

PLANEJAMENTO FAMILIAR E ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES NO BRASIL: a ambivalência entre a retórica dos direitos humanos e a prática do controle reprodutivo sobre o corpo das mulheres

FAMILY PLANNING AND STERILIZATION OF WOMEN IN BRAZIL: the ambivalence between human rights rhetoric and the practice of reproductive control over women's bodies

Joice Graciele Nielsson¹
UNIJUI

Resumo:

O presente artigo evidencia a evolução das políticas de planejamento familiar e esterilização de mulheres no Brasil, evidenciando a ambivalência existente entre a promoção dos direitos humanos reprodutivos das mulheres, e as práticas de controle que, por meio do dispositivo da reprodutividade, instituem cesuras biopatriarcalistas entre corpos úteis e corpos indesejáveis à reprodução. Para tanto, analisa a aplicação, por meio de políticas públicas e decisões jurisprudências, da Lei de Planejamento Familiar – Lei 9263/96 – quanto à prática de esterilização de mulheres, destacando que, por meio do estado de exceção, instrumentalizam-se diferentes formas de gestão do útero, conforme os recortes de raça, classe, incapacidade e outras formas de vulnerabilização de corpos femininos. A pesquisa utiliza o método de procedimento estruturalista, e o método de abordagem hipotético dedutivo.

Palavras-chave:

Direitos reprodutivos; Biopolítica; Planejamento familiar; Esterilização de Mulheres.

Abstract:

This article analyzes the evolution of family planning policies and sterilization of women in Brazil, highlighting the ambivalence between the promotion of women's reproductive human rights and the reproductive control practices that, through the reproducibility device, institute biopatriarchal caesures between bodies useful for reproduction and bodies undesirable for reproduction. To this end, the research analyzes the application, through public policies and jurisprudence decisions, of the Family Planning Law - Law 9263/96 - regarding the practice of sterilization of women, showing that, through the state of exception, they are instrumentalized different forms of management of the uterus, according to the cutouts of race, class, disability and other forms of vulnerability of female bodies. The research uses the structuralist procedure method, and the hypothetical deductive approach method.

Keywords:

Reproductive rights; Biopolitics; Family planning; Sterilization of women.

1 INTRODUÇÃO

Conforme a clássica definição de Délcio da Fonseca Sobrinho, apresentada no relatório da CPMI, instaurada em 1992 para averiguar as razões do aumento de cirurgias de laqueadura em mulheres brasileiras, historicamente, o Brasil havia apresentado, até aquele momento, três fases distintas de gestão do planejamento familiar: uma fase pró-natalista; uma fase de disputa entre antinatalistas e anticontrolistas; e uma terceira fase de surgimento do planejamento familiar.

¹ Doutora em Direito Público pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS-FURB, Mestrado em Desenvolvimento pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Graduação em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Professora-Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado em Direitos Humanos - e do Curso de Graduação em Direito da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Coordenadora da Pós-graduação Justiça Restaurativa e Mediação na mesma instituição. Integrante do Grupo de Pesquisa Direitos Humanos e Biopolítica (CNPq) e Pesquisadora Recém-Doutora FAPERGS Edital 04/2019.

Vários autores têm abordado a temática a partir de então, destacando as características e as consequências, especialmente das estratégias intervencionistas - natalistas ou controlistas - de gestão da reprodução e sua vinculação com os direitos humanos sexuais e reprodutivos.

A partir deste contexto, considera-se, neste artigo, a existência de uma quarta fase: de consolidação do planejamento familiar a partir do viés dos direitos humanos, inaugurada com a edição da Lei 9.263/96. Esta Lei, obedecendo princípios constitucionais, regulamentou o planejamento familiar a partir da retórica dos direitos humanos. O surgimento desta quarta fase pareceu indicar que as estratégias intervencionistas haviam sido superadas com a prevalência dos direitos sexuais e reprodutivos na gestão do planejamento familiar.

A partir destes elementos, o **objetivo** do artigo consiste em analisar, sob a perspectiva biopolítica, a ambivalência entre as retóricas intervencionistas, natalistas e controlistas, e a retórica dos direitos humanos na gestão do planejamento familiar e da prática da esterilização de mulheres no Brasil. Seu **problema norteador** questiona: há, de fato uma antítese entre a retórica intervencionista, seja natalista ou controlista, e a retórica dos direitos? ou, em Estados governados por estratégias biopolíticas, a própria retórica dos direitos efetiva o controle biopatriarcalista sobre o corpo reprodutivo feminino?

Apresenta como **hipótese** a consideração de que apesar das peculiaridades de cada uma das fases, há elementos que possam indicar aspectos de continuidade entre as fases na perpetuação de estratégias de controle reprodutivo que se consolidam sobre corpos femininos por meio do dispositivo da reprodutividade. Este dispositivo opera gerindo vidas humanas - femininas - a partir do útero, estabelecendo cesuras entre corpos desejáveis e corpos indesejáveis à reprodução, sujeitos a condições de precarização e descartabilidade típicas das vidas nuas. No caso brasileiro, pretende-se demonstrar que o poder biopatriarcalista utiliza recortes, de raça, classe social e deficiência, dentre outros, para operar a *exceptio*.

O texto se estrutura em três partes. Na primeira, analisa, a partir do marco teórico biopolítico, a constituição do dispositivo da reprodutividade e a transformação de mulheres em *hysteras homo sacer*. Na segunda analisa a trajetória e as fases de gestão do planejamento familiar no Brasil, com foco no fenômeno de esterilização de mulheres. Por fim, analisa a prática da esterilização após a Lei de Planejamento Familiar, evidenciando a ambivalência entre a retórica dos direitos humanos e a prática do controle biopolítico sobre corpos femininos.

Na realização da pesquisa, utilizou-se como método de procedimento o método estruturalista, o qual “parte da investigação de um fenômeno concreto, eleva-se, a seguir, ao nível abstrato, por intermédio da constituição de um modelo que represente o objeto de estudo” (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 91), e como método de abordagem, o hipotético-dedutivo, de

tal modo que, a partir dos dados analisados e pelo processo da inferência dedutiva, testou-se a ocorrência dos fenômenos abrangidos pela hipótese.

2 BIOPOLÍTICA, DIREITOS HUMANOS E O DISPOSITIVO DA REPRODUTIVIDADE

Nosso tempo histórico apresenta peculiaridades típicas da constituição de um estado de exceção que tem habitado o centro das democracias modernas, e a compreensão deste fenômeno, por sua vez, requer uma mudança de paradigma, tal como proposta por Giorgio Agamben (2007), em suas análises sobre o biopoder. Para o autor, a biopolítica não é apenas uma “novidade” contemporânea, mas o ápice de um longo desenvolvimento que a transformou no centro das formas de poder da modernidade tardia, que se reflete na contínua aproximação e indistinção, entre direito e violência, e a transformação do estado de exceção em paradigma de governo da política contemporânea, com a implicação da vida no poder soberano, e a constituição da morte como revés de toda forma de proteção da vida (WERMUTH; NIELSSON, 2018).

Esta mudança no exercício do poder, típica da biopolítica, começou a ser desvelada por Michel Foucault ao vislumbrar no fim do século XVIII, o nascimento de novas formas de gerenciamentos da vida, que passaram a incidir sobre reprodução, taxa de natalidade e mortalidade como indícios da apreensão da vida pela política e de uma gestão de “fazer viver e deixar morrer” (2010, p. 129). Deste modo, a biopolítica se consolidou como um “conjunto de técnicas e estratégias de governança para construção de poder que orienta e controla os corpos, a saúde e a vida de uma população inteira através da regulação da reprodução, fertilidade e mortalidade” (WICHTERICH, 2015, p. 25). E o biopoder passou a ser exercido através de políticas demográficas, de saúde, econômicas, que intervêm nas práticas sociais e na ordem simbólica dos valores, alterando a “natureza” da população e da reprodução.

