e acesso aos recursos necessários para garantir o bem-estar das pessoas. Essas limitações são mais graves em comunidades marginalizadas, onde saberes tradicionais são ignorados e práticas biomédicas desconsideram especificidades culturais e territoriais (Gouveia et al., 2019).

Nas comunidades ribeirinhas, as barreiras institucionais incluem ausência de protocolos específicos para os procedimentos cirúrgicos. A narrativa de Juma, por exemplo, relata que o médico garantiu que sua cirurgia evitaria gestações por sete anos. Onze anos após o procedimento, ainda usa anticoncepcional injetável, temendo uma nova gravidez. Ela refere que, após três semanas, retornou ao hospital em busca de algum comprovante de sua cirurgia: “eu voltei lá, porquê quando a mulher é operada, eles dão um papelzinho, eles assinam lá”, porém, afirma que os profissionais procuraram, mas não encontraram registros sobre a laqueadura, havia apenas “o que diz que a mulher tirava o bebê só...”, fazendo menção a realização do parto via cesariana.

A ausência de protocolos e documentos comprobatórios representa uma falha no atendimento, deixando as mulheres em situações de vulnerabilidade extrema, sem o respaldo para confirmar que os procedimentos, como a laqueadura, foram realizados corretamente. Essas falhas apontam uma estrutura de poder que ignora os corpos das mulheres ribeirinhas, e reforça as hierarquias de gênero e raça historicamente opressivas (Rodrigues, 2023). Estudos apontam que a ausência de registros formais, somada à fragilidade institucional e à falta de padronização no acesso ao procedimento, reforça uma prática cotidiana marcada pela informalidade e pela precarização do cuidado (Caldas et al., 2024). Um exemplo crítico é o caso de Tupana que, após realizar a laqueadura intraparto, notou a agitação da equipe médica que a atendia. Tempos depois, Tupana descobre estar grávida novamente, enfrentando maus-tratos desde as consultas pré-natais, culminando em sua evasão da unidade e violência obstétrica durante o parto.

Esse caso ilustra as vulnerabilidades institucionais exacerbadas pela falta de intersetorialidade e intrasetorialidade, que não consideram como o gênero, a raça e a classe social interagem e podem agravar as condições de vulnerabilidade dessas mulheres. A falta de comunicação da equipe médica durante o procedimento e a ausência de suporte adequado deixou Tupana em uma situação de extrema vulnerabilidade, sem o suporte necessário para lidar com as consequências de uma laqueadura malsucedida, ficou à mercê de um sistema que falhou em garantir seus direitos e cuidados básicos. Mannes (2016) destaca que o consentimento informado, princípio ético fundamental, frequentemente é desconsiderado em contextos de desigualdade de poder, tornando-se uma formalidade. Essa realidade reflete a grave negligência institucional em não respeitar a autonomia e a dignidade de Tupana.

O acompanhamento inadequado e o julgamento moral sofridos por Tupana durante o pré-natal e o parto revelam a deterioração das relações de cuidado, exacerbada por um sistema de saúde que falha em proteger e respeitar as mulheres em situação de vulnerabilidade. Esses atos de violência obstétrica são consequência de uma violência estrutural que desumaniza os corpos “outros”, reforçando uma lógica de controle sobre as mulheres ribeirinhas, como reflexo das práticas coloniais persistentes nas instituições de saúde (Fausto et al., 2023).

As lacunas no sistema dificultam a implementação de políticas públicas universais e equitativas, deixando os territórios rurais dependentes de programas assistencialistas, que reforçam mecanismos coercitivos e clientelistas. A redução de recursos impacta na qualidade e na disponibilidade dos serviços de saúde, especialmente em regiões remotas como a Amazônia (Fausto et al., 2023), comprometendo tanto a implementação de protocolos adequados quanto a capacitação dos profissionais de saúde. Em áreas de difícil acesso a precariedade dos serviços é intensificada pela falta de recursos e infraestrutura. A desestruturação das políticas de saúde reprodutiva, aliada a essa precariedade, resulta em um atendimento fragmentado e inseguro, expondo as mulheres ribeirinhas a riscos evitáveis.

A má distribuição da rede de saúde na Amazônia evidencia as consequências devastadoras do desfinanciamento do SUS. Essas fragilidades institucionais perpetuam um ciclo de exclusão e vulnerabilidade, onde as mulheres ribeirinhas são deixadas à margem, sem acesso a cuidados essenciais e de qualidade.

