

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE DIREITO
CURSO DE DIREITO

CAROLINA ABDALA

**A efetividade dos direitos reprodutivos: entraves ao exercício do direito à laqueadura
tubária no sistema único de saúde e entes privados**

Florianópolis/SC

2022

CAROLINA ABDALA

**A efetividade dos direitos reprodutivos: entraves ao exercício do direito à laqueadura
tubária no sistema único de saúde e entes privados**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em
Direito do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito para a
obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof^a Dr^a Grazielly Alessandra
Baggenstoss

Florianópolis/SC

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Abdala, Carolina

A efetividade dos direitos reprodutivos: entraves ao exercício do direito à laqueadura tubária no sistema único de saúde e entes privados / Carolina Abdala ; orientadora, Grazielly Alessandra Baggenstoss, 2022.

55 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas, Graduação em Direito, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Direito. 2. direitos reprodutivos. 3. laqueadura. 4. esterilização voluntária. 5. planejamento familiar. I. Baggenstoss, Grazielly Alessandra . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Direito. III. Título.

**A efetividade dos direitos reprodutivos: entraves ao exercício do direito à laqueadura
tubária no sistema único de saúde e entes privados**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel
em Direito e aprovado em sua forma final pelo Curso de Direito.

Florianópolis, 25 de março de 2022

Professor Doutor Luís Henrique Cadermatori
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Professora Doutora Grazielly Alessandra Baggenstoss
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Bárbara Klopas Locks de Godoi
Avaliador(a)
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Bárbara Madruga da Cunha
Avaliador(a)
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

AGRADECIMENTOS

À orientadora e estimada professora Doutora Grazielly Baggenstoss, pela competência, disponibilidade, paciência, compreensão e respeito com que conduziu este processo, cujos ensinamentos jamais serão esquecidos.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pelo incentivo acadêmico e institucional.

À minha família, bem como aos amigos, pelo apoio incondicional nesta trajetória.

**A felicidade é aquele estado de consciência que
procede da realização de nossos valores.**

Ayn Rand

RESUMO

A reflexão acerca da efetividade do direito à laqueadura, assegurado pela Lei de Planejamento Familiar em seu artigo 10, é de urgente e extrema importância. Ainda hoje, milhares de mulheres que se enquadram nos requisitos exigidos pela normativa - ter acima de 25 anos de idade ou possuir dois filhos vivos - têm seu pedido de laqueadura negado de forma arbitrária por médicos do Sistema Único de Saúde ou de hospitais e clínicas privadas. Essa realidade decorre de diversos fatores que foram expostos no trabalho, dentre eles a idealização da figura feminina como meramente reprodutiva, o machismo velado, a religiosidade pessoal dos atendentes de saúde e supostas altas taxas de arrependimento pós-cirúrgicas. Assim, revelaram-se necessárias ações a fim de garantir a eficácia dos direitos reprodutivos, visando suprir as necessidades e demandas das mulheres brasileiras quanto aos pedidos de esterilização voluntária. O objetivo deste trabalho é analisar a relação da autonomia reprodutiva feminina, compreendendo-se a mulher como detentora de seus direitos sexuais e reprodutivos, em confronto com as exigências legais para a laqueadura tubária. Para tal fim, pretende-se estudar a Lei de Planejamento Familiar e o tratamento a ela fornecido, além de realizar um breve *survey*, a fim de observar suas implicações no cenário nacional e verificar quais entraves as mulheres brasileiras encontram quando demandam pelo serviço de saúde pública ou particular para a realização da esterilização voluntária, bem como se busca compreender as razões políticas, jurídicas, religiosas e sociais para tais barreiras.

Palavras-chave: direitos reprodutivos; laqueadura; esterilização voluntária; planejamento familiar.

ABSTRACT

The thought on the effectiveness of the right to tubal ligation, guaranteed by the Family Planning Law in its article 10, is of urgent and extreme importance. Even today, thousands of women who meet the requirements stipulated by legislation - being over 25 years of age or having two living children - have their sterilization request arbitrarily denied by doctors from the public and private hospitals and clinics. This reality stems from several factors that were exposed at this paper, some of them being the idealization of the female figure as merely reproductive, veiled sexism, personal religious beliefs of health attendants and alleged high rates of post-surgical regret. Thus, actions were revealed to be necessary in order to guarantee the effectiveness of reproductive rights, aiming to meet the needs and demands of Brazilian women regarding requests for voluntary sterilization. The goal of this paper is to analyze the correlation of female reproductive autonomy, understanding women as holders of their sexual and reproductive rights, in face of the legal requirements for tubal ligation. Therefore, it is intended to study the Family Planning Law and the legal handling of this matter and, in addition, build a survey, aiming to observe its implications on the national scenario and verify which obstacles Brazilian women encounter when demanding public or private health services related to voluntary sterilization, as well as to grasp the political, legal, religious and social reasons for such barriers.

Keywords: reproductive rights; tubal ligation; voluntary sterilization; planned parenthood.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI Ação Direta de Inconstitucionalidade

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Art. Artigo

CC Código Civil

CF Constituição Federal

CEM Código de Ética Médica

CFM Conselho Federal de Medicina

n. número

MAC Métodos contracepcionais

PSB Partido Socialista Brasileiro

STF Supremo Tribunal Federal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. DIREITO À LAQUEADURA - FUNDAMENTOS DA ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA	11
2.1. Conceituação e breve contexto histórico - Fundamentos da autonomia corporal e reprodutiva	11
2.2. Autonomia feminina e limitação das possibilidades de escolha	18
2.3. Maternidade compulsória: autonomia feminina e o discurso do arrependimento	21
3. A LEI DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E AS TENDÊNCIAS SOBRE TUTELA JURÍDICA DA ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA NO BRASIL	29
3.1. A obrigatoriedade do consentimento dos cônjuges: Ações Diretas de Inconstitucionalidade n. 5911 e 5097 e seus fundamentos jurídicos	32
3.2. Projetos legislativos	35
4. VIOLAÇÃO AOS DIREITOS REPRODUTIVOS - NEGATIVA INJUSTIFICADA AOS PEDIDOS DE LAQUEADURA TUBÁRIA.	38
4.1. Critérios de pesquisa	39
4.2. Resultados da pesquisa	40
4.3. O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a efetivação dos direitos reprodutivos	42
5. NECESSIDADE DE REFORMA DA LEI N. 9263/96	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	48

1. INTRODUÇÃO

Os direitos reprodutivos e, em específico, o direito à esterilização voluntária, têm sido amplamente estudados em território nacional, bem como em âmbito internacional, especialmente após o reconhecimento de seu caráter fundamental pela Constituição e pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Tais prerrogativas são essenciais e indissociáveis do conceito de dignidade da pessoa humana, reconhecido constitucionalmente. O exercício delas, portanto, não deve sofrer interferência injustificada do Estado ou de entes privados.

No Brasil, a prática é regulamentada pela Lei n. 9.263/1996, que estabelece diversos requisitos que, caso preenchidos, supostamente garantiram o direito à realização da cirurgia de esterilização. No entanto, são comuns as reclamações sobre a ineficácia do Diploma Legal, diante de diversas recusas injustificadas fornecidas às pacientes optantes do método.

O objetivo deste trabalho é analisar a relação entre a autonomia reprodutiva feminina, compreendendo-se a mulher como detentora de seus direitos sexuais e reprodutivos, em confronto com as exigências legais para a laqueadura tubária.

Para tal fim, pretende-se estudar a Lei de Planejamento Familiar e o tratamento jurídico a ela fornecido, além de observar suas implicações no cenário nacional e verificar quais entraves as mulheres brasileiras encontram quando demandam pelo serviço de saúde pública ou particular para a realização da esterilização voluntária, bem como se busca compreender as razões políticas, jurídicas, religiosas e sociais para tais barreiras.

Salienta-se que, para os fins dessa pesquisa, ainda que se reconheça os aspectos mais diversos da sexualidade e identidade de gênero, serão utilizados dados que relativos somente a mulheres cisgênero.¹

Além disso, será feita uma revisão bibliográfica demonstrando a evolução dos direitos reprodutivos e sexuais internacionalmente e no Brasil; levantar dados relativos aos

¹ Hoje, são reconhecidos como corpos que gestam não somente mulheres cis, mas também pessoas não binárias e homens transexuais. A gestação, dessa forma, deve ser entendida como uma vivência abrangente, e não somente um atributo exclusivo do “feminino”.

empecilhos encontrados por mulheres que buscaram a laqueadura tubária, especialmente aquelas que não possuem filhos ou desejo de tê-los;

A fim de corroborar com o objetivo da pesquisa, bem como realizar uma investigação qualitativa e diagnóstica da bibliografia elencada, foi realizada pesquisa empírica, por meio de coleta de respostas a perguntas, em estudo transversal de amostra não probabilística intencional, com mulheres em idade reprodutiva.

A partir disso, serão enumeradas possíveis alterações na prática médica e na legislação brasileira, a fim de respeitar a autonomia de decisão da mulher e o direito sobre o próprio corpo, bem como apontadas quais as bases jurídicas que poderiam amparar medidas de autonomia no direito reprodutivo.

Para o efetivo desenvolvimento dos objetivos específicos em um corpo consistente de análise e argumentação, adotar-se-á como processo metodológico uma abordagem objetiva e qualitativa, com pesquisa exploratória e descritiva de um estudo comparativo do conteúdo das obras de diferentes autores sobre o tema em questão. Sem a pretensão de estabelecer um discurso conclusivo sobre as questões pesquisadas, serão analisados os conceitos chave tratados nesta dissertação, contribuindo com novas reflexões e perspectivas de estudo.

Nesse contexto, a fim de atingir o objetivo almejado, o presente trabalho está estruturado em três partes. A primeira abordará os fundamentos da autonomia corporal e reprodutiva a partir da análise histórica e conceitual acerca dos direitos sexuais e reprodutivos femininos, bem como seu surgimento e desenvolvimento no cenário nacional, com especial enfoque nos programas criados pelo Estado brasileiro. A segunda tratará sobre o princípio da mínima intervenção estatal no direito de família e analisará a Lei n. 9.263/96, especificamente no que tange à esterilização voluntária. Também será feita breve análise das ADI's em trâmite na Corte Suprema, bem como dos projetos de Lei sucedentes. Por fim, a terceira parte se voltará para a análise da maternidade compulsória e do direito de não ter filhos e, a partir de análise crítica à Lei n. 9.263/96, apontará os institutos que devem ser alterados a fim de que se garanta o respeito à autonomia corporal e reprodutiva feminina.

2. DIREITO À LAQUEADURA - FUNDAMENTOS DA ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA

A conceituação e a classificação de direito reprodutivo se darão no corrente capítulo. A doutrina apresenta diversas propostas classificatórias, assim como definições, no entanto não é o propósito do vigente trabalho discorrer sobre todas essas possibilidades.

Importante ressaltar, no entanto, que a esterilização é uma forma de controle de natalidade. A laqueadura tubária, reconhecida como um dos métodos contraceptivos de maior eficácia (e irreversibilidade) é reconhecida pela legislação brasileira como uma opção contraceptiva para mulheres que possuem dois filhos vivos ou que contam mais de 25 anos de idade.

Na compreensão dessa lógica, neste capítulo, inicialmente, é desenvolvida uma linha histórica acerca dos direitos reprodutivos femininos e da implementação dos mesmos na legislação pátria.

Nesse aspecto, elucida Fabio Ulhôa Coelho (2012, p. 188):

A esterilização voluntária é uma forma de exercer o direito sobre o corpo. A ordem jurídica reconhece como legítimo o interesse de a pessoa tratar separadamente, em seu corpo, duas dimensões de função sexual: a reprodução da espécie e o prazo; especificamente, o interesse de tratar separadamente essas dimensões com o objetivo de neutralizar a primeira e otimizar a segunda. Quem deseja usufruir o prazer sexual sem correr o risco de procriar pode submeter-se a procedimentos cirúrgicos de esterilização. São admitidas a vasectomia, para os homens, e a laqueadura tubária, para as mulheres, bem assim qualquer outro método que venha a ser cientificamente desenvolvido.

Assim, cabe realizar uma retrospectiva do contexto histórico acerca dos direitos reprodutivos.

2.1. Conceituação e breve contexto histórico - Fundamentos da autonomia corporal e reprodutiva

Segundo o Ministério da Saúde, o direito reprodutivo deve ser entendido como o “direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência” (BRASIL, 2013).

Para Ávila (1993) o termo “Direitos Reprodutivos” vem sendo amplamente utilizado por movimentos feministas e trata, sobretudo, das questões relativas à saúde feminina, tais como a esterilização, o aborto, a contracepção, a concepção e assistência à saúde.