Ao identificar esta mudança nas formas de gestão da vida, afirma Nielsson (2019), a obra de Foucault vinculou uma noção de direitos reprodutivos e a constituição da reprodutividade como uma substância biopolítica, e, embora nem Agamben nem Foucault tenham se referido especificamente ao corpo reprodutivo feminino, sua relevância indica a especificidade de gênero na atuação do biopoder, através do que a autora denomina de dispositivo da reprodutividade. Um dispositivo que agiria sobre o corpo individual, tornando possível o controle do conjunto da população por meio do domínio de nascimentos, deslocamentos e mortes, transformando reprodução e maternidade em limiares de vida e morte.

Já o poder disciplinar se aproximou do objetivo de controle sobre o corpo feminino. Segundo referem Costa, Stotz et. al (2006), a necessidade de controlar as populações, aliada ao fato de a reprodução ser focalizada na mulher, transformou a questão demográfica em problema de natureza ginecológica e obstétrica, e permitiu a apropriação médica do corpo feminino como objeto de saber, ou seja, a medicalização do corpo feminino. Em contextos biopolíticos, a reprodução passa a ser reprodutividade, constituindo um dispositivo com o objetivo de produzir a própria vida e as condições para o “deixar viver” a serviço do patriarcalismo, uma forma de poder típica dos estados coloniais modernos, que se concretiza por meio de articulações funcionais entre capitalismo e patriarcado – gerando o que chamamos de patriarcalismo - seladas através do empreendimento colonial racista da modernidade (WERMUTH; NIELSSON, 2018b). Esta aliança entre patriarcado, capitalismo e colonialidade racista denunciada por Rita Segato (2018) se organiza por meio de dispositivos que visam gerir a vida e a morte de acordo com os interesses de exploração.

Através do patriarcalismo constituiu-se a esfera estatal da modernidade colonial, que estruturou, biopoliticamente as desigualdades de gênero, raça e classe. Nas palavras de Segato (2018), a modernidade colonial, com sua esfera pública patriarcalista torna-se uma máquina produtora de anomalias e de expurgos, evidenciando que nossas sociedades coloniais se fundaram na constituição de um sujeito patriarcal, racista, misógino, homofóbico. No entanto, cabe destacar, este patriarcalismo colonial é ressignificado, em nossa quadra da história, por um capitalismo que “explora enquanto *bios*, isto é, já não só como força de trabalho e sim como forma viva, não só como máquina de produção e sim como corpo comum da sociedade” (NEGRI, 2015, p. 61). Nas palavras de Montserrat Sagot (2013, p. 09), no contexto latino americano, a influência desta forma de capitalismo “no solo funciona como una herramienta del patriarcado, sino también como una herramienta del racismo, de la opresión económica, de la xenofobia, de la heteronormatividad y hasta del colonialismo”.

De tal modo que podemos falar em um verdadeiro biopatriarcalismo, cujo investimento das formas de poder com vistas ao domínio da totalidade da sociedade, tem como território privilegiado o corpo feminino e o controle da sua capacidade reprodutiva, fundamental ao seu empreendimento de *dominus*. Por meio do dispositivo da reprodutividade, o biopatriarcalismo representa um encontro do gênero com a precarização da vida, produzindo tanto o desejo de controlar a vida quanto os meios para sua destruição através de situações “politicamente induzidas na qual determinadas populações sofrem as consequências da deterioração de redes de apoio sociais e econômicas mais do que outras, e ficam diferencialmente expostas ao dano, à violência e à morte” chamadas por Butler (2018, p. 40) de precariedade. Trata-se, na visão da

autora, de uma condição induzida de vulnerabilidade e exposição maximizadas à violência arbitrária legitimada ou perpetrada pelo próprio Estado.

No caso do controle reprodutivo afirma Nielsson (2019), a precariedade é gerada pelo dispositivo da reprodutividade ao promover o ápice das técnicas de politização da vida natural típicas da biopolítica: tomam um fato biológico como um fato social e político, gestado por formas de controle, regulação, intervenção, valorização diferenciada ao longo do tempo. Medidas pró ou contra nascimento, penalização de pessoas com ou sem filhos, proibição do aborto ou esterilização compulsória, têm sido utilizadas para, seletivamente controlar o comportamento reprodutivo, gerindo a “higiene social”.

Assim, a biopolítica gerencia o direito e as normas sociais no encontro entre a produção da vida e gestão da morte, entre regra e exceção, por meio do que Agamben (2007) identifica como a capacidade soberana de criar espaços anômicos que suspendam a vida qualificada. Estes espaços representariam uma “zona de indistinção”, que “tende cada vez mais a se apresentar como o paradigma de governo dominante na política contemporânea”, transformando “a estrutura e o sentido da distinção tradicional entre os diversos tipos de constituição”, pois o estado de exceção se apresenta “como um patamar de indeterminação entre democracia e absolutismo” (AGAMBEN, 2007, p. 13). Desta zona anômica que reduz os seres a organismos biológicos advém o colapso das “distinções políticas tradicionais” entre o cidadão protegido da “vida nua” politicamente vulnerável.

Na zona intermediária entre política e direito encontra-se um limbo que dá azo à ambivalência estatal: “o estado de exceção apresenta-se como a forma legal daquilo que não pode ter forma legal” (AGAMBEN, 2007, p. 12), invertendo a lógica do ordenamento jurídico: a lei perde força e os atos do poder soberano são aplicados como tal, pois na exceção, a norma aplica desaplicando-se no caos. É o soberano quem opera o paradoxo: mantém a ordem ou declara a exceção, de tal modo que “a decisão soberana sobre a exceção é, neste sentido, a estrutura político-jurídica originária a partir da qual somente aquilo que é incluído no ordenamento e aquilo que é excluído dele adquirem seu sentido” (AGAMBEN, 2007, p. 27). A partir dela, o que se vislumbra não é mais o desvio, mas o próprio modo de ser da política moderna, tornando possível distinguir entre *zoé* e *bios*, entre a vida nua e a vida política. Sob a vigência da exceção, a vida nua é excluída de sua legalidade, capturada e enclausurada pelo poder em plena vigência de regimes democráticos.

O corpo biológico, apreendido pelo soberano em um estado biopolítico torna-se o *homo sacer*, uma figura do direito romano resgatada por Agamben (2007) para demonstrar a ambivalência da *exceptio* biopolítica. Uma vida sacra mas matável sem punição pelo ordenamento

jurídico, uma vida, ou um conjunto de vidas suscetível de ser morta impunemente, mesmo que a priori protegidas por um rol de direitos. A partir do *homo sacer* Agamben elabora uma genealogia da vida nua até os tempos modernos. “Despojada de significância política y expuesta a la violencia asesina, la nuda vida es a la vez la contrapartida de la decisión soberana sobre el estado de excepción y el blanco de la violencia soberana” (SUTTON, 2017, p. 891).

Na contemporaneidade, são os corpos biológicos, tomados como território do biopoder que carregam as marcas da *exceptio*. No caso da implicação do corpo feminino nos cálculos do poder, o estado de exceção é o modo pelo qual o poder biopatriarcal opera o dispositivo da reprodutividade, “produzindo espaços de suspensão nos quais a vida das mulheres se torna precária ou redutível à "vida nua" justamente na vinculação com a reprodução” (NIELSSON, 2019, p. 09). Embora a capacidade reprodutiva há muito tenha sido pretexto de exclusão de direitos das mulheres, afirma Deutscher (2017), nos estados biopolíticos, esta passa a representar um objeto fundamental para a administração racista da vida, levando à exclusão das mulheres do político em limiares reprodutivos (NIELSSON, 2019). Para a autora, é na conexão com a reprodução que seus direitos são suspensos, ainda que vigentes.