Márcia Fausto et al. (2023), destacam que, embora os contextos rurais remotos do Brasil apresentem diversidade socioespacial, enfrentam desafios semelhantes na organização de serviços de saúde. A falta de recursos para a Atenção Primária à Saúde (APS) em áreas distantes não justifica a negação do direito à saúde. As dificuldades apontadas limitam o alcance dos serviços e institucionalizam as desigualdades no cuidado reprodutivo, aprofundando as vulnerabilidades das mulheres em regiões remotas.

A vulnerabilidade institucional relacionada à esterilização de mulheres ribeirinhas do interior do Amazonas é marcada por um histórico de práticas eugenistas e políticas de controle reprodutivo voltadas para grupos marginalizados. Esse legado continua a influenciar políticas públicas e as práticas de saúde em áreas remotas e de difícil acesso (Fernandes et al., 2020). O movimento eugenista, que ganhou força no início do século XX, defendia a melhoria genética da humanidade por meio de intervenções reprodutivas, incluindo esterilizações forçadas de mulheres pertencentes a grupos considerados “indesejáveis”, como populações indígenas, pobres e negras. Embora essas práticas tenham sido menos sistematizadas no Brasil, seus resquícios persistem nas políticas públicas de saúde (Sanches & Sacramento, 2023).

A esterilização, inicialmente vista como controle reprodutivo, frequentemente se tornou uma ferramenta de opressão em comunidades vulneráveis. No interior do Amazonas, essas práticas estavam associadas a uma lógica de dominação que desconsiderava as especificidades culturais e as necessidades locais. Mulheres ribeirinhas, por sua posição de vulnerabilidade social e geográfica, tornaram-se alvos dessas intervenções (Sanches & Sacramento, 2023).

Neste sentido, a historicidade das técnicas de controle reprodutivo revela uma série de decisões institucionais que reforçaram desigualdades estruturais, como a priorização de métodos irreversíveis de contracepção, como a laqueadura, em detrimento de alternativas menos invasivas. Essa escolha, reflete uma visão institucional que negligencia a autonomia reprodutiva dessas mulheres, perpetuando o desrespeito a seus direitos.

Em áreas remotas como as comunidades ribeirinhas, a falta de acesso à informação e a serviços de saúde de qualidade aumenta a vulnerabilidade institucional das mulheres. Muitas vezes, decisões sobre métodos contraceptivos são tomadas sem o devido esclarecimento ou consentimento, configurando uma forma de violência institucional. Essa dinâmica reflete um padrão histórico de controle reprodutivo imposto às populações marginalizadas.

A análise das vulnerabilidades institucionais também revela como as políticas públicas de saúde reproduzem desigualdades históricas. A alocação insuficiente de recursos para serviços de saúde reprodutiva em áreas remotas resulta em uma oferta limitada de métodos contraceptivos e atendimento inadequado. Nesse contexto, a esterilização surge como uma solução “prática”, ignorando os impactos a longo prazo na vida das mulheres.

Além disso, a imposição de práticas de esterilização em populações ribeirinhas reflete uma visão colonizadora que desvaloriza os saberes locais e a autonomia das comunidades, perpetuando um ciclo de exclusão e vulnerabilidade. A falta de representatividade das mulheres ribeirinhas nos processos decisórios agrava ainda mais essa situação, limitando suas possibilidades de contestar essas práticas.