No entanto, a conquista de tais direitos foi um processo demorado e árduo. No início do século passado, as políticas públicas acerca do tema eram restritas e baseadas no papel da mulher como mãe e cuidadora da família e da prole, de modo a tratar o direito reprodutivo como direito gestacional, relativo somente à gravidez e ao parto (FREITAS *et al*, 2009, p.1-2).

Para SANTOS *et al* (2021), o debate acerca dos direitos reprodutivos femininos foi, por muito tempo, deixado de lado, sobretudo ante a influência do domínio patriarcal que colocava a figura feminina em situação de inferioridade e invisibilidade.

A partir de então, o avanço em tecnologia farmacológica, que afetou positivamente a produção de anticoncepcionais, firmou tal divisão entre reprodução e sexualidade. Somado a isto, iniciou-se um questionamento dos valores culturais a respeito dos temas de sexualidade e subordinação da mulher à figura masculina, de modo a afastar ainda mais a conceituação do feminino como destinado à reprodução (MOREIRA; ARAÚJO, 2004, p. 392.).

Não obstante, tal debate somente veio a se concretizar em termos de políticas públicas com o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em decorrência, principalmente, dos tratados internacionais assumidos pelo Brasil.

O programa em questão foi criado em 1983 e é considerado como marco de integração de políticas públicas de gênero no Brasil, pois se estruturou nos princípios de fomento à educação e à informação, na transformação de valores sociais para modificação das práticas de saúde baseadas em discriminação de gênero, bem como na priorização dos programas de saúde feminina, na proteção da saúde da mãe e não apenas dos filhos (MOREIRA; ARAÚJO, 2004).

Foi com tal programa, em conjunto de políticas públicas e com a lei orgânica do SUS, que o Brasil implementou legislação oficial sobre o tema de planejamento familiar e controle de reprodução, passando da atenção meramente clínica em se tratando de gravidez, para também educacional, oferecendo informações e aconselhamento em relação ao tema, permitindo às mulheres o conhecimento e poder de gerir sua fecundidade e sua família.

Não se pode olvidar o surgimento da Carta Magna de 1988, a qual consagrou em seu texto os direitos reprodutivos como matéria constitucional. Ainda assim, a garantia constitucional não foi incorporada imediatamente em políticas públicas para o planejamento

familiar. Inclusive, a ausência de regulamentação era frequentemente denunciada pelos movimentos feministas visto que, comparados a outros países, o Brasil possuía altíssimas taxas de esterilização e parto via cesariana²

Com a promulgação da Constituição de 1988, constituiu-se a positivação dos direitos reprodutivos, na forma de direitos humanos, com fulcro no princípio da dignidade da pessoa humana e no objetivo fundamental da promoção do bem de todos (BRAUNER, 2003). Tal positivação, além de importante por si só, dado o reconhecimento positivo em legislação nacional, importa também para a criação de novas políticas públicas para a efetivação de tais direitos.

A Constituição Federal de 1988 introduziu o conceito de planejamento familiar e concedeu a ele o *status* constitucional de direito relacionado à família, no artigo 226, §7º, o qual dispõe que:

A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

[...]

§7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas [...] (grifei) (BRASIL, 1988).

O constituinte, ao definir o direito ao livre planejamento familiar como matéria constitucional e, posteriormente, regulamentá-lo através da Lei nº 9.263/96, demonstrou a relevância da matéria para a sociedade brasileira. Nesse jaez, ainda que já existissem programas em direitos de saúde à mulher e à família, a dissociação dos direitos reprodutivos da demanda das “políticas de família” - ou seja, da maternidade - e a criação de um aparato legal, que contemplasse a individualidade, formalizou a ideia de direitos reprodutivos como personalíssimos.

Cabe ressaltar que a inclusão dos direitos reprodutivos no texto constitucional, de modo a reconhecê-los como parte integrante dos direitos humanos, implica no raciocínio de que os primeiros, assim como esses últimos, não podem sofrer restrições arbitrárias por parte do Estado. Conforme leciona CANOTILHO (2002), direitos fundamentais são

² PEREIRA, Ana Claudia Jaquetto; REIS, Sarah de Freitas . GÊNERO E DIREITOS REPRODUTIVOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS . In: FAZENDO GÊNERO 9: DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS. 2010, Florianópolis.

“essencialmente direitos ao homem individual, livre e, por certo, direito que ele tem frente ao Estado, [...] essencialmente direito de autonomia e direitos de defesa”.

Nesta perspectiva, conforme elucidado por Mendes (2019), as políticas de contracepção devem se pautar basicamente na disponibilidade de métodos e tecnologias adequadas, além de propiciar a devida educação sexual e meios informativos de prevenção à gravidez indesejada, de modo a permitir que as pessoas, e mais especificamente o público feminino, possa controlar sua vida reprodutiva de maneira segura e eficaz. Desse modo, reconhece-se que “as políticas públicas contraceptivas são instrumentos de concretização pelo Estado das responsabilidades estabelecidas constitucional e infraconstitucionalmente acerca dos direitos reprodutivos e sexuais” (MENDES, 2019, p. 136).

Importante destacar, conforme Mendes (2019), a importância da melhoria na execução das políticas públicas voltadas aos direitos reprodutivos e sexuais, especialmente para os setores mais pobres da sociedade, tendo em vista que a carência de recursos financeiros e informativos favorece ainda mais a violação da autonomia reprodutiva.

Para além da legislação federal, o Brasil participou e se tornou signatário de diversos tratados internacionais sobre o tema. Entre eles, menciona-se a Convenção de Pequim, que tratou de pautas como a autonomia reprodutiva das mulheres e dos direitos sexuais correspondentes. Também acerca dessa realidade, foi formulada durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher a chamada Declaração de Pequim. A conferência foi realizada em 1995 pela Organização das Nações Unidas - ONU e foi de extrema importância para indicar ações prioritárias a serem tomadas pelos Estados em relação às mulheres, especialmente nas áreas de saúde e autonomia feminina. Vejamos:

As mulheres têm acesso diferente e desigual aos recursos básicos de saúde, inclusive os serviços de atendimento básico para a prevenção e o tratamento das enfermidades infantis (...) As mulheres têm ainda diferentes e desiguais oportunidades de proteção, promoção e manutenção de sua saúde. Em muitos países em desenvolvimento, causa especial preocupação a falta de serviços obstétricos de emergência. As políticas e os programas de saúde frequentemente perpetuam os estereótipos de gênero e não levam em consideração as diferenças socioeconômicas e outras existentes entre as mulheres, além de deixarem de levar em conta plenamente a falta de autonomia da mulher a respeito de sua saúde. A saúde da mulher também é afetada pela discriminação por motivo de gênero existente no sistema de saúde e pela insuficiência e inadequação dos serviços médicos que lhe são prestados. (...). É

preciso lograr que as mulheres possam exercer o direito a usufruir o mais elevado nível possível de saúde durante todo o seu ciclo vital, em igualdade de condições com os homens. As mulheres padecem de muitas das afecções de que padecem os homens, mas de maneira diferente. A incidência da pobreza e da dependência econômica da mulher, sua experiência com a violência, as atitudes negativas para com mulheres e meninas, a discriminação racial e outras formas de discriminação, o controle limitado que muitas mulheres exercem sobre sua vida sexual e reprodutiva, e sua falta de influência na tomada de decisões são realidades sociais que têm efeitos prejudiciais sobre sua saúde (...) A boa saúde é essencial para viver de forma produtiva e satisfatória, e é fundamental para o avanço das mulheres que tenham o direito de controlar todos os aspectos de sua saúde e, em especial, de sua própria fertilidade.³

As conferências realizadas em meados dos anos 90, em especial a Conferência do Cairo, em 1994, e a Plataforma de Ação de Beijing (1995) estenderam a discussão sobre os direitos reprodutivos femininos.

Nesse aspecto, o Princípio 8 da Conferência mencionada dispõe que “toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental” e elege como direito fundamental de todo casal a decisão livre e responsável acerca da quantidade de filhos, conveniência e oportunidade para tê-los” (PIOVESAN, 2018, p. 170).

Apesar do debate majoritário, à época, se dar num contexto de controle demográfico e restrição da reprodução (especialmente das camadas mais pobres, como já mencionado), em tais conferências, a discussão deu um importante enfoque ao direito reprodutivo como extensão dos direitos humanos, dada especial relevância às questões de gênero e à elaboração de políticas públicas nacionais acerca da saúde reprodutiva das mulheres (BRAUNER, 2003, p. 12-13).

Em 1996, foi aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro a Lei n. 9.263, também conhecida como Lei do Planejamento Familiar, que foi sancionada pela Presidência da República e será trabalhada com mais aprofundamento no tópico 3. O projeto foi um salto importante na democratização de acesso aos mais diversos meios contraceptivos, tanto no sistema de saúde público quanto na rede privada, uma vez que essa está sob controle regulamentar do Sistema Único de Saúde.

³ Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em 15/02/2022.

No entanto, o legado das diversas esterilizações realizadas no Brasil entre as décadas de 1980 e 1990 fez com que, a princípio, a legislação se inclinasse para a imposição de restrições ao procedimento da laqueadura tubária. O fato de que grande parte das mulheres brasileiras optava por um método considerado de difícil reversibilidade, além de não possuir regulamentação legal, preocupou o Conselho Federal de Medicina. Na época (1996), 40,1% das brasileiras na faixa etária de 15 a 49 anos casadas ou unidas encontravam-se esterilizadas (CAETANO, 2014). Com isso em mente, o órgão federal da classe médica se mobilizou ante o descaso estatal no decorrer da CPI sobre a esterilização aberta no Brasil em 1992.

No relatório final, publicado em 1993, a CPI concluiu que a real disponibilidade de métodos contraceptivos para a população de baixa renda estava longe de ser efetiva e os serviços de planejamento familiar, que deveriam ser garantidos pelo Estado, eram inexistentes ou mesmo inacessíveis para a maior parte da população (BRASIL, 1993).

Nesse jaez, a esterelização como método contraceptivo não era ilegal, no entanto, vivia em condição de semiclandestinidade e podia até mesmo ser enquadrada nos crime de lesão corporal ou exposição da saúde de outrem à perigo.

No mais, visões culturais e religiosas sobre a fertilidade e a maternidade também impediram o questionamento quanto às restrições impostas. Desse modo, diversos fatores combinados criaram obstáculos para aqueles que buscam a esterilização voluntária.

Pode-se dizer que a ascensão dos direitos reprodutivos, ou ao menos a ascensão do debate acerca dos mesmos, ocorreu por fatores como o crescimento demográfico (e o objetivo de reduzi-lo, pois se acreditava que o crescimento populacional era um dos fatores de aumento da pobreza das nações), a globalização e principalmente, a legitimidade do movimento feminista em prol da causa.

Assim, tal conjunto de fatores e forças externas, apesar das tentativas de obstrução por poderes defensores do conservadorismo, tal como a igreja católica, ensejaram a positivação dos direitos reprodutivos, que, no entanto, sofreram diversas imposições legais (MATTAR, 2008).

O Código de Ética Médica (por meio da Resolução 1.154 – CFM, 1984) censurava o médico de realizar o procedimento de laqueadura, tida como método de esterilização voluntária, até o ano de 1988; apenas em casos excepcionalíssimos havia a possibilidade da laqueadura tubária, tal como o risco de vida da mulher. Naquele ano, o Código mencionado

explicitamente estipulou que os médicos deveriam seguir as legislações dispostas, firmando-se que: “é vedado ao médico descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento” (Artigo 43).

No entanto, a ocorrência de laqueadura em mulheres durante o parto, a falta de acesso a métodos contraceptivos e o oferecimento de cirurgia de esterilização como favor político abriu os olhos do setor político brasileiro para a necessidade de melhor avaliar a proibição da laqueadura voluntária. Permeando todos esses aspectos, reconheceu-se que existia grande demanda por meios contraceptivos, bem como que as alternativas, que supostamente deveriam ser fornecidas pelo Estado, eram escassas, principalmente para a população mais vulnerável. Foi esse conjunto de elementos e acontecimentos que propiciou a aprovação, em 1996, da Lei n. 9.263, conhecida como lei do planejamento familiar (CAETANO, 2014).

Dessa forma, o Brasil se encontrava em um cenário que não oferecia nenhuma regulamentação ao planejamento familiar, tampouco permitia a esterilização voluntária. Somente no final dos anos 90 a legislação em saúde e direitos reprodutivos foi aprovada. Em 1997, a esterilização voluntária de ambos os sexos foi legalmente permitida por meio da Portaria n. 144 do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei 9.263, de 1996, dentro de um escopo maior sobre a legislação do planejamento familiar.