Deste modo, o estado biopolítico coloca a reprodução biológica no centro do que significa ser um cidadão político, possibilitando ilustrar o *status* paradigmático do cidadão portador de um útero como campo privilegiado de atuação do biopoder. Se considerarmos que o poder é biopatriarcalista, e assim masculino, branco, colonial, heteronormativo e neoliberal, não se pode deixar de “considerar formas em que las mujeres son constituidas como “nuda vida” – despojadas de derechos básicos y expuestas a la violència” (SUTTON, 2017, p. 890) através do dispositivo da reprodutividade. Este dispositivo, assevera Rohden (2001, p. 23) identifica a centralidade do gerenciamento da reprodução para o projeto biopatriarcalista, “expresso em um interesse maior na gravidez, no parto, no aleitamento, na puericultura e até no casamento”.

É no corpo feminino que este poder atinge seu ápice, constituindo em várias esferas de existências o que Nielsson (2019, p. 12) chama de *hystera homo sacer*, ou seja, “vidas nuas cuja constituição se dá em limiares reprodutivos em que reprodução e precarização se conectam: é justamente na conexão com a reprodução, ou a partir dela, que a vida digna é reduzida à um mero corpo biológico excluído (enquanto inclusão) da esfera da proteção dos direitos”. É o útero, e os usos que dele são feitos que passa a representar a condição de uma vida digna ou indigna para a reprodução, e, portanto, é pelo útero que a distinção entre *bios* e *zōé* é imposta ao corpo feminino.

A reprodutividade biopatriarcalista estabelece a hierarquização e a distinção valorativa das vidas humanas a partir de diferenças biológicas, e o útero figura como elemento fundamental, tanto do corpo individual quanto do corpo da espécie. Sua gestão consolida a exceção, e o limiar

entre inclusão e exclusão, vinculando o direito e a vida e gerindo o cancelamento da vida em nome do direito ao distinguir entre úteros dignos e úteis e os inúteis à reprodução. Estruturam-se grupos que usufruem de verdadeiras “zonas civilizadas”, e os demais que ocupam “zonas selvagens” e suas dinâmicas de violência e vulnerabilização: nestas “zonas salvajes’ donde con más facilidad se instala la necropolítica, como resultado de la deshumanización y de la devaluación extrema de la vida.” (SAGOT, 2017, p. 67). De um lado os que possuem humanidade e de outro os desumanizados, descartáveis.

No caso das *hystera homo sacer*, afirma Nielsson (2019), as práticas reprodutivas das mulheres, tais como aborto, contracepção, vida sexual, menstruação, se cruzam com as configurações variáveis de suas vidas, especialmente raça e classe social, marcando mulheres legíveis ou ilegíveis como sujeitos reprodutivos. A partir da reprodutividade, opera-se uma distinção que irá legitimar diferentes formas de condutas estatais biopatriarcalistas sobre os corpos por meio da distribuição diferencial da capacidade/responsabilidade reprodutiva como condição de precariedade da vida das mulheres.

Nesta lógica de prevalência da *exceptio*, para Agamben, somente uma reflexão que “interroga tematicamente a relação entre vida nua e política que governa secretamente as ideologias da modernidade aparentemente mais distantes entre si poderá fazer sair o político de sua ocultação e, ao mesmo tempo, restituir o pensamento à sua vocação prática” (AGAMBEN, 2010, p. 4). Para o autor, “a sacralidade que hoje se contrapõe ao poder soberano na forma de um direito humano, exprime, justamente a sujeição da vida a um poder de morte, a sua exposição na relação de abandono.” (AGAMBEN, 2010, p. 91)

Agamben propõe, portanto, “repensar todas as categorias da nossa tradição política à luz da relação entre poder soberano e vida nua” (AGAMBEN, 2015, p. 10), expondo a íntima vinculação entre poder soberano e a produção de vidas “nuas”, evidenciando o tempo de “parar de olhar para as Declarações dos Direitos de 1789 até hoje como proclamações de valores eternos metajurídicos, inclinados a vincular o legislador ao respeito a eles, e de considerá-las segundo aquela que é sua função real no Estado Moderno”. Neste marco, os “direitos do homem representam, antes de tudo, a figura originária da inscrição da vida nua natural na ordem jurídico-política do Estado-nação” (AGAMBEN, 2015, p 28).

Do ponto de vista da análise proposta neste artigo, a partir deste referencial teórico pode-se evidenciar, a partir da realidade brasileira, que a gestão biopolítica dos corpos constituiu a reprodutividade enquanto um dispositivo de controle a partir do útero. Como pretendemos demonstrar, no limiar biopolítico, a retórica dos direitos instituiu, na prática, estratégias do poder biopatriarcalista para efetivar o controle reprodutivo dos corpos femininos.

3 TRAJETÓRIAS DE CONTROLE REPRODUTIVO E ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES NO BRASIL

Atualizando a já clássica definição apresentada por Délcio da Fonseca Sobrinho (BRASIL, 1993), é possível vislumbrar, no Brasil, a existência de quatro fases distintas de gestão do planejamento familiar, três delas já descritas pelo autor, e uma posterior: a) uma fase pró natalista; b) uma fase de disputa entre natalistas e controlistas; c) uma fase do surgimento do planejamento familiar e; d) uma fase de consolidação do planejamento familiar a partir do viés dos direitos humanos, inaugurada pela Lei 9.263/96.

A *primeira delas*, chamada por Sobrinho de *fase natalista*, inicia nos primórdios da Independência do Brasil, perdurando até 1964, objetivando a “melhoria” eugênica da raça brasileira. Conforme José Alves (2015), medidas de aumento populacional foram a tônica deste período, com um padrão demográfico racista apoiado pela Igreja, que pretendia aumentar seus fiéis, e pelo Estado, que visava a afirmação nacional e a defesa do território. Analisando os estudos médicos deste período, Rohden (2003) assevera que, desde o século XIX, havia questionamentos e proposições sobre reprodução, enfatizando a fecundação e a fertilidade e o povoamento, considerando, deste modo, a diminuição voluntária da natalidade como comportamento antinatural e prejudicial à ordem social e à nação. Citando um estudo da época, considerava-se que "enquanto há mulheres que se recusam o dever da maternidade, outras existem que vivem no mais ardente desejo de um raio de luz na obscuridade de seus sonhos, na angústia infinita de ser mãe" (Carvalho apud Rohden, 2003, p. 28).

Este movimento eugênico se consolidou, nos primórdios do séc. XX, apoiado em medidas preventivas para o melhoramento da raça que incluíam: higienização da população por meio do exame e do certificado pré-nupcial e esterilização dos anormais (LOBO, 2008). Na afirmação de Rohden (2003), a natalidade e a higiene da raça perpetuada por ideais eugênicos caracterizou a relação entre medicina e poderes públicos em diversos contextos, cujos alvos, além de negros e mestiços incluíam “os “anormais” e todos os pobres, que sempre foram responsáveis pela miséria moral e material e agora, pela degeneração da espécie”. “O projeto científico evolucionista era assegurar uma prole sadia, evitando a reprodução das taras hereditárias que também degeneravam as raças” (LOBO, 2008. pp. 203-204).