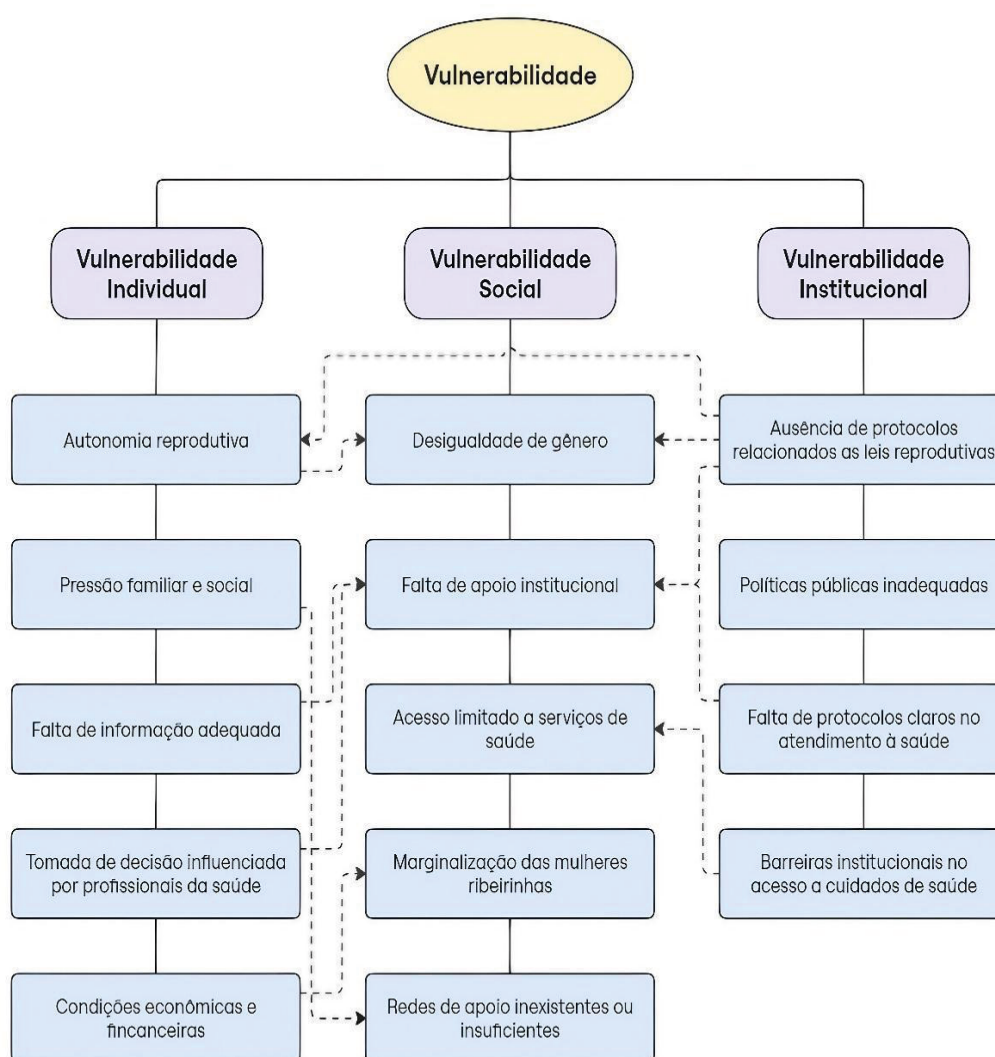
A perspectiva histórica também destaca como as instituições de saúde foram utilizadas como ferramentas de controle populacional, em vez de promoverem o bem-estar das comunidades. No Brasil, a adoção de políticas públicas baseadas em metas numéricas de esterilização, frequentemente associadas a incentivos econômicos para profissionais de saúde, exemplifica como as instituições reforçaram práticas coercitivas. Essa abordagem desconsidera as necessidades das mulheres, tratando-as como objetos de intervenção, não como sujeitos de direitos (Andrade et al., 2024).

A perpetuação de práticas históricas de controle reprodutivo também é evidenciada na falta de mecanismos de supervisão e responsabilização nas instituições de saúde. Casos de esterilização coercitiva raramente são investigados, reforçando a impunidade e desestimulando mudanças estruturais. Essa falha institucional contribui para a manutenção de um sistema que privilegia o controle populacional em detrimento do cuidado e da promoção da saúde.

A vulnerabilidade institucional das mulheres ribeirinhas é agravada pelo discurso que associa a esterilização à *melhoria* das condições de vida das famílias. Essa narrativa desconsidera o contexto cultural e social dessas mulheres, as quais frequentemente valorizam a maternidade como parte essencial de suas identidades. Ao impor métodos de controle reprodutivo sem considerar essas especificidades, as instituições desrespeitam sua autonomia e reforçam uma lógica de opressão.

A Figura 1 evidencia a interseccionalidade das vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres ribeirinhas de Nova Olinda do Norte, Amazonas. De acordo com Ayres (2023), uma combinação de fatores individuais, sociais e institucionais limita o acesso dessas mulheres a direitos fundamentais e oportunidades, perpetuando um ciclo de exclusão e marginalização.