Cabe consignar que a legislação vigente se orienta pelo princípio de acesso igualitário a todos os meios, métodos e técnicas disponíveis para o controle de fecundidade, bem como a ampla divulgação de informações a respeito do tema. Além disso, preceitua em seu art. 5º, ser dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, promover condições e recursos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar (BRASIL, 2017b).

O artigo principal da Lei em questão com relação à esterilização diz que:

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. § 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. § 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada

necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. § 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente. § 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia. § 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges. § 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei (BRASIL, 1996).

Um dos objetivos da legislação mencionada era desincentivar o uso da laqueadura tubária como método primário de contracepção, a fim de desencorajar a esterilização precoce, enquanto outros métodos menos invasivos poderiam ser utilizados. Estudos realizados nos anos que se seguiram à regulamentação da Lei do Planejamento Familiar indicam que essa, de forma não antecipada, engendrou obstáculos ao acesso à laqueadura tubária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAETANO, 2014).

Tal perspectiva certamente surtiu efeitos, tendo em vista que "o decênio entre as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 1996 e 2006 foi caracterizado pela diminuição da proporção de mulheres de 15 a 49 anos em união laqueadas, passando, nesse período, de 40,1% para 29,1%" (CAETANO, 2010).

Segundo Berquó e Cavenaghi (2003), em entrevistas realizadas junto a diretores de hospital e de ambulatórios acerca do cumprimento e amoldamento aos critérios exigidos pela Lei 9.263 para a realização da esterilização voluntária, revelou-se que, em geral, para os diretores de entidades de saúde privadas, o critério da idade mínima era deveras inadequado, seguido do número mínimo de filhos nascidos vivos. Na visão dos entrevistados, as pessoas deveriam ser mais velhas ou terem tido mais filhos para estarem aptas a realizar a esterilização voluntária.

2.2. Autonomia feminina e limitação das possibilidades de escolha

A maternidade é um objetivo na vida de muitas, porém, é inegável que cada vez mais mulheres estão desistindo da ideia de ter filhos ou até mesmo desejando viver uma vida sem filhos. No Brasil, apesar das diversas pressões sociais e culturais que existem ao redor da maternidade - e a sua correlação com o conceito de "feminino" -, cerca de 37% das mulheres não desejam ter filhos. Os dados são oriundos de uma pesquisa global realizada pela

farmacêutica Bayer, com apoio da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e do *Think about Needs in Contraception* (TANCO), No mundo, o índice chega a 72% (MACHADO, 2020).

Lado outro, o exercício dos direitos reprodutivos não se limita ao direito de esterilização voluntária, mas também pelo direito de se ter filhos, se assim desejar. Nesse aspecto, tem-se o registro da CPMI de 1991, conhecida como CPI da esterilização, que denunciou o elevado número de cesarianas realizadas nos anos 1980 – 35% dos partos realizados.

A Comissão Parlamentar Mista de Inquérito foi proposta pela Deputada Benedita da Silva e pelo Senador Eduardo Suplicy, em 20 de novembro de 1991, tendo como ponto de partida os dados estatísticos divulgados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – a respeito da esterilização, apontando que o alarmante índice de esterilizações no Brasil foi alcançado em situação supostamente desconforme com o Código de Ética Médica.

Na época, 71% das mulheres casadas ou unidas em idade reprodutiva usavam algum tipo de método contraceptivo, sendo que 33% optaram pela esterilização. Tais números se revelaram exacerbados, especialmente em comparação com dados de outros países, especialmente os mais desenvolvidos, que em geral utilizavam formas menos invasivas de controle de natalidade.

Importante ressaltar que os maiores percentuais de esterilização se encontravam em estados de maior índice de pobreza e miséria do país.

Nesse cenário, diversas mulheres declararam-se arrependidas de ter se submetido à cirurgia, principalmente porque não foram informadas acerca da difícil reversibilidade do método, que lhe foi apresentado como única alternativa (BRASIL, 1993).

Ainda segundo o relatório, o IBGE de 1986 “Anticoncepção 1986” apontou que, do total de mulheres esterilizadas, 61,8% eram brancas, enquanto 37,5% eram negras e pardas. Do total das mulheres brancas brasileiras, 16,9% estavam esterilizadas, enquanto entre as negras e pardas este índice atingia 14,3%. (BRASIL 1993). Lado outro, Luíza Bairros⁴, ouvida em depoimento na CPI, alegou que os números envolvendo a população negra seriam, na verdade, muito maiores, tendo em vista que os números divulgados pelo PNAD não

⁴ À época, coordenadora do Movimento Negro Unificado (MNU) e referência internacional no combate ao racismo.

levavam em conta a *esterilização involuntária*, decorrente de doenças ginecológicas provocadas pela condição de pobreza e miséria. (idem, fl. 49).

Rememora-se que, naquela mesma época, a tendência internacional era de controle de fertilidade através de métodos contraceptivos convencionais e não definitivos e, ainda assim, os países mais desenvolvidos apresentavam uma taxa de fecundidade média menor do que a reposição (dois filhos por casal). Tal conjuntura foi possível pois, apesar do uso de métodos contraceptivos menos eficazes que a laqueadura tubária, as mulheres desses países possuíam maior conhecimento acerca de sua fisiologia e dos mecanismos de reprodução, bem como informações acerca dos mais diversos meios contraceptivos, de modo que a laqueadura era usada somente em última instância.

Em contrapartida, o cenário nacional apresentava um crescente e injustificável uso da laqueadura:

“No caso do Brasil, o que ocorre é exatamente o oposto: as mulheres não têm informação sobre o corpo e sua fisiologia reprodutiva, não dispõem de métodos contraceptivos na rede pública de assistência à saúde e não podem recorrer ao aborto em condições aceitáveis, pois a clandestinidade confere à prática do aborto um risco elevado para a saúde da mulher. Este quadro não oferece às mulheres outra alternativa senão a esterilização cirúrgica, opção drástica e definitiva” (BRASIL 1993, fl. 37).

Revelou-se, portanto, que o procedimento esterilizador era amplamente realizado em decorrência da escassez de outras alternativas igualmente efetivas, bem como em consequência da desinformação acerca da irreversibilidade e riscos da cirurgia - ou seja, a laqueadura não era realizada como forma de exercício dos direitos reprodutivos, mas sim visando sua privação:

“É assim que a esterilização no Brasil merece profunda reflexão, pois no seu bojo está a subordinação de classe, de raça e de gênero, além da omissão do Estado, dos empresários no âmbito do coletivo e dos companheiros na vida privada” (BRASIL 1993, fl. 48).

Foi assim que, à época, surgiram diversos escândalos de corrupção envolvendo a laqueadura. Candidatos a cargos públicos passaram a utilizar o direito à cirurgia como uma “moeda de troca” para a compra de votos. Nesse sentido, o relatório apontou que certos

estados brasileiros apresentaram injustificável aumento das cirurgias de esterilização durante anos eleitorais.

Ainda, os depoimentos colacionados ao relatório denunciaram a prática ilegal e antiética de diversas empresas e contratantes, que passaram a exigir atestado de esterilização para a admissão de mulheres no quadro de funcionários.

Dessa forma, percebe-se que há diversos fatores de ordem cultural, social, política e econômica que, de algum modo, interferem na gestão da contracepção no Brasil e, conseqüentemente, na autonomia feminina e na vida íntima da mulher.

2.3. Maternidade compulsória: autonomia feminina e o discurso do arrependimento

Em contraste com os fatos narrados em tópico anterior, conforme já mencionado, as brasileiras têm cada vez mais optado pela não parentalidade.

As razões para tal cenário são as mais diversas imagináveis. As mulheres citam variados fatores influenciadores da escolha pela laqueadura, entre eles estão melhores oportunidades de trabalho, maior liberdade, ou até mesmo questões financeiras ou ambientais – mas, para muitas mulheres, a razão pela qual elas nunca têm filhos é simples: não desejam ser mães.

O número de mulheres que optam pela não-maternidade é um reflexo do avanço do controle da mulher sobre seu próprio corpo e, conseqüentemente, sobre os aspectos reprodutivos que possui. O maior acesso aos meios contraceptivos de curto e longo prazo, seguros e relativamente acessíveis à grande parte da população, permitiu que, com o passar dos anos, as mulheres brasileiras obtivessem o poder de escolha sobre se queriam ou não ter filhos, e, caso positivo, a forma e o momento em que isso ocorreria (MOREIRA, FUSCO, 2015).

Foi também com a maior inserção do público feminino em ambientes educacionais e no mercado de trabalho, e a conseguinte abertura de novas perspectivas existenciais e possibilidade de independência feminina, que ocorreu a recente dissociação entre a maternidade e a feminilidade (RIOS, GOMES, 2009).

Em conjunto com a queda da fecundidade geral da mulher brasileira, houve o surgimento de um grupo de mulheres que, por motivo de foro íntimo, renunciaram à

maternidade, sendo autodenominadas *childfree* ou *childfree by choice* (MOREIRA, FUSCO, 2015). Ainda tratando daquelas que optaram pela não maternidade, cabe menção aos casais de dupla renda e sem filhos – a chamada família *dinc* (*double income, no children*, ou *dink - double income, no kids*), que atualmente compõem 3% das famílias brasileiras.

Mesmo entre as famílias que optaram por ter filhos houveram mudanças significativas quanto ao número de descendentes. A partir de 2010, a taxa total de fecundidade, que permaneceu estável entre as décadas de 1940 e 1960, que desde então vinha decaindo paulatinamente, passou a ficar abaixo da taxa de reposição populacional (MOREIRA, FUSCO, 2015).

Nesse contexto, é certo que os valores acerca do “feminino” são um recorte cultural da sociedade em que as mulheres se encontram inseridas. Apesar da crescente aceitação desse novo estilo de vida, muitos médicos ainda continuam resistentes à esterilização de mulheres que não têm filhos.

Em considerável parte das vezes, o acesso à esterilização é negado de forma discricionária e abusiva. O processo de solicitação da laqueadura vem acompanhado de abusos e humilhações, o que instiga muitas mulheres a desistir do pedido. Não bastasse a exigência de um número mínimo de filhos ou o consentimento de um parceiro - por vezes inexistente -, põe-se em dúvida a legitimidade do desejo das pacientes ao declarar que são novas demais para ter consciência de suas escolhas, apesar da elegibilidade legal para esterilização voluntária valer para qualquer cidadão plenamente capaz acima dos 25 anos de idade - independentemente do estado civil.

Essa visão é associada à ideia de sacralidade da maternidade, de “sentimento materno”, onde se liga o feminino ao tipo ideal de mãe, de esposa responsável pelo lar e pelos afazeres que dele compõem. Segundo MANSUR (2003), decidir por não ter filhos implica em desviar-se do padrão simbólico de feminino e da ideologia do instituto materno, o que pode acarretar sentimentos de exclusão, estigmatização e anormalidade. Vejamos:

Como sugere Bonini-Vieira (1997), a palavra escolha, nesses casos, pode ou deve ser entendida como uma prática que foi sendo reafirmada no decorrer da vida, diante de eventos circunstanciais, e que não caracterizaria “a escolha”, mas um conjunto de “escolhas” que conduzem a uma direção. Para a maioria das mulheres, a maternidade é tão fundamental para a noção de feminilidade que a reorganização da identidade é algo que leva tempo para ser alcançada. Elas hesitam em eliminar a possibilidade de não ter filhos e, até que a biologia intervenha, vão acumulando evidências em relação a um fato consumado.

A não-maternidade provoca o rompimento de um modelo feminino tradicional e, embora represente uma diferença significativa, não significa patologia, constituindo

um fenômeno complexo, multidimensional e dificilmente redutível a um único determinante. Sua compreensão requer a revisão das expectativas em relação aos papéis femininos tradicionais, desfazendo o mito do instinto materno e aceitando o fato de que a vida das mulheres pode ter dimensões muito variadas quando a sociedade lhes apresenta outras opções - além da maternidade. (MANSUR, 2003).

Ainda para a autora, “O termo ‘voluntariamente sem filhos’, embora aparentemente simples, envolve um conceito complexo, multidimensional e, por vezes, vago - implica uma escolha livre, mas é difícil operacionalizá-lo”. Sob esse termo guarda-chuva, pode-se incluir aquelas mulheres que, por livre escolha ou por problemas reprodutivos, optaram ou não conseguiram ter filhos. Pode-se abarcar ainda aquelas que desejavam tê-los, mas adiaram a maternidade.