Este natalismo racista e higienista perdurou até a década de 1960, quando se estabeleceu um clima de *disputas entre antinatalistas e anticontrolistas*. Esta, que Sobrinho (BRASIL, 1993) chama de *segunda fase* da gestão do planejamento familiar é influenciada por uma mudança no cenário

internacional: no mundo, desenvolvia-se uma pressão por controle, que se deparava, no Brasil, com a resistência dos setores militares e seu natalismo para segurança nacional. Neste momento, o debate opôs os que defendiam uma política explícita de controle demográfico como estratégia à viabilização do desenvolvimento e os “militares, que, preocupados com a segurança nacional, defendiam a necessidade de ocupação territorial, e a Igreja, que por motivos religiosos e éticos, defendia a não-intervenção controlista”. (BRASIL, 1993, p. 32)

Internacionalmente, com o pós-guerra, a situação dos países subdesenvolvidos começou a ser problematizada, pois as décadas de 1950 e 1960 foram as de maior crescimento demográfico da história humana, o que levou os “demógrafos mais pessimistas a tomarem estes dados como comprovação da explosão populacional e como justificativa para a necessidade de políticas demográficas que reduzissem a fecundidade, mesmo que de forma coercitiva” (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 31). Tais ideias neomalthusianas² da “bomba populacional” e sua visão catastrófica concentrou, no contexto da Guerra Fria, disputas ideológicas entre controle da natalidade e políticas desenvolvimentistas (ALVES, 2015).

A polarização entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos realinhou o limiar entre a prática do controle e a retórica dos direitos, colocando de um lado, os países capitalistas que viam o crescimento populacional como um entrave ao desenvolvimento econômico, e as políticas dos países do Terceiro Mundo. A perspectiva controlista, conforme Alves (2006, p. 24), pressupõe o controle da taxa de natalidade em virtude da associação entre natalidade e pobreza, e foi, em muitos casos, “implementada sob a roupagem da concessão de direitos, camuflando o discurso neomalthusiano a partir da vontade individual ou de políticas de planejamento familiar com recortes de classe e raça: não terei filhos por que sou pobre e/ou negra, e não porque assim desejo”.

Já a partir da Conferência Mundial sobre População de 1974 delineou-se um acordo sobre o livre acesso à informações e educação reprodutiva, reafirmado pela Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1984, no México, ao obrigar governos a disponibilizar programas de planejamento familiar aos cidadãos. Segundo Corrêa, Alves e Januzzi (2006, p. 32): “a posição oficial [...] foi pela defesa da estabilização da população mundial, no prazo mais curto possível, de maneira a permitir a melhoria do padrão de vida dos países em desenvolvimento”.

No Brasil, apesar da resistência inicial dos militares vinculados ao natalismo, a partir de 1960 a influência do discurso controlista se consolida pela instalação de organizações internacionais de financiamento como a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). Sob o ideal de que países subdesenvolvidos deveriam ter taxas de natalidade menores, o que requeria o

² Foi Thomas Malthus, quem, em 1798 decretou a população como culpada pelos seus males e como o principal obstáculo ao desenvolvimento econômico e social, produzindo uma teoria com grande alcance social e temporal.

controle da natalidade de seus pobres, incentivaram a criação de entidades como a Sociedade de Bem-Estar Familiar – Bemfam (1965) e o Centro de Pesquisa e Atenção Integrada à Mulher e à Criança – CPAIMC – (1975), que se disseminam principalmente no Nordeste, impulsionando políticas de redução da população. Estas entidades foram responsáveis pela difusão da esterilização feminina como método contraceptivo no Brasil (ALVES, 2014).

Sob este cenário, a postura dos principais atores contrários ao planejamento familiar foi sendo alterada. Os militares passaram a temer uma convulsão social causada pelo crescimento da população, e a Igreja Católica a permitir métodos naturais de anticoncepção. Os militares uniram preocupações pró-natalistas com a tolerância às organizações internacionais “voltadas para a disseminação de métodos contraceptivos, e cujo discurso dominante era o da redução da população nos países periféricos como instrumento de combate à pobreza e à violência urbana”. (ALVES, 2017, p. 188-189) A partir da década 1970 o planejamento familiar se impôs, pois, enquanto a “polêmica se alastrava, a contracepção feminina se disseminava na população feminina brasileira como prática corrente e precária”. (BRASIL, 1993, p. 33).

Tem-se início, assim, a partir dos anos 1970, a *terceira fase*, denominada por Sobrinho (BRASIL, 1993) de *fase de surgimento do planejamento familiar*. É também neste período que os movimentos feministas se tornaram atores relevantes na disputa pela retórica sobre o controle reprodutivo, com ênfase na busca pela aproximação entre sexualidade e direitos humanos, e na construção de uma sexualidade que ultrapassasse os objetivos de procriação (CORRÊA; PETCHESKY, 1996). Estes ideais tiveram seu ápice na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo, 1994, a partir da qual a preocupação com a autonomia foi incorporada nas políticas demográficas.

Conforme sintetizam Corrêa, Alves e Januzzi (2006, p. 35), o fim da Guerra Fria “atenuou as disputas ideológicas e possibilitou um maior fluxo de negociações e a criação de alianças temporárias entre os países”. A interação entre as agendas das diversas conferências e a presença crescente dos movimentos de mulheres e a queda da fecundidade que já se constatava no mundo em desenvolvimento facilitaram a mudança de paradigma das políticas intervencionistas para uma agenda de planejamento familiar mais próxima do discurso da saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

Do ponto de vista das políticas públicas no Brasil, com as mudanças evidenciadas na década de 1970, foi possível ao Ministério da Saúde elaborar e implementar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, em 1983. “O PAISM [...] impõe uma contextualização do planejamento familiar como decisão de foro íntimo, como direito de

cidadania ao exercício da sexualidade e da assistência à saúde” (BRASIL, 1993, p. 33), fortalecendo o campo do não intervencionismo demográfico.

No entanto, em sua grande maioria as políticas implementadas não foram direcionadas à busca de emancipação e autonomia femininas, mas à efetivação da estabilização demográfica para o desenvolvimento socioeconômico, fortalecendo a intervenção estatal. Os debates sobre controle e direitos reprodutivos foram subsumidos na lógica desenvolvimento - subdesenvolvimento, e a retórica dos direitos passou a obedecer a necessidade de controle. Com isso, apesar da grande expectativa, o PAISM não resultou em indicadores de impacto, e neste vácuo, foram os trabalhos desenvolvidos pela BENFAN e pelo CPAIMC que ditaram os rumos do planejamento familiar no Brasil.

A BEMFAM “através de convênios com municípios e entidades comunitárias foi consolidando uma rede de divulgação e prática de ações de planejamento familiar de larga escala e sem critérios de saúde” (BRASIL, 1993, p. 33). Já o CPAIMC treinava médicos para o planejamento familiar pautado na laqueadura tubária, infiltrando a técnica como ideologia da contracepção de “alta eficácia”. Estas organizações, afirma Alves (2014), consolidaram uma prática de planejamento familiar controlista pautada em uma cultura da laqueadura, que aumentou o número de mulheres esterilizadas. A partir de então, clínicas privadas passaram a oferecer esterilização no vácuo de políticas públicas e com a conivência de governantes, numa clara política de redução da população do Terceiro Mundo.

Nas palavras de Barroso (1983), este movimento de crescimento da esterilização passou a ser visto pela literatura anticontrolista “como parte de uma campanha imperialista para reduzir o crescimento demográfico dos países do Terceiro Mundo, combinada com os interesses das elites nacionais em reduzir o volume de desemprego pela redução do número de trabalhadores potenciais, para possibilitar a manutenção de um modelo de desenvolvimento intensivo de capital”. Neste bojo, desenvolveu-se o que Elza Berquó (1993, p. 374) chamou de uma “cultura da esterilização” especialmente entre mulheres negras, pobres, e em situação de vulnerabilidade.