Figura 1. Interseccionalidade das Vulnerabilidades Vivenciadas pelas Mulheres Ribeirinhas no Processo de Esterilização Cirúrgica



Fonte: Elaborada pelos autores

A figura apresentada sintetiza os múltiplos fatores de vulnerabilidade — individuais, sociais e institucionais — que compõem o cenário de restrição à autonomia reprodutiva das mulheres ribeirinhas de Nova Olinda do Norte. Ao evidenciar a sobreposição de marcadores sociais e as falhas nos dispositivos institucionais de cuidado, reafirma-se a necessidade de ampliar o olhar sobre o planejamento reprodutivo, para além de escolhas individuais, considerando os contextos estruturais. Nesse sentido, estudos recentes apontam que o desenho de políticas públicas deve considerar a precariedade das rotas de acesso, a informalidade nos atendimentos e a dependência de redes informais como fatores que ampliam desigualdades (Caldas et al., 2024). Tais elementos comprometem a efetividade das garantias legais de direitos reprodutivos e reforçam a urgência de políticas públicas sensíveis às interseccionalidades e desigualdades estruturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A laqueadura tubária, imposta a mulheres ribeirinhas do interior do Amazonas, revela uma violação de direitos reprodutivos, refletindo as desigualdades sociais e institucionais enraizadas. A pesquisa demonstra que a escolha por esse método contraceptivo nem sempre é uma decisão deliberada, mas resulta de um cenário marcado por múltiplos fatores de opressão, nos quais as vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais se entrelaçam para limitar consideravelmente as opções dessas mulheres. A precariedade no acesso a métodos contraceptivos eficazes e seguros, aliada à persistente invisibilidade dessas populações nas políticas públicas de saúde, agrava a situação, expondo as fragilidades do Estado em assegurar a saúde reprodutiva em contextos como o dessas mulheres.

A análise das narrativas das mulheres ribeirinhas submetidas à laqueadura reforça as lacunas institucionais, especialmente no processo de informação e consentimento, evidenciando a negligência na orientação médica. Essa realidade é agravada pela ausência de redes de apoio e pela precariedade dos serviços de saúde nas áreas ribeirinhas, configurando um cenário de vulnerabilidade que expõe essas mulheres a riscos e violações de seus direitos reprodutivos.

A construção de uma justiça reprodutiva efetiva requer a desconstrução das práticas coloniais e patriarcais que ainda permeiam as políticas públicas de saúde. É necessário fortalecer abordagens interseccionais que considerem as múltiplas dimensões da opressão enfrentadas por essas mulheres. As especificidades dos contextos ribeirinhos devem ser integralmente incluídos na formulação dessas políticas, promovendo não apenas o acesso a uma gama de métodos contraceptivos, mas também o reconhecimento e valorização dos saberes tradicionais e das necessidades singulares dessas comunidades. Somente por meio de uma reforma profunda, que compreenda as injustiças históricas e territoriais, será possível superar as desigualdades persistentes e assegurar o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ribeirinhas.