Lado outro, assim como essas mulheres encontram dificuldades em terem suas escolhas aceitas pela sociedade como um todo, se encontram, de igual forma, excluídas do discurso médico acerca dos direitos reprodutivos.

Ao investigar tal fenômeno, é importante considerar que, na praxe médica, há um injustificado enfoque nos índices de arrependimento de pacientes que optaram pela esterilização. Nessa toada, as normas que regem a maternidade e a mulher – que estão atreladas aos pressupostos paradigmáticos da medicina sobre a mulher – tornam a pós-esterilização uma “síndrome” e transformam as mulheres em objetos de estudo médico (DENBOW, 2014).

Essas narrativas também criam uma expectativa de arrependimento e contribuem para a construção dessas “normas não escritas”. Isso não quer dizer que o arrependimento pós-esterilização seja uma ideia inventada ou que o médico não deva discutir a possibilidade de arrependimento com as pacientes; é dizer que o contexto discursivo da esterilização e do arrependimento deve ser examinado criticamente, considerando sobretudo os motivos que a mulher expõe para a realização da cirurgia.

Além disso, o paternalismo que marca as consultas médicas e a literatura médica sobre laqueadura tratam de projetar a imagem da mulher como um ser irracional, incapaz de decidir por si mesma. Em virtude disso, a optante pode se sentir pressionada a ocultar suas verdadeiras razões e justificar sua decisão por meio de argumentos compatíveis com os discursos dominantes e normalizados sobre feminilidade e reprodução, procurando, dessa forma, a validação social de seu desejo (DENBOW, 2014).

A partir do exposto, pode-se concluir que “A sociedade, constituída sobre os valores de uma cultura patriarcal e religiosa, considerou, por um longo período de tempo, o exercício da maternidade e da procriação como um anseio natural de toda mulher, o que, de fato, levou a invisibilidade dos seus direitos sexuais e reprodutivos” (SANTOS, OLIVEIRA E OLIVEIRA, 2021, fl. 44).

Tal formulação, no entanto, não exclui a possibilidade de um arrependimento futuro por parte das pacientes, tampouco garante livre exercício dos direitos reprodutivos. Curiosamente, a ideia de que a mulher virá a se arrepender não aparece nos discursos médicos acerca da maternidade ou da adoção, que possuem efeitos tão permanentes, senão mais, do que a esterilização voluntária. Observa-se, portanto, que a rejeição dos interesses da mulher no pedido de laqueadura é simplesmente a invalidação daquelas que se desviam do padrão da maternidade.

Berquó e Cavenaghi (2003), ao estudarem o tema dentro do cenário brasileiro, mencionam que diversos hospitais e clínicas de saúde não estão completamente cientes da existência da Lei de Planejamento Familiar e, mesmo naqueles locais em que existe regulamentação específica (privada) sobre a esterilização voluntária, essa se encontra em desacordo com as exigências previstas na legislação mencionada. Os critérios estipulados por tais entes, na verdade, criaram ainda mais obstáculos ao acesso à esterilização feminina. O exemplo mais recorrente é a combinação dos critérios sobre idade e número de filhos, onde o requisito “25 anos ‘ou’ dois filhos” é substituído por “25 anos ‘e’ dois filhos”, criando a impossibilidade de esterilização voluntária naquelas que, a despeito de satisfazerem a condição etária, optaram pela não-maternidade.

Como mencionado, tais exigências não se tratam somente do desconhecimento legal, mas ocorre porque os médicos explicitamente afirmam que as mulheres estão sendo esterilizadas muito jovens, bem como que as taxas de arrependimento são muito altas, justamente por se tratar de método contraceptivo de difícil reversão.

Nesse jaez, em pesquisa qualitativa realizada na Região Metropolitana de Campinas com profissionais médicos e gestores municipais de serviços de saúde, Osis *et al.* (2009) ressalta as críticas aos critérios legais relativos à idade e ao número de filhos. De acordo com os autores, “a tendência dos profissionais entrevistados foi considerar que [esses critérios] contribuem para o arrependimento pós-esterilização, pois permitem que as cirurgias sejam realizadas em pessoas bem jovens e com poucos filhos” (OSIS *et al.*, 2009). A partir

disso, verifica-se uma relutância por parte dos profissionais de saúde em observar os imperativos firmados pela legislação.

No entanto, na literatura médica em nosso país não há dados suficientes para embasar tal argumento. Por outro lado, estudos contemporâneos realizados nos Estados Unidos América demonstram que os índices de arrependimento pós-laqueadura são menores entre aquelas mulheres que nunca tiveram filhos.⁵

No caso, entende-se que:

“A imposição de determinada idade para tal decisão, pressupõe a visão de que a pessoa – principalmente a mulher – poderia mudar de ideia no futuro. Tolher a liberdade reprodutiva das pessoas com base em achismos sobre possíveis arrependimentos futuros é uma escolha legislativa equivocada. Primeiro porque passa a noção de que, após uma determinada idade, a maternidade deve ser um padrão, revelando uma prescrição social e moral” (PEREIRA *et al*, 2017).

Nas palavras de MANSUR (2003) “o tema da maternidade mobiliza emocionalmente qualquer mulher, pois ela sabe que não ter filhos, por opção ou circunstância, implica não realizar um potencial, desviar-se de uma norma secular e instaurar uma significativa e incômoda diferença”.

Nesse sentido, é certo que as representações e discursos a respeito de mulheres que não foram mães, exclusivamente pela escolha ou até mesmo pela impossibilidade, acabaram por fortalecer um preconceito tendencioso a respeito das optantes. Em uma sociedade em que a grande maioria das mulheres é ou tem o desejo de ser mãe, a não-maternidade foi gradualmente engendrada como uma disposição patológica ou uma opção egoísta da mulher (VÀZQUEZ, 2015).

⁵ The cumulative probability of expressing regret during a follow-up interview within 14 years after tubal sterilization was 20.3% for women aged 30 or younger at the time of sterilization and 5.9% for women over age 30 at sterilization (adjusted relative risk [RR]1.9; 95% confidence interval [CI]1.6, 2.3). For the former group, the cumulative probability of regret was similar for women sterilized during the postpartum period (after cesarean, 20.3%, 95% CI 14.5, 26.0; after vaginal delivery, 23.7%, 95% CI 17.6, 29.8) and for women sterilized within 1 year after the birth of their youngest child (22.3%, 95% CI 16.4, 28.2). For women aged 30 or younger at sterilization, the cumulative probability of regret decreased as time since the birth of the youngest child increased (2-3 years, 16.2%, 95% CI 11.4, 21.0; 4-7 years, 11.3%, 95% CI 7.8, 14.8; 8 or more years, 8.3%, 95% CI 5.1, 11.4) **and was lowest among women who had no previous births (6.3%, 95% CI 3.1, 9.4)**. HILLIS, S.D et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol*, v. 93, n. 6, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10362150/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

Conforme menciona Donath (2015), a ideia de que mulheres podem sofrer arrependimento acerca da maternidade ou mesmo desejar “voltar no tempo” e alterar sua situação é recebida com incredulidade no discurso popular e na mídia. Nesse sentido, é comum a amostragem de estudos sobre o arrependimento da laqueadura, de nunca ter tido filhos, de ter realizado aborto. Por conseguinte, o conceito de "arrependimento" é sempre um instrumento utilizado para ameaçar mulheres com situações temíveis caso venham a viver fora da norma, pois no futuro sempre se arrependerão de sua decisão sobre filhos que deixaram de ter (MORELL, 1994).

Para Ávila (2003), a fim de criar normativas que de fato viabilizem o exercício do direito à laqueadura, é necessário trazer uma nova lógica ou sentido na elaboração de leis sobre o tema. A autora prescreve que se necessita de uma transformação para substituir o sentido de “prescrição e controle” das normativas por uma visão de ética e liberdade de escolha feminina. Nesse prumo, entende-se que a criação de novas políticas públicas sobre os direitos reprodutivos deve se voltar também para a justiça social, a fim de considerar as desigualdades existentes - de gênero, classe, etária, *etc.* - como variáveis no momento da eficácia das prescrições legais.

Sabe-se que os direitos sociais à saúde da mulher, associados aos direitos individuais à intimidade e à liberdade, funcionam como pilares dos direitos reprodutivos. Rememora-se isso em razão do conceito empregado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define o estado de saúde como forma “[...] de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente como ausência de doença ou enfermidade”.

VENTURA *et al.*, (2003) complementa o conceito ao afirmar que o direito à saúde contempla tanto o direito à autonomia e à liberdade como o direito ao acesso aos serviços de saúde públicos para o exercício dos mesmos. Autonomia e liberdade, nesse sentido, devem ser entendidas como o direito da pessoa ter controle sobre o seu corpo e a sua saúde, incluindo a liberdade sexual e reprodutiva, bem como o direito de usar método contraceptivo que melhor se adequar a sua realidade e plano reprodutivo - ou ausência dele - sem ter sua escolha tolhida por critérios arbitrários.

Nessa perspectiva, elucida Ávila (2003):

“Para as mulheres, a condição de sujeito construtores de direitos, e nesse caso construtoras de direitos reprodutivos e direitos sexuais, significa romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas, em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas

vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens. Essa repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e da sua reprodução.”

CAETANO (2014), a corroborar com a tese ora exposta, alega que existe uma demanda frustrada em relação à cirurgia de laqueadura. Nesse sentido, além de as cirurgias serem postergadas em razão do período de aconselhamento de 60 dias para o estímulo à desistência, bem como em razão do tempo de espera de 42 dias após o parto, parte das recusas dadas pelos profissionais envolvidos na provisão da laqueadura é consequência das percepções e posturas pessoais dos mesmos quanto aos critérios de idade e número de filhos dispostos no artigo 10 da Lei de Planejamento Familiar. Além disso, como já exposto, apresentam negativa baseada em eventuais implicações da esterilização para a requisitante, como o arrependimento posterior ante o desejo de ter (mais) filhos.

Nas questões relacionadas à saúde da mulher, a exaltação da maternidade - discurso que se encontra enraizado na sociedade brasileira - influencia na perpetuação das vulnerabilidades sociais e nas relações de poder entre os gêneros (BRASIL, 2001).

À vista disso para, Lindner *et al* (2013, p. 9):

Deve haver uma sensibilização para que a assistência à saúde da mulher não se reduza à prevenção e controle de doenças ou que as suas necessidades em saúde sejam subjugadas a órgãos reprodutivos e a fase reprodutiva. Oportunizando assim, práticas outras dentro de uma ação específica, garantindo o princípio da integralidade e do “Direito Reprodutivo”.

Diante do exposto, apesar de existirem diversas críticas feministas ao conceito de auto propriedade, há boas razões para a defesa do direito personalíssimo que cada pessoa tem em relação a seu próprio corpo, pois o poder de decisão sobre o mesmo é um elemento necessário para o exercício da cidadania de maneira afirmativa e não intervencionista (EISENSTEIN, 1994).

Não bastasse, a Lei do Planejamento Familiar também criminaliza, em seu artigo 15, a prática da esterilização cirúrgica sem o consentimento expresso do cônjuge, de maneira que submete decisões fundamentais sobre o corpo da mulher à liberalidade de seu marido ou companheiro, ou vice versa. O texto em comento é objeto de vasta crítica pelos movimentos feministas, como também divide opiniões constitucionalistas, em razão da autonomia na

escolha reprodutiva da mulher no exercício da liberdade individual e autodeterminação de cada cidadão (COUTINHO, 2018).

Desse modo, “o legislador apenas concretiza a vontade da maioria da sociedade: a de que a regra é pela procriação, ignorando a vontade dos indivíduos que desejam como plano de família a fecundidade zero” (MENDES, 2019). No mesmo sentido, também elucida Coutinho (2018) que condicionar a esterilização voluntária à autorização do cônjuge atinge não apenas fisicamente, como psicologicamente as mulheres na vigência da relação.

Ao longo do tempo, pode ser identificada a idealização da gravidez e da maternidade como algo inerente à natureza feminina, traços que jamais podem ser apartados da figura da mulher. Popularmente, o desejo de ser mãe é tido como um projeto de vida e até mesmo um sonho, visão que pode ter implicado no aumento de gravidez na adolescência, enquanto em grupos sociais mais privilegiados a gravidez é programada e dotada de recursos tecnológicos específicos para este fim (COSTA *et al.*, 2006).

MENDES (2019) destaca que “No que toca à eficácia das políticas públicas contraceptivas, embora estas sejam de extrema relevância para a concretização dos direitos reprodutivos de homens e mulheres, não houve um progresso suficiente de modo a acompanharem os novos contextos sociais de reprodução e sexualidade”. Por esse ângulo, é certo que as políticas de planejamento apresentadas até então auxiliam a perpetuação de uma postura controlista ao impor exclusivamente às mulheres as obrigações e responsabilidades sobre sexualidade e reprodução, bem como a aderência aos métodos contraceptivos.