Em 1988, pesquisas começaram a demonstrar as “distorções no uso dos anticoncepcionais no Brasil, e da falta de clareza da legislação em relação à esterilização cirúrgica” (GELEDÉS, 1991, p. 10), que se tornou “o método contraceptivo mais utilizado (44%), seguido da pílula (41%); a vasectomia era baixíssima (0,9%), o DIU 1,5% e a camisinha 1,8%, coito interrompido, 2,5% e a tabela 6,2%” (GELEDÉS, 1991, p. 10). Em estudo publicado em 1983, na Revista de Saúde Pública, Carmen Barroso (1983) denunciava que,

Comparando dados de São Paulo de 1965 a 1978, vemos que o recurso à esterilização aumentou de 100% nesses 13 anos (Berquó, 1980). Em pesquisa realizada em 1979, no Piauí, constatou-se que 93% das ligaduras foram realizadas após 1970 (Rodrigues e

col.19, 1979). No Rio Grande do Norte, das mulheres esterilizadas até 1980, 71% o haviam sido na segunda metade da década, indicando um aumento extraordinário nos anos mais recentes (Rodrigues e col.20, 1980).

Estas denúncias levaram à abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito no Rio de Janeiro, em 1991, que recomendou a abertura de uma CPI Nacional para analisar a eugenia na prática da esterilização como método contraceptivo em mulheres pobres. A CPI investigou “as causas e consequências da esterilização em massa de mulheres” (BRASIL, 1993, p. 7), concluindo que, na época, mais de 44% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva estavam esterilizadas, ou seja, sete milhões e quinhentas mil mulheres brasileiras em idade reprodutiva incapacitadas para ter filhos.

Conforme a síntese de Caetano (2014), o relatório da CPMI concluiu que: a) os métodos contraceptivos para a população de baixa renda estavam longe de ser efetivamente disponibilizados, e os serviços de planejamento familiar eram inacessíveis para a maioria da população; b) havia esterilização em massa de mulheres brasileiras, e que a BEMFAM e CPAIMC “executaram, na prática, políticas de controle demográfico concebidas por governos estrangeiros e organismos internacionais” (BRASIL, 1993, p. 116). Por sua vez, “o contexto em que estas são realizadas é bastante perverso: ausência de outras alternativas contraceptivas disponíveis e reversíveis e desinformação quanto aos riscos, sequelas e irreversibilidade” (BRASIL, 1993, p. 116).

Nas palavras de Barroso (1983), em que pese haver numerosos abusos praticados, de esterilizações realizadas sem o consentimento consciente da mulher, é provável que “grande parte das esterilizações tenha sido solicitada pelas clientes, mas dentro de um conjunto de alternativas que elas individualmente são impotentes para alterar”. Estas alternativas seriam decorrentes de “determinantes sociais: posição desvantajosa da mulher na família e no mercado de trabalho, a cultura patriarcal, a política de mercantilização da saúde e a política demográfica”.

Portanto, a despeito da disputa entre natalistas e controlistas, sem uma política pública efetiva, com a ausência de informações sobre contracepção, aliados à situação de miséria do público alvo, milhares de mulheres buscaram a laqueadura como alternativa de controle de natalidade. O maior percentual destas mulheres estava nos estados mais pobres: “a esterilização era relativamente mais importante no Nordeste do que em São Paulo, com maior expansão entre mulheres de nível mais baixo de instrução” (COSTA et. al. 2006), demonstrando a distinção biopolítica operada pelo dispositivo da reprodutividade na constituição de *hysteras homo sacer*. Não era qualquer mulher que tinha acesso facilitado à esterilização; os recortes de raça e classe foram fundamentais para a eleição de corpos mutiláveis: preferencialmente negros, indígenas, nordestinos, pobres.

No Brasil, estes procedimentos eram realizados durante o curso de cesarianas, contribuindo para o alto índice de parto por procedimento cirúrgico, efetivado pela cumplicidade entre as mulheres, que não queriam mais ter filhos e não tinham acesso a outros métodos, e os profissionais de saúde que, mesmo sendo a esterilização proibida, realizavam a prática (BERQUÓ, 1993). Para isto também, conforme Caetano (2014), contribuiu o fato de o procedimento não ser regulamentado, e, portanto, não reembolsável pelo SUS, sendo, por isso, massivamente realizadas durante o parto.

Por tudo isso, considerando todos os aspectos históricos da trajetória de controle reprodutivo, seja pela retórica controlista ou pela retórica natalista, em ambos, o dispositivo da reprodutividade passou a gerir biopoliticamente corpos femininos, de tal modo que a terceira fase apontada por Sobrinho (BRASIL, 1993) como de surgimento do planejamento familiar no Brasil manteve um viés fortemente controlista e eugênico, voltado para esterilização massiva de mulheres pobres e negras, residentes de regiões periféricas.

Em síntese, a contracepção moderna foi o principal determinante da queda da fecundidade no Brasil, a partir da década de 1960 e a demanda por regulação da fecundidade foi suprida pelo aumento da utilização da laqueadura tubária, especialmente nas áreas mais pobres, tendência que se manteve mesmo após a divulgação das conclusões do relatório da CPMI (1993): segundo Perpétuo e Wong (2009), em 1986, 28,2% das mulheres de 15 a 44 anos unidas eram esterilizadas cirurgicamente, proporção que passou para 40,1%, em 1996. De acordo com Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS (BEMFAN, 1997), 43% das mulheres brasileiras já haviam se submetido à Ligadura Tubária, fazendo com que a taxa de fecundidade, que permaneceu praticamente constante de 1930 até 1965, caiu de 5,8 filhos em 1970, conforme dados do Ipea (1996) para 2,3 em 2003, conforme a Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - Pnad (IBGE, 2003).

Este cenário intensificou a preocupação de gestores da saúde, movimentos feministas, pesquisadores e autoridades com a prática sistemática de ações intervencionistas. Influenciado por uma mudança no cenário internacional, e pela proliferação de documentos internacionais de proteção do conjunto dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como direitos humanos, tem-se início, no Brasil o que denominamos de uma *quarta fase de consolidação do planejamento familiar a partir do viés dos direitos humanos*, intensificando as reflexões acerca da ambiguidade presente neste fenômeno: a esterilização como uma ‘escolha’ feminina, como um direito, e a esterilização como uma imposição patriarcal, racista e classista, 7 que já intrigava pesquisadoras como Barroso (1983) Berquó (1982) e Camargo, (1978), dentre outras, desde as décadas anteriores.

Assim, se antes a esterilização ocorria com finalidades eugênicas, passa a ser escolha voluntária, solução para o controle da fertilidade, legitimada pela medicina e até financiada pelo Estado (VIEIRA, 2003). No entanto, cabe questionar, para quais mulheres a escolha foi possibilitada livremente, e para quais, permaneceu sendo uma imposição? Esta evolução da abordagem explícita de controle para a gestão da reprodutividade através da retórica dos direitos humanos, tem seu marco, no Brasil, com a edição da Lei 9.263/96, Lei do Planejamento Familiar. Até então, de um modo geral, sintetiza Wichterich (2015), o crescimento populacional e a fertilidade das mulheres foram culpados pelo “subdesenvolvimento”, pobreza, fome, degradação ambiental, resultando em políticas coercitivas de controle populacional lideradas por organizações internacionais e apoiadas por fundações internacionais privadas. Em uma típica ação biopatriarcalista, o capital financeiro dos países ricos, passou a gerir o controle reprodutivo das mulheres pobres, negras, indígenas dos países do terceiro mundo.

Com a mudança na retórica e ascensão da quarta fase, as novas formas de controle deixaram de depender diretamente do investimento privado internacional, e o controle reprodutivo passou a ser exercido pelo Estado que, por meio de suas próprias instituições, seja na formulação e aplicação de políticas públicas, seja na delimitação de leis e decisões jurisprudenciais, passou a definir o alcance dos direitos reprodutivos conforme os interesses biopatriarcalistas na gestão do dispositivo da reprodutividade.