REFERÊNCIAS

- Andrade, A. B. C. A., Pucciarelli, M. L. R., Herkrath, F. J., & Pereira, M. L. G.** (2024). Uso de contraceptivos por mulheres atendidas por unidade básica de saúde fluvial em localidades rurais na Amazônia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 30, e15212023. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contraceptivos-por-mulheres-atendidas-por-unidade-basica-de-saude-fluvial-em-localidades-rurais-na-amazonia/19089?id=19089&id=19089>
- Ayres, J. R. C. M.** (2011). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).
- Ayres, J. R. C. M.** (2023). Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde em Debate*, 46(nspe.), 196-206. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>
- Cabral, I., Cella, W., & Freitas, S. R.** (2021). Reproductive behavior in riverside women: health survey in an isolated community in the Middle Solimões, Amazonas, Brazil. *Saúde em Debate*, 44(127), 1066-1078. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012709I>
- Caldas, E. S. M., Sousa, A. L., Therense, M., & Ferreira, B. O.** (2024). O processo de esterilização de mulheres amazônidas ribeirinhas: Rotas de acesso, influências e incertezas. *Revista Fragmentos de Cultura – Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, 34(5), 331-341. <https://doi.org/10.18224/frag.v34i5.14618>
- Corrêa, S. & Petchesky, R.** (1996). Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 6(1) 147-177. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>
- Cruz, N. S.** (2020). A interferência na autonomia reprodutiva feminina sob a ótica da desigualdade de gênero. *Revista Direito e Sexualidade*, 1(2), 26-81. <https://doi.org/10.9771/revdirsex.v1i2.42214>
- Diniz, D. & Guilhem, D.** (2000). Feminismo, bioética e vulnerabilidade. *Revista Estudos Feministas*, 8(1), 237-244. <http://educa.fcc.org.br/pdf/ref/v08n01/v08n01a18.pdf>
- Fausto, M. C. R., Almeida, P. F. D., Bousquat, A., Lima, J. G., Santos, A. M. D., Seidl, H., & Giovannella, L.** (2023). Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 32(1), e220382pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220382pt>
- Fernandes, E. T. B. S., Ferreira, S. L., Ferreira, C. S. B., & Santos, E. A.** (2020). Autonomia na saúde reprodutiva de mulheres quilombolas e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl.4), e20190786. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0786>
- Ferreira, I. C. F., Sousa, A. L., Silva, I. R., & Pedroza, R. L. S.** (2024). Interseccionalidade e pesquisa na Amazônia: diálogos entre a psicologia e a educação. In I. Silva, I. Ferreira, A. Sousa, & R. Pedroza (Orgs.), *Interseccionalidades e produção de subjetividades* (pp. 17-41). Parimpar/EDUA.
- Gonzalez, L.** (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano*. Editora Schwarcz; Companhia das Letras.
- Gouveia, E. A., Silva, R. D. O., & Pessoa, B. H. S.** (2019). Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(Suppl.1), 82-90. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W.** (2015). Entrevista Narrativa. In M. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático*, (pp. 90-113). Vozes.
- Mannes, M.** (2016). *Vulnerabilidade moral entre estranhos morais: do consentimento à privação de direitos e negação da dignidade humana* [Dis-

sertação de Mestrado em Bioética, Universidade de Brasília (UnB), Brasília/DF].

Minayo, M. C. de S. (2017). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Hucitec.

Parmejjani, E. P., Queiroz, A. B. A., Pinheiro, A. D. S., Cordeiro, E. M., Moura, M. A. V., & Paula, M. B. M. D. (2021). Saúde sexual e saúde reprodutiva da população ribeirinha: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03664. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033103664>

Rodrigues, T. (2023). *Gestar, parir, morrer: mulheres negras, morte materna e o racismo na saúde*. SOS Corpo. RODRIGUES-T.-Gestar-Parir-Morrer-Edicoes-SOS-Corpo-2023.pdf

Sanches, J. C. & Sacramento, I. (2023). “Só a cirurgia plástica pode ‘consertar’ o seu nariz”: racismo e eugenia na coluna Elegância e Beleza de O Cruzeiro na década de 1940. *Estudos Históricos* (Rio de Janeiro), 36(78), 94-113. <https://doi.org/10.1590/S2178-149420230106>

Santos, I. O., Rabello, R. E. D., Corrêa, R. G., dos Santos Melo, G. Z., & Monteiro, Â. X. (2021). Avanços e desafios na saúde das populações ribeirinhas na região amazônica: uma revisão integrativa. *Revista de APS*, 24(1), 1-21. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34823>

Universidade Federal do Amazonas - UFAM (2024). *Parecer consubstanciado do Comitê de Ética nº 6.637.897*. Autor.

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

Zanello, V. (2016). Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia. In V. Zanello & M. Porto (Orgs.), *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): Questões para a Psicologia* (pp. 45-58). Conselho Federal de Psicologia.

Histórico	Submissão: 23/01/2025 Revisão: 19/06/2025 Aceite: 22/06/2025
Editor científico	Dr. Antonio Euzébios Filho
Contribuição dos autores	Conceitualização: MESC; BOF. Curadoria de dados: MESC. Análise formal: MESC; ALS; BOF. Investigação: MESC. Metodologia: MESC; ALS. Escrita original: MESC. Escrita - revisão e edição: MESC; BOF; ALS.
Financiamento	Não houve financiamento
Consentimento de uso de imagem	Não se aplica
Aprovação, ética e consentimento	O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, sob o CAAE nº 76752023.5.0000.5020, obtendo o parecer consubstanciado 6.634.897, emitido em 2024.