Assim, para que haja uma verdadeira autonomia reprodutiva feminina, tem-se a necessidade de desconstruir os paradigmas culturais e sociais que por tanto tempo vêm idealizando a maternidade de modo a impô-la a todas as mulheres, desprezando aquelas que não a desejam, como se assim perdessem sua essência de "mulher" (MENDES, 2019).

3. A LEI DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E AS TENDÊNCIAS SOBRE TUTELA JURÍDICA DA ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA NO BRASIL

Como restou explicitado em tópico anterior, após extenso debate nacional e internacional acerca dos direitos reprodutivos, com base na previsão constitucional criada em 1988, adveio a Lei n. 9.263/96, também chamada de Lei do Planejamento Familiar, que criou um conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem e ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde reprodutiva. Nos termos do art. 3º da legislação mencionada, colhe-se:

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. (BRASIL, 1996, grifou-se).

A Lei em questão, ao mesmo tempo que oferta alternativas para a contracepção, em especial a laqueadura, preconiza diversos requisitos a serem cumpridos, alternativamente ou cumulativamente, para a possibilidade de realização da cirurgia. Veja-se, a título de exemplo, o inciso II do artigo 10 da Lei n. 9.263/96:

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Presume-se que o termo “risco à vida ou do futuro concepto” indique uma situação de urgência para a saúde da mulher. No entanto, ainda assim, a Lei de Planejamento Familiar, com a idealização de que a esterilização deve ser a última medida cabível em todos os casos, cria a necessidade de um relatório escrito, testemunhado por dois médicos, de caráter obrigatório, como requisito para a realização da cirurgia.

Ainda que a vontade de realizar a laqueadura advinha da paciente, por espontânea vontade, o artigo já mencionado preceitua, em seu parágrafo primeiro, que: “É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existente” (BRASIL 1996). Cabe questionar o porquê dessa exigência, vez que não existe tal formalidade para a realização de outras cirurgias em geral. Lado outro, não se pode negar a importância da devida orientação às pacientes, que merecem ser informadas de todos os riscos e consequências da esterilização.

Em seu parágrafo segundo, o mesmo artigo traz que “É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores” (BRASIL, 1996). Assim, para que seja possível a realização da laqueadura na mulher, é necessário que ela se submeta a um procedimento de internação independente. Tal vedação tem por suposto objetivo a diminuição de cesarianas desnecessárias, no entanto, como já mencionado, impõe que a mulher se submeta a nova intervenção médica.

Não existem também estudos que indiquem que mulheres escolheriam o método mais invasivo de parto somente para a realização de laqueadura, uma vez que o número crescente de cesarianas correspondia a um período em que a esterilização voluntária não era sequer regulamentada em território nacional.

Além de tudo que já foi exposto, a Lei de Planejamento Familiar ainda traz que na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges (art. 10, §6º da Lei n. 9.236/96). Tal imposição será melhor tratada em capítulo futuro, pelo estudo das ADI’s em trâmite na Corte Suprema.

No entanto, cabe dizer que a laqueadura é uma expressão do direito fundamental da dignidade da pessoa humana, positivada em forma dos direitos reprodutivos. Dessarte, limitar

a capacidade reprodutiva à outorga do cônjuge limita a autonomia privada e impede o livre exercício de tais direitos.

Nesse sentido (MORAES; TEIXEIRA, 2018, p. 2.222):

O direito ao planejamento familiar, assim, é um direito a ser livremente exercido, mas apenas no sentido de não admitir qualquer ingerência de outrem, estatal ou privada, com vistas a restringi-lo ou condicioná-lo, uma vez que a decisão sobre ter ou não prole, seu aumento ou redução vincula-se à privacidade e à intimidade do projeto de vida individual e parental dos envolvidos. O papel do Estado aqui, embora ativo, limita-se à função promocional de “propiciar recursos educacionais e científicos” para seu exercício, de modo a que todos estejam suficientemente informados e conscientes das maneiras pelas quais podem exercê-lo, respeitados os limites legais.

Entretanto, a Lei n. 9.263/96, criada com o objetivo de regular o planejamento familiar, parece ter ido além do papel destinado ao Estado na circunstância. A lei tem o grave defeito da excessiva ingerência na vida pessoal, ao criar parâmetros para o exercício do direito ao planejamento familiar que em muito ultrapassam o papel ativo do Estado, como estabelecido pelo §7º do art. 226 da Constituição

Para a realização de laqueadura tubária, além de cumprir todos os requisitos ora expostos, a paciente será informada acerca dos métodos contraceptivos disponíveis, desde que cientificamente comprovados, bem como será submetida a acompanhamento clínico para avaliação psicológica, sendo informada de todos os riscos da cirurgia:

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia. (BRASIL, 1996).

Nesse jaez, consigna Osis que:

Para que a opção por um método seja livre e informada, além da variedade, também é necessário ter um número suficiente a ser oferecido, levando-se em conta as características intrínsecas de cada pessoa e a demanda local. Além disso, para que as pessoas, de fato, possam escolher livremente, é relevante também a informação científica que lhes é dada acerca dos MAC disponíveis. Neste ponto, incluem-se as contra-indicações gerais e as situações próprias de cada indivíduo que poderiam levar a considerar determinados MAC como mais ou menos adequados para essa pessoa, e, finalmente, o tipo de suporte que os serviços podem oferecer às pessoas que escolhem um método específico (2004, P. 1587, grifou-se).

Também na perspectiva de Vieira (2007, p. 226), colhe-se:

O relatório técnico de uma missão do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) ao Brasil, em 1994, revelou vários problemas relativos ao planejamento familiar no país: a imensa lacuna entre a demanda por contraceptivos e o acesso a eles, a falta de insumos nos serviços públicos de saúde, a ausência de gerenciamento

logístico, a falta de capacidade técnica das equipes. Uma análise detalhada sobre as características dos serviços prestados na área de saúde reprodutiva apontava para várias deficiências: predominância de apenas dois métodos anticoncepcionais, leque de escolhas reduzido, os métodos oferecidos demonstram medicalização excessiva, predominância do setor privado (compra de pílulas e ofertas de cirurgias), acesso tardio (quase 50% das mulheres começavam a fazer contracepção depois do primeiro filho), uso inadequado de contraceptivos, alta proporção de gravidez indesejada, falta de informação e desigualdade no acesso. Acrescenta-se a isso uma questão de gênero importante, pois são as mulheres que mais contribuem com a contracepção, já que a participação masculina, embora crescente, ainda não atinge os níveis de outros países, onde parece haver maior equilíbrio de gênero, principalmente no que se refere à esterilização.

Com este panorama em mente, percebe-se que a lei de planejamento familiar condiciona a liberdade de opção pela laqueadura a uma série de requisitos apartados da esfera de escolha individual, visando, em tese, a disciplina do exercício dos direitos reprodutivos. Todavia, conforme se demonstrará, a atual redação do referido diploma legal não reflete os reais interesses da população mais impactada pelo estabelecimento dessas condições, visto que se reveste, em sua essência, de carga ideológica eminentemente alinhada a discursos paternalistas, deixando de lado a proteção da autonomia individual das optantes.

3.1. A obrigatoriedade do consentimento dos cônjuges: Ações Diretas de Inconstitucionalidade n. 5911 e 5097 e seus fundamentos jurídicos

Queda inegável a existência de relações de gênero que envolvem a escolha individual das mulheres sobre seu corpo. O consentimento do cônjuge, exigido pela Lei de Planejamento Familiar, portanto, deve ser analisado criticamente, a fim de ressaltar a importância da autodeterminação feminina, especialmente em relação aos seus direitos reprodutivos, como um indivíduo capaz e singular, ainda que faça parte de uma sociedade conjugal.

No cenário nacional contemporâneo, existem duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade em trâmite no Supremo Tribunal Federal. A ADI 5097, proposta em 2014 pela Associação Nacional de Defensores Públicos – ANADEP, tem por objeto unicamente o parágrafo 5º, do artigo 10, da Lei n. 9.263/96, ou seja, debate sobre a condição imposta a mulheres casadas para a esterilização voluntária, que constitui indevida ingerência do Estado sobre o livre exercício desse direito fundamental.

A obrigatoriedade em comento é, supostamente, baseada nos princípios matrimoniais dispostos no art. 226, §7º da Constituição Federal e no art. 1.565, §2º do Código Civil, que imputa a ambos os cônjuges as decisões acerca do planejamento familiar, bem como determina que os dois “assumem mutuamente a condição de consortes, companheiros e responsáveis pelos encargos da família” e devem exercer conjuntamente a direção da sociedade conjugal (Código Civil, art. 1567).

Em 2018, o Partido Socialista Brasileiro interpôs uma Ação Direta de Inconstitucionalidade para requerer que sejam declarados inconstitucionais o inciso I e o §5º do art. 10 da Lei n. 9.263/96.

Na petição inicial, o PSB argumenta:

“questiona-se a exigência de consentimento do cônjuge como requisito obrigatório para a esterilização voluntária. A autonomia da vontade individual, reflexo direto da dignidade da pessoa humana, pressupõe que decisões personalíssimas, tais quais as que envolvem direitos reprodutivos, não podem sujeitar-se à anuência de terceiros, nem mesmo de um cônjuge.” (BRASIL, 2018).

Além disso, o partido alega que, apesar de uma suposta simetria entre os sexos nesse contexto, uma vez que a mesma exigência é feita para a cirurgia de esterilização masculina, não se pode presumir que tal circunstância afeta ambos de forma igual, considerando o desequilíbrio entre as relações de gênero.

Vale ressaltar que, em uma perspectiva de análise legislativa, o artigo comentado não é inconstitucional somente em razão da infringência aos direitos humanos, mas também porque, com a promulgação da Lei nº 11.340/2006, conhecida por “Lei Maria da Penha”, a proibição da realização do procedimento de esterilização sem o consentimento do cônjuge se enquadra no crime previsto no artigo 7º da citada legislação, que descreve que qualquer conduta que impeça a mulher de utilizar método contraceptivo deve ser entendida como violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006).

Na propositura da ADI também se argumentou que as restrições impostas pelo poder público, quais sejam, a idade mínima de 25 anos ou a existência de dois filhos, possuem caráter arbitrário e estão em descompasso com o Estado Democrático, pois interferem indevidamente em escolhas puramente individuais acerca do direito reprodutivo.

Ainda, tais critérios se encontram em completo descompasso com o ordenamento jurídico brasileiro. Ora, uma vez que os direitos reprodutivos possuem *status* de direitos fundamentais, não se pode negar que os métodos contraceptivos são uma ferramenta de

concretização da liberdade sexual e da dignidade da pessoa humana, como bem salientado pelo PSB:

Como se sabe, a maioridade civil no Brasil é adquirida aos 18 anos de idade (art. 5º, caput, do Código Civil), momento em que decisões definitivas, tais como a adoção, podem ser tomadas. Não há qualquer justificativa plausível que ampare a obrigatoriedade de 25 anos como idade mínima. Por sua vez, a exigência dos dois filhos vivos acaba por indiretamente criar um “dever de procriação” para as jovens e estabelecer um “número ideal” de filhos, o que não se coaduna com o direito à autonomia privada.

Assim, ao condicionar a realização do procedimento de esterilização à anuência do cônjuge, bem como à idade de 25 anos ou à existência de dois filhos vivos, chegando ao cúmulo de tipificar como crime a realização da laqueadura sem o preenchimento desses requisitos (art. 15 da Lei n. 9.263/96), os dispositivos ora questionados vulneram o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), a liberdade individual e o direito à autonomia privada (art. 5º, caput, CF). (BRASIL, 2018)

Nesse jaez, mencionou o Partido que “o exercício dos direitos reprodutivos e sexuais e da liberdade sobre o próprio corpo tem caráter personalíssimo. Assim, admitir a validade do dispositivo legal aqui questionado seria delegar a um terceiro, ainda que cônjuge, a titularidade de tais direitos.” (BRASIL 2018).

Paralelamente, também merece destaque o fato de que, apesar de homens e mulheres possuírem igualdade formal no tocante ao dispositivo em comento, há verdadeira desconsideração da desigualdade material que perdura na sociedade brasileira, afinal, é certo que a contracepção é tomada, quase sempre, como assunto estritamente feminino.