No Brasil, a participação dos movimentos feministas foi importante, embora, como aponta Campos (2009), a ditadura fez com que a luta pela redemocratização predominasse estrategicamente sobre a luta pela autonomia sexual e reprodutiva. Enquanto isso, no cenário internacional, foi com a construção do complexo normativo de proteção aos direitos humanos que se incorporaram referências aos direitos das mulheres, à igualdade de gênero, a práticas sobre saúde reprodutiva, direitos reprodutivos e planejamento familiar (VENTURA, 2010).

Seu rol de incorporação ao complexo dos direitos humanos passou, em síntese, pela Conferência de Direitos Humanos das Nações Unidas - 1968, que reconheceu o direito humano ao controle da natalidade; pela Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento/Cairo 1994, que universalizou o acesso ao planejamento familiar e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva; pela Plataforma de Beijing da IV Conferência Mundial sobre a Mulher – 1995, que identificou a esterilização forçada como uma violência, e pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2007 - Lei 13.146/2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência – que instituiu a proteção aos seus direitos sexuais e reprodutivos e livre planejamento familiar.

Foi com a Conferência do Cairo, 1994, que pela primeira vez os direitos reprodutivos constituíram tema central de um acordo da ONU. A questão “demográfica relativa aos aspectos da reprodução humana é deslocada para o âmbito dos direitos humanos, reconhecendo-se os Direitos Reprodutivos como fundamentais para o desenvolvimento das nações” incorporando-os ao rol dos direitos humanos (VENTURA, 2010, p. 22). Campos (2009) esclarece que os direitos reprodutivos se vincularam com o direito ao planejamento familiar; a tomada de decisão reprodutiva livre de qualquer interferência e; a liberdade de todas as formas de violência, discriminação e coerção.

No entanto, na consolidação dos direitos reprodutivos, embora se enfatize a não interferência do Estado, sua realização, paradoxalmente implica na demanda de políticas públicas promovidas pelo próprio Estado. Há uma retórica que requer a liberdade e autodeterminação individual sexual e reprodutiva que, para ser implementada, demanda serviços e políticas públicas por parte do Estado, seja pela via legislativa, na promoção de serviços públicos, ou na via judiciária. É nesta ambivalência que as técnicas biopolíticas operam, tomando o corpo biológico nos seus cálculos do poder, e o dispositivo da reprodutividade realiza, pela gestão dos direitos reprodutivos, a tomada e gestão do útero.

Sintetizando esta ambivalência, Wichterich (2015) destaca que, durante a década de 1990 as políticas de controle reprodutivo e planejamento familiar foram confrontadas e criticadas, resultando na mudança de estratégias sobre a saúde reprodutiva da população: programas de planejamento familiar foram legitimados a partir de conceitos como “maternidade segura”, e de uma abordagem de livre escolha de métodos anticoncepcionais. A linguagem das políticas populacionais e de saúde se moveu para a dos direitos humanos das mulheres, e os Estados foram chamados a regulamentar e implementar direitos, colocando em marcha a quarta fase de gestão do planejamento familiar a partir da retórica dos direitos humanos.

No Brasil, este processo se reflete já na CF/88, que aborda o planejamento familiar não mais como um problema demográfico, mas como um direito descrito no §7 do art. 226, em consonância com a não interferência na liberdade de decisão do casal. Sua consolidação se dá em 1996, com a Lei n. 9.263 que regulamentou o planejamento familiar incorporando o paradigma dos direitos reprodutivos, equilibrando políticas populacionais e direitos das mulheres, introduzindo uma mudança de paradigma retórico que, na virada do século, parecia indicar a vitória dos direitos humanos e da liberdade reprodutiva sobre as práticas intervencionistas e de controle.

No entanto, destaca Costa (2006), permanecem como estratégia biopolítica de dominação, formas de controle e medicalização do corpo feminino, perpetradas em meio à uma

ambiguidade evidenciada no interior das práticas e dos discursos, especialmente de mulheres: “da mesma forma que o processo de naturalização “empurra” as mulheres para a maternidade, como condição e identidade natural, a estrutura tênue das famílias atuais e o modelo de economia capitalista as fazem questioná-la: “por que ter filhos se não tenho condições de criá-los e provê-los?”” Segundos os autores, “este mesmo raciocínio mantém a estratégia biopolítica, pois a saída é a esterilização cirúrgica realizada, geralmente, durante o parto cesáreo, ou seja, atrelada à maternidade”.

Seria, portanto, a vitória dos direitos humanos sexuais e reprodutivos, e a libertação do corpo feminino das garras do biopatriarcalismo? Embora em alguns aspectos essa narrativa vitoriosa tenha se verificado, não se pode deixar de observar que o controle reprodutivo sobre os corpos femininos nunca deixou de existir, e sob o avanço do planejamento familiar a partir da retórica dos direitos humanos, processou-se, em alguns casos a entrega do corpo biológico aos cálculos de um biopoder que, sem pudor, incidiu sobre todas as formas de vida.

4 A AMBIVALÊNCIA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E O DISPOSITIVO DA REPRODUTIVIDADE A PARTIR DA APLICAÇÃO DA LEI 9.263/96

No plano internacional a ambivalência entre a retórica dos direitos e a prática do controle típica das décadas finais do século XX atuou preferencialmente sobre os corpos femininos por novas formas de “planejamento familiar”. Programas de planejamento familiar que miravam pobres, indígenas e minorias continuaram a ser implantados em massa em países periféricos, coercitiva e violentamente, utilizando métodos de esterilização, injeções e implantes indiferentes à integridade física, à saúde e às necessidades das mulheres (WICHTERICH, 2015). Seja na forma de campos de esterilização na Índia, a família de filho único na China, imposições e pressões do Banco Mundial ou FMI, o planejamento familiar controlista avançou em detrimento da saúde reprodutiva e da livre escolha ou consentimento informado.

Entre as mulheres pobres, negras e indígenas da América, o racismo e o controle populacional fundamentaram políticas que, apenas no Peru, esterilizaram compulsoriamente mais 300 mil mulheres entre 1996 e 1998, matando ao menos 20 delas. Práticas peruanas e bolivianas foram objeto de demanda e análise diante do SIDH: em 2016 a CorIDH declarou a Bolívia responsável pela violação de direitos da Sr.^a I.V. submetida, em um hospital público, em 2000 a um procedimento de esterilização forçada (CORIDH, 2016); as esterilizações peruanas foram reconhecidas em 2003, por meio do Acordo de Solução Amistosa firmado diante da CIDH no caso María Mamérita Mestanza Chávez (CIDH, 2003).

No Brasil, o caminho percorrido após a edição da Lei 9263/96 indica a ambivalência biopolítica: seja pela gestão das políticas públicas, atuações excepcionais permitiram que determinadas vidas fossem situadas numa zona de indistinguibilidade entre direito e violência, cindidas entre vidas úteis à reprodução, impedidas de ter acesso à esterilização, e vidas mutiláveis, ainda que compulsoriamente. Esta espécie de *exceptio* reprodutiva, conforme destacam Costa et. al. (2006), apresenta claros recortes de raça e classe, pois, mulheres

[...] brancas apresentam o maior percentual de uso de métodos contraceptivos (sendo a pílula ou outro mais moderno, os mais prováveis). De modo inverso, é das negras a menor chance de utilização, ou seja, a maior chance de não estarem usando nenhum procedimento contraceptivo. Sobre as pardas recai a maior proporção de mulheres esterilizadas. Dados semelhantes têm sido reportados na literatura (Carreno et al., 2006; Olinto & Olinto, 2000; Costa & Olinto, 1999). As dificuldades de acesso e de utilização de métodos contraceptivos vêm sendo supridas, especialmente em áreas mais pobres, pela esterilização.