A Lei de Planejamento Familiar, em seu art. 5º, remete ao art. 380 do Código Civil de 1916, vigente à época, que estipulava o marido e homem como titular do pátrio poder e subjugava a mulher como subordinada ao sexo masculino. Mesmo após a promulgação da constituição de 1988, tardou-se a adequar a legislação para o novo patamar de igualdade entre homens e mulheres.

Além de todo o exposto, cabe ressaltar que a parentalidade adotiva é permitida pelo ordenamento brasileiro a partir da maioridade civil, conforme dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente. *In verbis*:

Art. 42. Podem adotar os maiores de 18 (dezoito) anos, independentemente do estado civil. (BRASIL, 1990).

Como se pode aceitar que a opção de um indivíduo adotar um infante seja de menor importância do que a opção de não se ter filhos? Como não se vislumbra o “arrependimento” em tais casos? Certamente os deveres e responsabilidades de se ter um filho superam, e muito, a decisão de uma laqueadura.

Revela-se, dessa forma, uma grande incongruência na norma, bem como arbitrariedade na fixação de idade mínima diversa da maioridade civil para a realização da cirurgia.

O “tardio” ajuizamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade acarretou na rejeição do pedido liminar formulado na petição inicial. Segundo a Corte Suprema, o período decorrido desde o início da vigência da Lei de Planejamento familiar e o ajuizamento da ação desautoriza o reconhecimento do “*periculum in mora*” e a concessão de medida cautelar.

A Advocacia Geral da União, por outro lado, trouxe contra argumentos às alegações do Partido. Expressou que a Lei atacada foi formulada para oferecer melhor regulamentação ao disposto no artigo 226, § 7º, da Constituição de 1988. Alegou-se que a decisão de esterilização deverá ser decidida em sociedade conjugal, por se tratar de decisão que acarreta consequência para o casamento e para a vida em conjunto, assim como diversas outras matérias, até mesmo de interesse patrimonial.

No entanto, cabe aqui reiterar a importância da autonomia da mulher em sua seara reprodutiva como pressuposto para o alcance da própria dignidade. Em não raras vezes, os interesses e liberdades individuais entrarão em confronto com o ordenamento jurídico, porém, não significa que devem ser, de pronto, excluídos de debates. Ambas as ADI’s encontram-se pendentes de julgamento na Corte Suprema e, caso procedentes, podem vir a mudar a realidade do exercício dos direitos reprodutivos no Brasil.

3.2. Projetos legislativos

A demora nos julgamentos das ADI’s, propostas em 2014 e 2018, demonstrou a necessidade de uma alteração legislativa menos morosa. Nesse sentido, deputados e senadores apresentaram seus próprios projetos de Lei, que correspondiam a pontos similares - ou até mesmo idênticos - àqueles propostos nas Ações Diretas de Inconstitucionalidade.

O primeiro Projeto de Lei abordado será o de n. 3.637/12, apresentado pelo Deputado Federal Paulo Rubem Santiago do PDT/PE. O parlamentar requereu a alteração da Lei de Planejamento Familiar, a fim de suprimir o §5º que trata que, na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Ao justificar o PL, o Deputado aduz que a previsão legal “equipara o corpo do indivíduo aos bens materiais que fazem parte da união conjugal. [...] O corpo, contudo, é de direito de cada um, não cabendo, em nosso entender, a manutenção dessa prescrição para acesso aos frutos do conhecimento científico e da técnica médica.” (BRASIL, 2012).

Não menos importante, também é mister a menção do Projeto de Lei n. 5.832 de 2019 do Senador Jorge Kajuru, que tem como intuito alterar a redação do art. 10, I da Lei nº 9.263 de 1996, reduzindo a idade mínima para a realização do procedimento para 21 anos. Na justificativa do projeto, assim foi disposto:

[...] não faz sentido manter a exigência de que as pessoas atinjam a idade de 25 anos para ter acesso a medidas mais permanentes de controle da fecundidade. Não é preciso esperar essa idade para que as pessoas saibam se desejam ter mais filhos ou mesmo para que possam decidir se desempenhar as funções de pais e mães está nos seus planos futuros. Os jovens estão mais escolarizados, mais informados e precisam ter sua autonomia respeitada para que deem a suas vidas o destino que julgarem ser o melhor para eles.

Cabe à saúde pública oferecer os meios capazes de auxiliar essas pessoas a exercerem livremente seu direito ao planejamento familiar. Lembramos que a maioridade civil é atingida em nosso país já a partir dos 18 anos de idade, quando a lei permite que as pessoas possam realizar atos como contrair matrimônio, tirar carteira de habilitação, abrir empresas e efetuar contratos como a compra e venda de imóveis. Perante a lei, já a partir dos 18 anos a pessoa é capaz de responder autonomamente por seus atos. A idade de 21 anos para acesso a técnicas cirúrgicas de esterilização é, portanto, uma medida prudente bastante para evitar decisões precipitadas. Ademais, no sentido de respeitar a autonomia de homens e mulheres que buscam esse recurso no sistema de saúde, deve ser facultativo, e não obrigatório, o aconselhamento visando desestimular a adoção dessa medida contraceptiva. (BRASIL, 2019)

Em 2021, foi apresentada pela Deputada Federal Shéridan Estérfany Oliveira do PSDB/RR o Projeto de Lei n. 986/2021, cujo objetivo é alterar a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para permitir a esterilização voluntária a partir de dezoito anos e para pessoas em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica, mediante autorização judicial. Além disso, visa revogar a necessidade de anuência conjugal. Em sua justificativa, a parlamentar assim asseverou:

Não se trata aqui absolutamente de reviver o controle de natalidade indiscriminado, somente de permitir um olhar mais cuidadoso para os grupos que vivem em condições extremas e que não desejam uma prole porque não têm meios de sustentá-la. Evidentemente, como explicita o parágrafo 6º, o processo deve ser instruído segundo as normas regulamentadoras e ser autorizado pelo Poder Judiciário. Por meio desse procedimento, acreditamos preservar a vontade das pessoas e, ao mesmo tempo, com o cumprimento das etapas estabelecidas, protegê-las contra eventuais (e improváveis) tentativas de esterilização em massa (BRASIL, 2021).

Ainda, cabe menção ainda ao Projeto de Lei 5.832/2019, de autoria do Senador Jorge Kajuru do CIDADANIA/GO, que propõe a redução da faixa etária de 25 anos para 21 anos completos, bem como ao PL n. 291/2018, que visava desburocratização da autorização para esterilização voluntária para mulheres, mas que foi arquivado no mesmo ano.

Por fim, não se pode olvidar do Projeto de Lei 7.364/2014, de autoria da deputada Carmen Zanotto (Cidadania-SC). o Projeto propõe a diminuição de 25 para 21 anos a idade mínima para a esterilização voluntária, permitindo ainda sua realização na mulher logo após o parto, além de excluir a necessidade de consentimento expresso de ambos os cônjuges para a esterilização realizada na vigência da união conjugal.

Ao analisar a proposição, a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, que conclui pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa do Projeto, assim determinando:

Logo após o parto, as condições cirúrgicas são muito mais favoráveis. Aguardar significa fazer novos exames, outra internação, deixar a criança, enfim, traz uma dificuldade imensa e desnecessária para a mulher. Assim, se houver manifestação expressa durante a gravidez, com pelo menos sessenta dias, não vemos por que não permitir a realização da laqueadura tubária (BRASIL, 2014).

A proposta foi aprovada no dia 8 de março de 2022 e será enviada para o Senado Federal.

4. VIOLAÇÃO AOS DIREITOS REPRODUTIVOS - NEGATIVA INJUSTIFICADA AOS PEDIDOS DE LAQUEADURA TUBÁRIA.

A esterilização é um método de contracepção definitiva, que pode ser usado por ambos os sexos - através da vasectomia ou da laqueadura. A laqueadura é um dos métodos

mais eficazes cientificamente aprovados usados em territórios nacional e, entre os seus benefícios, pode-se elencar a duração, a ausência de hormônios e ausência de malefícios à saúde e ao ciclo menstrual. bem como a existência de estudos que apontam que este procedimento diminui o risco de câncer de ovário.

Com vistas à valer a observância dos critérios estipulados na Lei de Planejamento Familiar e investigar como os profissionais de saúde se posicionam quanto a esses critérios, bem como estimar o tempo de espera entre a solicitação pela esterilização e sua efetivação, Elza Berquó e Suzana Cavenaghi realizaram pesquisa em seis capitais brasileiras (Palmas, Recife, Cuiabá, Belo Horizonte, São Paulo e Curitiba), que acompanhou homens e mulheres que buscavam a esterilização cirúrgica junto ao Sistema Único de Saúde.

Ao fim da pesquisa, verificou-se que após um seguimento de cerca de seis meses, apenas 25,8% das mulheres e 31% dos homens que demandaram a cirurgia de esterilização haviam obtido sucesso. Chama atenção ainda o fato de que 8% dessas mulheres engravidaram durante o período de espera (BERQUÓ, Elza. CAVENAGHI, 2003).

Veja, ainda, que diversas unidades de saúde possuíram critérios em claro descompasso com a Lei de Planejamento Familiar:

O protocolo de planejamento familiar em Curitiba explicita que a laqueadura tubária é permitida para mulheres com pelo menos 25 anos de idade e com dois filhos vivos. A esterilização para os homens tem critérios ainda mais restritivos que para as mulheres, pois a vasectomia somente é permitida em homens com pelo menos trinta anos de idade, com três filhos e sem doença genital conhecida. De acordo com alguns profissionais da saúde entrevistados, a base para esta restrição é que o sistema deve estabelecer prioridades para selecionar os indivíduos para autorizar a esterilização, pois a quantidade de cirurgias realizadas mensalmente é definida por cotas, as quais são insuficientes para atender a alta demanda.

Em São Paulo, apesar das regulamentações locais não conterem explicitamente interpretações errôneas da lei, elas estão implícitas nas normas existentes. Os serviços de saúde municipais em São Paulo usam um procedimento de pontuação para selecionar e dar prioridades para a aprovação das solicitações pela esterilização. Indivíduos abaixo de trinta anos e com menos do que três filhos não conseguem atingir a pontuação mínima, cinco pontos, necessária para a aprovação do pedido. Os serviços estaduais não seguem o mesmo sistema de pontuação e não há um protocolo escrito a ser seguido, mas as regras de trinta anos de idade e ter três filhos ou mais são utilizadas nos hospitais estaduais, de acordo com as informações obtidas nas entrevistas com os profissionais de saúde destes estabelecimentos.(BERQUÓ, Elza. CAVENAGHI, 2003).

Os motivos mais comuns apontados por mulheres para buscar a esterilização definitiva são sua eficácia, seu caráter definitivo, bem como a rejeição de outros métodos contraceptivos. Pode-se citar, por exemplo, a pílula, que apesar de ser altamente eficaz,

produz efeitos indesejáveis nos níveis hormonais e no bem-estar da usuária (CARVALHO, SCHOR, 2005). Nesse sentido, a pesquisa anteriormente citada apontou que cerca de um quarto do total de mulheres não estava usando nenhum meio para evitar uma concepção.

Chama a atenção, no entanto, a ausência de dados consistentes acerca dos pedidos de laqueadura realizados por mulheres sem filhos, que cumprem o critério etário disposto na Lei:

Quando se combinam os dois critérios de idade e número de filhos nascidos vivos, declarados no momento da demanda por esterilização, observa-se, em primeiro lugar, não ter havido demandas de pessoas com menos de 25 anos e apenas um filho, possivelmente em atendimento à lei. Em segundo lugar, as demandas provieram quase todas de pessoas com dois ou mais filhos, correspondendo a 97,7% para as mulheres e a 90,1% para os homens. Em terceiro lugar, 84,1% das demandas femininas e 95,8% das masculinas, situaram-se na faixa etária de 25 anos ou mais. Finalmente, a maior chance de esterilização ocorreu para mulheres com idades entre 25 e 34 anos e para homens na faixa de 35 anos ou mais.

Tal situação foi verificada, de igual forma, nas demais pesquisas e artigos referenciados, de forma que se revelou a necessidade de uma investigação mais próxima da situação das mulheres que não têm filhos e não desejam ser mães.

4.1. Critérios de pesquisa

À vista das pesquisas supramencionadas e da ausência de dados referentes a mulheres sem filhos, objetivou-se realizar pesquisa caracterizada como um estudo de levantamento ou *survey*, procedimento que buscou identificar as vivências das mulheres brasileira em relação ao procedimento da laqueadura, utilizando uma amostra não probabilística intencional, a fim de se realizar uma análise diagnóstica.