Denota-se, que posteriormente à implantação da Lei 9.263/96, o acesso, ou não, ao planejamento familiar, e conseqüentemente, à laqueadura tubária foi diferencial. Nas camadas da população com maiores rendas, há maior possibilidade de procurar especialistas médicos e arcar com os custos dos métodos contraceptivos que melhor se adequam às suas necessidades. Esta foi a conclusão de Perpétuo e Wanjman (2003, p. 311), para quem,

Por outro lado, as evidências sobre a história reprodutiva e contraceptiva pré-esterilização e da percepção por parte da mulher quanto à adequação da esterilização ao seu desejo indicam que melhores níveis de renda e educação estão relacionados a melhores “condições de esterilização”, ou seja, nos grupos sociais mais privilegiados, a mulher se esterilizaria ao alcançar o seu número ideal de filhos, após ter tido a oportunidade de planejar sua prole através de métodos temporários. Nos estratos socioeconômicos mais baixos, ao contrário, uma parcela substancial de mulheres se esterilizaria sem ter usado nenhum outro método anticoncepcional, com um número maior de filhos que o considerado ideal, menores intervalos entre os nascimentos, o que denotaria sua dificuldade de planejamento da reprodução.

Posteriormente à aplicação da lei, produziu-se o que Caetano (2014), identifica como uma “demanda frustrada”, a partir da edição das Portarias n. 144/97 e n. 48/99, do Ministério da Saúde, que estabeleceram “novos critérios potencialmente restritivos à obtenção da laqueadura tubária” (2014, p. 309), como a proibição do procedimento durante o parto e a exigência do prazo de 42 dias entre ambos. Estes, somados aos critérios do art. 10 da Lei 9.263/96, normatizaram o controle reprodutivo estabelecendo requisitos e impeditivos para a realização de esterilizações voluntárias em determinadas mulheres, como ao condicionar a autodeterminação à autorização do cônjuge; ao mesmo tempo em que permitiam a esterilização compulsória de outras, como as portadoras de deficiência.

Nas palavras de Costa et. al (2006), em que pese as diretrizes da Lei e suas regulamentações, por parte do Ministério da Saúde, tenham regulamentado a implementação dos

serviços de esterilização no Sistema Único de Saúde (SUS) - tornando-a, inclusive, remunerada pelo governo e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) seja um exemplo de política pública nacional profundamente influenciada pelo movimento de mulheres, não se pode olvidar o esvaziamento das propostas dos movimentos sociais e uma apropriação que encobre desigualdades de classe e de gênero. O que se pretende demonstrar, por meio dos casos – excepcionais – que serão aqui abordados, é que as formas de gestão do planejamento familiar implementada posteriormente à lei, convivem com práticas diferenciadas aplicadas à diferentes mulheres. E que, repristinando o modo histórico de controle reprodutivo aqui abordado, são especialmente os critérios de classe, raça, incapacidades, aqueles que irão legitimar mulheres que terão o acesso à contracepção dificultado, ou impedido, ou aquelas que terão o acesso facilitado, quando não imposto compulsoriamente.

Para o primeiro grupo, qual seja, de mulheres úteis à reprodução, constituíram-se obstáculos que impediram ou dificultaram o acesso ao procedimento. Caetano (2014, p. 310) reconhece que os “anos que se seguiram à regulamentação da lei do planejamento familiar indicam que esta, de forma não antecipada, engendrou obstáculos ao acesso à laqueadura tubária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Para o autor, tais obstáculos se relacionavam com: a adoção, por parte dos serviços, de critérios de idade e número de filhos mais restritivos do que os presentes na legislação; necessidade de obter a anuência por escrito do cônjuge; demora entre a solicitação e a realização do procedimento; proibição da laqueadura no parto e pós-parto; e uma cobertura territorial limitada de serviços credenciados para a prática.

Nesse sentido, várias pesquisas e dados que corroboram as consequências ao exercício do planejamento familiar geradas pelo caráter excessivamente restritivo das normas. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), conduzida nos anos de 1996 e 2006, demonstra que nesse período, o número de mulheres de 15 a 49 anos em união laqueadas passaram de 40,1% para 29,1%, ou seja, ao contrário do que se poderia esperar, houve um decréscimo significativo no percentual de mulheres laqueadas após o advento da lei que regulamentou a esterilização cirúrgica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Apesar do SUS ser a principal fonte de laqueadura tubária, a não concordância do serviço em atender a demanda foi a principal razão para o insucesso no atendimento, conforme Carvalho, et al. (2007). Pesquisas, como as de Luiz e Citeli (2000), Osis et al. (2009), e Vieira e Souza (2009), vincularam a recusa à imposição de critérios próprios, mais restritivos do que os legais, com o desconhecimento da lei, com o longo período de espera e burocracia entre o atendimento e a realização da laqueadura, ou ainda, conforme Amorim et. al. (2008), à inexistência, no local, de hospital do SUS credenciado para o procedimento. Enfim, conforme

Luiz e Citeli (2000), “a lei não havia acarretado mudanças significativas na prática de esterilização cirúrgica feminina”, embora a demanda por “laqueadura tubária havia crescido”; os serviços não tinham capacidade para suprir a demanda e, onde tinham os médicos eram pouco aderentes à legislação, utilizando critérios próprios, definidos conforme o caso.

No mesmo sentido, pesquisa realizada por Berquó e Cavenaghi, em seis capitais brasileiras, que acompanhou homens e mulheres que buscavam a esterilização cirúrgica junto ao SUS, verificou que após um seguimento de cerca de 6 meses, apenas 25,8% das mulheres e 31% dos homens que demandaram a cirurgia haviam obtido sucesso. Neste período de espera, 8% das mulheres engravidaram.

De acordo com os estudos examinados, os requisitos, na prática, se tornam obstáculos à obtenção da laqueadura no SUS. “Esses fatores são determinantes para que a prática da laqueadura tubária observada no período posterior à Lei n. 9.263 não tenha se alterado significativamente e, portanto, para a constituição de um descompasso, no SUS, entre demanda e oferta dentro dos critérios da lei”. (CAETANO, 2014, p. 316). De todos os impedimentos, cabe destacar, conforme Caetano (2014, p. 314), a pouca aderência médica à legislação, e a utilização de “critérios próprios, definidos caso a caso”. Conforme Carvalho et al. (2007, p. 2912, grifo nosso),

Todos os respondentes em cujos municípios se realizava a esterilização cirúrgica declararam existir critérios de idade e número de filhos para atender as solicitações. Quatro deles referiram que esses critérios foram estabelecidos com base na regulamentação legal. Porém, quando os entrevistados explicitaram esses critérios, observou-se que, em dois desses municípios, os critérios de idade e número de filhos não eram exatamente aqueles que constam da lei. Em um deles, por exemplo, a idade para autorizar a laqueadura dependia do número de filhos, de acordo com o hospital em que a cirurgia seria realizada: 25 anos dois filhos ou 28 anos três filhos ou 30 anos-dois filhos. Em geral, os coordenadores relataram variações em torno dos critérios de idade e número de filhos e a adição de outros aspectos: que o último filho vivo deva ter no mínimo um ano de idade; que a pessoa esteja há pelo menos cinco anos em união estável; que resida no município há dois anos no mínimo; que as mulheres tenham feito citologia oncótica há seis meses no máximo.