A pesquisa foi distribuída de forma online em grupos de *facebook* de conselhos e informações sobre como obter o direito à esterilização, mesmo sem filhos, denominados “*childfree brasil*” e “*Laqueadura sem filhos: orientação e planejamento*”. Salienta-se, no entanto, que a postagem não foi aceita a tempo hábil pelo primeiro grupo mencionado, desse modo, foi respondida somente pelas participantes do último. O formulário para respostas ficou aberto pelo período de uma semana (7 dias). Respondida por 84 mulheres em idade reprodutiva, todas sem filhos, sendo que 55 não haviam realizado a cirurgia de laqueadura e 29 ainda não a realizaram, ainda que seja um desejo latente. De todas as que responderam, 54 mulheres (aproximadamente 65%) tiveram seu pedido de esterilização voluntária negado em

algum momento do percurso. Não havendo identificação das pessoas participantes, não se exigiu avaliação pelo sistema CEP/CONEP (Art. 1., Parágrafo único, Resolução n. 510, de 2016, do CONEP.)

4.2. Resultados da pesquisa

De início, cabe ressaltar que as entrevistadas ofertaram resposta aberta à pergunta “O que levou você a procurar a esterilização definitiva como método contraceptivo?”. Coincidentemente, das 84 respostas, 54 indicaram a vontade de não ter filhos como motivo principal para a busca pelo procedimento. Dentre essas, 11 também elencaram como motivo a confiança na laqueadura em detrimento de outros métodos contraceptivos.

Do total, 14 mulheres apontaram como motivo principal a efetividade do método, bem como a rejeição a outros métodos contraceptivos; 7 das entrevistadas ainda declararam o medo ou pavor intenso de gravidez (tafofobia) como uma das razões pela busca da cirurgia. Ainda, 2 mulheres elencaram problemas prévios de saúde e 7 ofertaram respostas múltiplas, de combinação das divisões anteriores.

Como mencionado anteriormente, dentre o total das entrevistadas, 54 tiveram em algum momento seu pedido negado. Entre as causas mais comuns para a recusa oferecida pelos profissionais da saúde, estava a necessidade de já se ter filhos (mencionada em 16 dessas 54 respostas) e a possibilidade de arrependimento futuro (mencionada em 24 respostas). Ainda que as optantes ofertassem firmes contrapontos às negativas médicas, suas decisões não eram respeitadas.

Importante ressaltar que parte das mulheres também relataram o fato de não terem se adaptado a nenhum outro método contraceptivo, hormonal ou não, e desejam apelar à esterilização como último recurso, a fim de garantirem sua autonomia reprodutiva.

Desde a adolescência sempre soube que não queria ser mãe. Nunca tive dúvidas de que a maternidade não está relacionada à natureza ou qualquer outra justificativa que tentem dar. É um processo solitário, doloroso e, com certeza, acima de questões financeiras e a tal da liberdade. No caso, meu bem-estar psicológico, saúde mental e traumas sempre sobressaíram. (retirado do *survey*).

Em pergunta aberta sobre se tiveram, em algum momento, o pedido negado, as participantes do *survey* relataram não somente casos de desconhecimento da Lei de

Planejamento Familiar, como a negativa baseada em crenças pessoais e conceitos pré-formados acerca das pacientes.

“Que não era possível sem filhos / Que era considerado mutilação”

“Alegou que eu iria me arrepender”

“O plano de saúde alegou que eu não tinha filhos”

“Disse que não importava a lei do planejamento familiar e que como eu não tenho nenhuma doença em que uma gravidez traga risco não faria”

Uma das respostas que chamou a atenção foi ofertada por uma participante que contava com 25 anos de idade:

“Ele [o médico] disse que era uma mutilação, perguntou qual era minha religião, disse que minha resposta não seria “bem aceita” quando mandasse para uma análise no conselho de medicina, e por fim que a religião dele (católico) não permitiria que ele fizesse isso em uma mulher sem filhos. Também aconselhou que eu casasse com meu namorado, porque eu parecia uma mulher “bem instruída e de boa família”. Na outra vez, a médica que costumava ser a profissional que me acompanha há anos informou que jamais faria em uma mulher sem filhos por medo de processo, porque alguém que ela conhecia havia sido processado” (retirado do *survey*).

Tal visão se encontra em discordância com o conceito constitucional de família, que abrange formações das mais diversas além da família tradicional via vínculo matrimonial. Alguns médicos apresentaram recusa em razão de crenças pessoais, religiosas ou éticas, enquanto outros desconheciam o verdadeiro teor da Lei de Planejamento Familiar.

No âmbito das relações familiares, cada indivíduo deve escolher e traçar seu objetivo de vida, cabendo ao Estado servir de apoio e assistência, porém sem intervir nessa autonomia, pois conforme dispõe o art. 1.565, §2º, do Código Civil, o planejamento familiar é uma liberdade de cada indivíduo, tendo o Estado somente o dever garantir os recursos educacionais e financeiros para o exercício de tais direitos. Dessa forma, apesar de ser defeso o uso do corpo quando importar diminuição permanente da integridade física (art. 13 do Código Civil), o direito ao próprio corpo pode ser considerado como um direito dual, uma vez que sua natureza jurídica se encontra entre os direitos de personalidade e os direitos fundamentais.

Como bem disposto por SANTOS *et al*, “O direito sexual e reprodutivo defende, portanto, a autonomia e liberdade das mulheres para decidir, sem nenhum tipo de discriminação, violência ou coerção, sobre o exercício ou não da maternidade. Trata-se de um

direito humano e fundamental o qual, para sua efetivação, pressupõe a existência de uma autonomia feminina.” (2021, fl. 45).

Observa-se, portanto, que os preceitos de dignidade da pessoa humana e o direito ao livre planejamento familiar e reprodutivo são complementares, uma vez que o efetivo exercício daquele depende da concretização do princípio da dignidade humana. Assim, por se tratar de uma decisão autônoma, ou que ao menos deveria ser, o planejamento familiar deve ser interpretado em consonância com os princípios constitucionais e a liberdade reprodutiva, não cabendo ao Estado ou qualquer ente privado a interferência na escolha individual, com base em aspectos econômicos, culturais, psicológicos ou religiosos (SANTOS, OLIVEIRA OLIVEIRA 2021).

4.3. O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a efetivação dos direitos reprodutivos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Dessa forma, se revela como uma ferramenta essencial para a garantia da efetivação do direito à laqueadura, especialmente quando fora da saúde pública, por meio de hospitais privados ou planos de saúde.

Nesse sentido, a Resolução Normativa n. 167/2008, publicada pela ANS, definiu a lista de procedimentos obrigatórios de "cobertura mínima" para os beneficiários do plano de saúde. Entre os procedimentos previstos, encontram-se a inserção de Dispositivo Intra Uterino (DIU), a laqueadura e a vasectomia. Atualmente, a cobertura é regulada pela Resolução Normativa n. 465/2021, que impõe:

Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II: 20

Grupo I

- a. mulheres com capacidade civil plena;
- b. maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- c. seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- d. seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia,

possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
e. em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado. (ANS, 2021, anexo II).

Como se vê, portanto, as operadoras de plano de saúde se submetem aos mesmos requisitos dispostos na Lei de Planejamento Familiar, de modo que, caso a paciente opte pela laqueadura e cumpra todos os requisitos, não podem se negar a ofertar o procedimento.

Com o surgimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar, nasceu igualmente a responsabilidade de se fixar penalidades e valores de multa em caso de infrações por parte das operadoras privadas. Dessa forma, caso haja a negativa do procedimento, cabe denúncia à ANS, que analisará a procedência dos argumentos utilizados pelo fornecedor do serviço.

As denúncias, em suma, dão origem a processos administrativos, que são então apurados pelos núcleos de fiscalização, podendo ser arquivados - caso improcedentes - ou gerar a autuação da operadora envolvida. Quando configurada a infração por parte da operadora, a ANS poderá aplicar multa pecuniária visando inibir a repetição do ato considerado ilegal. (BRASIL, 2011).

Importante consignar que as denúncias devem ser formalizadas não somente quando há a negativa de cobertura do serviço, mas também no constrangimento ao uso de serviços.

Ressalta-se, novamente, que a prestação do serviço de laqueadura por parte dos planos de saúde é obrigatória. Nesse caso, ainda que se justifique a negativa em razão falta de determinado médico, profissional de saúde, hospital ou laboratório credenciados para a realização de determinado procedimento, o prestador de serviço deve disponibilizar profissional médico da especialidade ofertada, dentro da área de cobertura contratada e custear integralmente os custos de atendimento do profissional.

5. NECESSIDADE DE REFORMA DA LEI N. 9263/96

Como restou explicitado à partir da análise crítica realizada, a Lei de Planejamento Familiar apresenta lacunas legislativas no tocante ao direito daquelas mulheres que não desejam ter filhos, bem como impõe requisitos inconstitucionais para o exercício dos direitos reprodutivos, tais como o consentimento do cônjuge e a idade mínima acima da maioridade civil.

Não bastasse, as pesquisas anexadas demonstraram que a Lei vem sendo rotineiramente descumprida ou ignorada por profissionais da saúde, os quais exigem os requisitos alternativos (idade mínima ou dois filhos vivos) como requisito cumulativo, impedindo a obtenção da cirurgia de esterilização. Em um país tomado pela idealização da maternidade, tal negativa vem precedida de comentários religiosos, moralistas e machistas acerca da opção da paciente pela laqueadura, a fim de desincentivar, de forma antiética, a vontade da optante.

Além disso, percebe-se que o mesmo diploma legislativo apresenta um paternalismo por parte do Estado, que visa “proteger” mulheres de sua própria autonomia, à vista de uma caracterização da figura feminina como um ser materno.

No entanto, diante do reconhecimento dos direitos reprodutivos como face da dignidade da pessoa humana, e tendo aquele reconhecimento constitucional, queda inadiável a reforma da legislação acerca do tema.

Nessa senda, há que se ter cautela, sobretudo, na interferência estatal no âmbito da autonomia privada dos cidadãos brasileiros, a fim de resguardar os direitos reprodutivos em todos os seus aspectos - inclusive para aquelas mulheres que desejam a maternidade. Não cabe ao legislativo estipular quais corpos são dignos ou não de se reproduzirem, tampouco performar a maternidade compulsória como único caminho possível.

O aconselhamento por equipe multidisciplinar teria, em tese, a função de fornecer alternativas e opções para a optante, no entanto, há que se tomar os cuidados necessários para que o aconselhamento não se transforme em puro assédio moral à paciente.

Reconhece-se, também, que o uso abusivo da esterilização como método contraceptivo ocorreu, em grande parte, pela ausência de outros métodos reversíveis confiáveis e

disponíveis para as mulheres de todas as classes sociais. Tal falta acarretou o uso quase que exclusivo da pílula anticoncepcional e da laqueadura para o controle voluntário de natalidade.

À vista de todo o exposto, sugere-se que exista previsão legal acerca do direito de não reprodução e que métodos efetivos, cientificamente comprovados e reversíveis, sejam mais abundantemente ofertados - bem como que haja informação disponível sobre os mesmos, a fim de que a paciente possa optar por aquele método que melhor lhe convier e, ainda assim, não fique sujeita a negativas infundadas da prestação de seu direito.

Ademais, propõe-se que, com o julgamento das ADI's, seja retirada a necessidade do consentimento do cônjuge para a realização da cirurgia, bem como que a idade mínima prevista seja reduzida para dezoito anos, a fim de se manter correspondência com o ordenamento jurídico brasileiro.

Outra mudança que deve ser encorajada diz respeito à (im)possibilidade de se realizar a cirurgia de laqueadura em conjunto com o parto, tendo em vista que, como restou explicitado, a proibição submete a mulher a nova intervenção cirúrgica de forma desnecessária, quando sequer teve tempo hábil de se recuperar. Acredita-se que as propostas de Lei contribuirão para uma maior autonomia da mulher sobre sua capacidade reprodutiva, notadamente no que tange ao direito de não ter filhos, de modo a efetivá-lo de maneira mais sadia, segura, livre e consciente.

Além disso, deve-se manter a avaliação de perfil psicológico das mulheres e seus motivos para solicitar a laqueadura tubária e aconselhá-las para o planejamento familiar a fim de reduzir os riscos de arrependimento futuro.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente o trabalho se propôs a verificar os empecilhos encontrados por aquelas mulheres que desejam realizar a cirurgia de laqueadura, de que modo se perduram, e como mudar essa realidade.

A esterilização feminina ainda é um assunto polêmico, porém de indispensável estudo dentro do âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos.

Tem-se, ainda, a mentalidade de que a laqueadura tubária é um método contraceptivo a ser, de todas as formas, evitado e reprimido. Não se ignora que a esterilização se trata de uma decisão definitiva e que deve ser tomada somente após longa ponderação pelo indivíduo que irá realizá-la, com o conhecimento integral de todos os seus benefícios e consequências, no entanto, a autonomia individual deve ser preservada.

A Constituição Federal de 1988 traz como fundamento a dignidade da pessoa humana e como um de seus objetivos a construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Com fundamento no referido princípio e na paternidade responsável, o art. 226, §7º da Carta Magna consagrou o direito ao livre planejamento familiar, impondo ao Estado o dever de prestar toda assistência para a promoção do efetivo exercício deste direito, com vedação de qualquer interferência coercitiva, seja por entidades oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

Justamente por tal razão, a norma prevista na Lei de Planejamento Familiar imprime que o Estado deverá fornecer ao optante do procedimento todo o aconselhamento necessário, a ser realizado por equipe multidisciplinar. Lado outro, entende-se que restringir a laqueadura somente àquelas que atingiram a idade mínima de vinte e cinco anos ou que possuem dois filhos vivos apresenta desarmonia com o sistema jurídico vigente, uma vez que a menoridade civil cessa assim que o cidadão completa dezoito anos, tornando-o apto para realizar todos os atos da vida civil.

Em paralelo, ao decorrer desse estudo, revelou-se que a despeito de o progresso acerca dos direitos reprodutivos ser inegável, ainda há uma grande distância a ser percorrida e diversas mudanças fundamentais devem ocorrer para que a autonomia reprodutiva seja de fato garantida, para além dos muros do positivismo.

Não bastasse, ao dispor a referida Lei, em seu artigo 10º, que a mulher deverá ser desencorajada à esterilização, revela a invasão do poder público sobre a esfera da individualidade feminina. Reitera-se que tal desencorajamento não se trata de mera informação sobre todos os aspectos relevantes acerca da esterilização -a qual deve, sim, ser feita com o devido rigor a fim de se evitar futuros arrependimentos em razão da falta de aconselhamento -; em verdade, tal prescrição revela a manutenção do ideário de reprodução, enraizado no papel social da figura feminina perante a sociedade, ou seja, o conceito de que toda mulher deve ser tornar mãe, mesmo que de forma indesejada.

Logo, restou firmado que diversos pontos da Lei de Planejamento Familiar são excessivos e representam interferência estatal indevida nos direitos reprodutivos. Estas restrições se exteriorizam a partir das seguintes imposições: exigências quanto à manifestação de vontade, que para a pessoa casada somente se admite a partir da anuência do cônjuge e vedação ao momento em que a mulher irá se submeter ao procedimento, que não pode se realizar em concomitância ao parto, mesmo que a vontade tenha sido expressa em momento anterior a este.

Não bastasse as engendradas legalmente previstas, as mulheres também se submetem a negativas injustificadas dos planos de saúde e hospitais privados que, por motivações subjetivas, negam a cobertura do serviço.

Nesse sentido, a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem especial importância no processamento das denúncias e da coibição de tal prática.

Por todo o panorama legislativo e prático que se expôs, percebeu-se que a maternidade é socialmente imposta à mulher, tanto no sentido de ter filhos, quanto na escolha por não tê-los, baseado na idealização de que a mulher somente se vê completa quando passar pela maternidade (ANDRADE, 2017). Neste diapasão, as mulheres têm sua autonomia reprodutiva violada pelas inacabáveis demandas sociais e estatais, bem como pelas crenças pessoais dos atendentes de saúde.

Conclui-se, a partir de todo o exposto, que a mulher que opta pela laqueadura, com fundamento da Lei de Planejamento Familiar, encontra diversos obstáculos para a concretização de sua vontade, especialmente porque a legislação vigente representa valores incompatíveis com os princípios constitucionais de dignidade da pessoa humana e de autonomia privada. Nesse sentido, os preconceitos se legitimam e se perpetuam na sociedade brasileira.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ALVES, José Eustáquio Diniz. **As Políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006.

ANS. **Resolução Normativa nº 465, de 23 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020.. Diário Oficial. Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDAMw==>. Acesso em: 24 fev. 2022.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde.. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S465-S469, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800027>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BARROSO, Carmen. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Revista de Saúde Pública**, v. 18, n. 2, 1984. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JMFSk6DkY3MVQRThkJhw9WJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BARROSO, Luís Roberto. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. tradução Humberto Laport de Mello. 3ª reimpressão. Belo Horizonte : Fórum, 2014.

BERQUÓ, Elza. Brasil, um Caso Exemplar - anticoncepção e parto cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. **Revista Estudos Feministas**, v. 1, n. 2, 1993.

BERQUÓ, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S441-S453, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800025>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 986, de 19 de março de 2021. Altera a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para permitir a esterilização voluntária a partir de dezoito

anos e para pessoas em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica.. Brasília: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2274490>. Acesso em: 24 de fev de 2022

_____. Projeto de Lei n. 3.637, de 09 de abril de 2012. Suprime o § 5º, do art. 10, da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=540322>. Acesso em: 24 de fev de 2022

_____. Projeto de Lei n. 5.832, de 05 de novembro de 2019. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, para reduzir de 25 para 21 anos a idade mínima exigida para a realização da esterilização cirúrgica. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019. Disponível em:
<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/139691>. Acesso em: 24 de fev de 2022.

_____. **Projeto de Lei n. 7.364**, de 03 de abril de 2014. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Diário Oficial da União. Disponível em:
<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=611328>. Acesso em: 12 mar. 2022.

_____. Congresso Nacional. Exame da incidência da esterilização em massa de mulheres no Brasil. Brasília: Comissão Parlamentar de Inquérito, 1993..

_____. Lei n. 9.263, de 11 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.. **Diário Oficial da União**, Brasília.

_____. Lei n. 9.656, de 02 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 24 fev. 2022.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS; 2011.

_____. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil.

_____. Lei n. 11.340, de 06 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, ano 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340. Acesso em: 29 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada da à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Portaria n. 144, de 19 de novembro de 1997. **Diário Oficial da União**, ano 1997. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/06/12/14_20_50_472_portaria_144___ministerio_da_saude___planejamento_familiar.pdf. Acesso em: 22 nov. 2021.

_____. Projeto de Lei n. 5.832. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, para reduzir de 25 para 21 anos a idade mínima exigida para a realização da esterilização cirúrgica.. Diário Oficial da União, ano 2019.

_____. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade: ADI 5097. Brasília, DF. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4542708>. Acesso em: 24 de fev de 2022

_____. Ação Direta de Inconstitucionalidade: ADI 5911. Brasília, DF. Relator: Ministro Celso de Mello. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5368307>. Acesso em: 24 de fev de 2022

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. 230 p.

CAETANO, André Junqueira. A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional sobre demografia e saúde — 1996. *In*: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 228-247.

_____. Ascensão e queda da laqueadura tubária no Brasil: uma avaliação das pesquisas de demografia e saúde de 1986, 1996 e 2006. *In*: XVII ENCONTRO

DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS . 2010. Anais [...] MG, p. 20-24.

_____. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 2, p. 309-331, dez 2014.

_____. Sterilization for votes in the Brazilian northeast : the case of Pernambuco. **Population and Development Review**, v. 30, n. 1, p. 79-108, 2004. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/35976647_Sterilization_for_votes_in_the_Brazilian_northeast_the_case_of_Pernambuco. Acesso em: 22 nov. 2021.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**, 5º ed. Editora Livraria Almedina, 2002.

CHACHAM, Alessandra S; SIMAO, Andrea Branco; CAETANO, André Junqueira. Gender-based violence and sexual and reproductive health among low-income youth in three Brazilian cities. **Reproductive Health Matters**, v. 24, p. 141-152, 2016. Issue 47. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.06.009>. Acesso em: 22 nov. 2021.

COELHO, Fábio Ulhôa. **Curso de Direito Civil: Parte Geral**. 5ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2012.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis**, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>. Acesso em: 22 nov. 2021.

COSTA, Tonia *et al.* Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 20, p. 363-380, dez 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2021.

DENBOW, Jennifer **Sterilization as Cyborg Performance: Reproductive Freedom and the Regulation of Sterilization**. *Frontiers: A Journal of Women Studies*, 35(1), 107–131, 2014.

DONATH, Orna. Regretting Motherhood: A Sociopolitical Analysis. **Signs Journal of Women in Culture and Society**, v. 40, n. 2, p. 343-367, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273291332_Regretting_Motherhood_A_Sociopolitical_Analysis. Acesso em: 22 nov. 2021.

EISENSTEIN, Zillah R.. **The Color of Gender: Reimaging Democracy**. Univ of California Press, v. 3, f. 137, 1994. 274 p.

FREITAS Giselle de Lima, VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira, , MOURA Escolástica Rejane Ferreira , PINHEIRO Ana Karina Bezerra. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. In: Rev. Eletr. Enf. Internet, 2009. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>. Acessado em 25 de fev de 2022

HILLIS, S.D *et al.* Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. **Obstet Gynecol**, v. 93, n. 6, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10362150/>. Acesso em: 22 nov. 2021.

LINDNER, Sheila Rubia; COELHO, Elza Berger Salema; BÜCHELE, Fátima. O DISCURSO E A PRÁTICA DE MÉDICOS SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, n. 3, 2013.

MACHADO, Rogério Bonassi et al. **Different Perceptions among Women and Their Physicians Regarding Contraceptive Counseling: Results from the TANCO Survey in Brazil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]. 2020, v. 42, n. 5. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712145>. Acesso em: 22 nov. 2021.

MACHADO, Katia Maria de Melo; LUDERMIR, Ana Bernarda; COSTA, Aurélio Molina da. Mudanças na estrutura familiar e arrependimento da laqueadura tubária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1768-1777, dez 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600024>. Acesso em: 22 nov. 2021.

MANSUR, Luci Helena Baraldo. Experiências de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 23, n. 4, p. 2-11, 2003.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos.. **Rev. int. direitos human**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 60-83, 2008.

MENDES, Ivana Mércia Aragão. **A autonomia da mulher sobre sua capacidade reprodutiva: o direito de não ter filhos**. Fortaleza Dissertação (mestrado) - Universidade de Fortaleza, 2019.

MORAES, Maria Celina Bodin de; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Capítulo VII – Da família, da criança, do adolescente, do jovem e do idoso. In: CANOTILHO, J. J. Gomes; MENDES, Gilmar F.; SARLET, Ingo W.; STRECK, Lenio L. (Coords.). Comentários à Constituição do Brasil. 2. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018, Capítulo VII.

MOREIRA, M. M. ; FUSCO, Wilson . **MULHERES SEM FILHO NO BRASIL**. In: XXX Congresso Latinoamericano de Sociologia, 2015, San Jose. Anais do XXX Congresso Latinoamericano de Sociologia, 2015.

MOREIRA, Maria Helena Camargos; ARAÚJO, Jose Newton Garcia de. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino. **Psicol Estud**, v. 9, n. 3, p. 389-398, 2004.

MORELL, Carolyn Mackelcan. **Unwomanly Conduct: The Challenges of Intentional Childlessness**. Routledge, 1994.

OSIS, Maria José Duarte et al. **Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde**. In: Cad. Saúde Pública, vol.20 no.6, Rio de Janeiro, 2004.

PEREIRA, Rodrigo da Cunha; DIAS, Maria Berenice; CHAVES, Mariana. **Da (in)justiça no planejamento familiar**. 2017. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=724337088&prcID=5368307#>. Acesso em: 27 nov. 2021.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. 11 ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

RIOS, Maria Galvão e GOMES, Isabel Cristina. **Estigmatização e conjugalidade em casais sem filhos por opção**. Psicologia em Estudo. 2009, v. 14, n. 2, pp. 311-319.

SANTOS, Franciele Barbosa; OLIVEIRA, Lillian Zucolote de; OLIVEIRA, Lourival José de. **Violação a autonomia corporal e reprodutiva da mulher no Brasil: necessidade de reforma da Lei n. 9.263/96**. Conhecimento e Diversidade, Rio de Janeiro, v. 13, n. 31, p. 43-55, 2021.

SERRUYA, Suzanne. Ligação de trompas e imaginário feminino. **Revista Brasileira De Estudos De População**, v. 10, n. 1/2, p. 57-70, 1993.

SOUZA, MR. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. **Contraception**, v. 67, n. 5, 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(03\)00039-8](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(03)00039-8). Acesso em: 22 nov. 2021.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3 ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VENTURA, Miriam (Org) *et al.* **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito**. ADVOCACI. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

VIEIRA, Elisabeth Meloni; SOUZA, Luiz de. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 398-404, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000300002>. Acesso em: 22 nov. 2021.