Na síntese de Caetano (2014), dois terços das esterilizações cirúrgicas femininas ocorridas no Brasil, entre 2000 e 2006, foram realizados em hospitais públicos, das quais apenas 23,8% estavam compatíveis com os requisitos da Lei n. 9.263. De acordo com Oliveira e Rodrigues (2019, p. 24), a partir desses elementos pode-se inferir que, “apesar de regulamentada, a laqueadura feminina ainda encontra entraves de ordens diversas, que vão de aspectos religiosos às arbitrariedades por parte dos profissionais de saúde que exigem critérios extralegais” demonstrando uma resistência à efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos e do próprio planejamento familiar.

Esta variação de critérios a partir do perfil da paciente nada mais é do que a *exceptio* biopolítica. Em muitos casos, os critérios são instrumentalizados para dificultar ou impedir a

laqueadura para mulheres com certas características ou em determinadas situações, tornando o procedimento inalcançável. Por outro lado, para outras mulheres os critérios são instrumentalizados para permitir a esterilização, à revelia da vontade, como no caso de paciente que, em 2013 foi submetida à laqueadura durante a cesariana, em desacordo com os requisitos legais, sem consentimento manifesto, e sem a prévia autorização do cônjuge³.

Se, na aplicação da legislação por meio de políticas públicas de saúde predomina a *exceptio* que estabelece úteros úteis a reprodução, impedidos de realizar livre e voluntariamente o procedimento de esterilização, é, especialmente na atuação do Poder Judiciário, que se vislumbra a configuração dos corpos que figuram no polo contrário, ou seja, aqueles que, tidos como indesejáveis à reprodução, são conduzidos à esterilizações, em muitos casos compulsórias.

Analisando a questão do ponto de vista da jurisprudência de Santa Catarina entre 2015 e 2016, Oliveira e Rodrigues (2019) investigaram a implantação da Lei e os argumentos utilizados por juízes e desembargadores para deferir ou não a realização de laqueadura. Concluíram que, nesse biênio, a lei foi aplicada “maneira indiscriminada, ora ignorando, ora salientando os requisitos nela estabelecidos, e que foram observados resquícios/indícios de um pensamento controlista, preocupado não em respeitar o desejo individual de cada mulher ou as normas legais”, mas em efetivar os direitos a partir de um viés neomalthusiano (p. 03).

Haveria, portanto, uma tendência a “mitigar os dispositivos dessa norma. Mesmo com critérios e proibições legais, a maioria dos magistrados [...] defere o pedido de realização de laqueadura” (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2019, p. 24), no entanto ao contrário de o fazer em respeito à liberdade e autodeterminação reprodutiva, “a cirurgia de laqueadura é deferida, não apenas porque a mulher a deseja e, sim, *porque ela é pobre*” (p. 03, grifo nosso). Os resultados da pesquisa indicam que, no Poder Judiciário, ressalta-se a constituição simbólica de úteros indesejáveis à reprodução e passíveis de inutilização em virtude de recortes de classe, raça, sexualidade, deficiência, dentre outros. Conforme Oliveira e Rodrigues (2019, p. 25, grifo dos autores),

em uma delas, o juiz ressalta as peculiaridades do caso concreto, e por ser “a interessada, *pessoa desprovida de maiores recursos financeiros, mãe solteira de 5 (cinco) filhos menores, grávida do 6º (sexto) e beneficiária da assistência social*, por não querer mais aumentar sua prole, busca o Poder Público”, considera que este deve facilitar seu acesso “ao procedimento de esterilização voluntária e não embarçá-lo”. Em outra decisão, há uma manifestação com relação ao requisito elencado no art. 10, § 5º da Lei n.º 9.263/96, o qual remete a necessidade de consentimento expresso de ambos os cônjuges, estando os mesmos na vigência da sociedade conjugal, na qual o desembargador afirma “entendo que desnecessário, tendo em vista os fatos narrados na inicial, os quais demonstram a *real necessidade da esterilização, inclusive por possuírem a autora e seu cônjuge poucos recursos*”.

³ Neste caso, conforme a Apelação Cível, Décima Câmara Cível nº 70049337140 do TJ/RS a autora fez jus à indenização pecuniária em virtude do reconhecimento de dano material.

Como concluem os autores (2019, p. 26), mesmo que a motivação diga respeito ao desejo da requerente, há “elementos para se pensar que a atenuação dos critérios legais por parte do próprio Poder Judiciário apresenta resquícios, talvez inconscientes, de uma visão controlista”. O direito à realização da laqueadura é concedido à mulher não porque é sua vontade: “em 6 dos 20 casos analisados, um dos principais argumentos é a hipossuficiência financeira da mulher ou do casal, e a existência de outros filhos”. Estes fundamentos “podem ser interpretados como indícios de um pensamento controlista” (idem), que vincularia a alta taxa de natalidade à pobreza.

No Rio Grande do Sul, pesquisa jurisprudencial realizada no site do Tribunal de Justiça, utilizando como palavras de busca “esterilização” “planejamento familiar” e “laqueadura tubária” de 1997 à atualidade indicaram ao menos 77 processos que versavam sobre esterilização de mulheres por meio de laqueadura tubária⁴. Dentre estes, encontram-se decisões que, embora não sejam a regra, permitem vislumbrar como em alguns casos, condições de vida de determinadas mulheres fazem que critérios legais sejam flexibilizados para promover o acesso, ou não, à cirurgia de laqueadura.

Em uma destas decisões, exarada pelo TJ/RS⁵, em Agravo de Instrumento contra decisão que denegou autorização para realização de esterilização cirúrgica durante o parto, o acórdão atendeu solicitação do Ministério Público, permitindo a realização do procedimento no momento do parto, por considerar, dentre outras coisas que: “no caso sob análise, a laqueadura tubária é a única alternativa capaz de proteger a *interessada, evitando-se, dessa forma, futuras gestações indesejadas, ainda mais considerando sua grave dependência química e o fato de ser portadora do vírus HIV*” (BRASIL, 2017, p. 02, grifo nosso).

Em alguns casos, o Poder Judiciário tem interpretado os requisitos legais para intervir no controle reprodutivo como instrumento para a diminuição das taxas de natalidade e da pobreza. Nestes, “não se pode ter clareza se outros métodos menos invasivos lhes foram oferecidos, se sua vontade é manifestada de maneira consciente (se ela conhece os riscos da cirurgia, os efeitos colaterais, se não há algum tipo de pressão) ou se os prazos e garantias legais, [...] serão obedecidos”. (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2019, p. 27).

Se, em alguns casos, pode-se evidenciar a existência de argumentos biopatriarcalistas que ao menos aparentemente “concorrem” com a manifestação da vontade das mulheres, há casos em que a esterilização é compulsória, ou seja, realizada contra a sua vontade. Especialmente

⁴ Trata-se de pesquisa jurisprudencial ainda em andamento, no âmbito do projeto de pesquisa “CONTROLE REPRODUTIVO SOBRE O CORPO FEMININO EM UMA PERSPECTIVA BIOPOLÍTICA: análise comparada acerca de legislações, políticas públicas e controvérsias judiciais sobre planejamento familiar e esterilização de mulheres no Brasil, Peru e Bolívia, realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul, do qual a autora é Coordenadora.

⁵ Agravo de Instrumento em Processo nº 70073885386, Oitava Câmara Cível do TJ/RS – Porto Alegre, 2017.

nestes casos, os recortes de raça, classe e deficiência são determinantes para que tais vidas sejam reduzidas a vidas nuas, passíveis de descartabilidade a partir da instrumentalização de seus úteros.

É o caso, por exemplo, de Janaína Aparecida Quirino, 36 anos, mulher negra em situação de rua, moradora do município de Mococa, interior de São Paulo, submetida, ao final do ano de 2017, a um processo de esterilização compulsória, “autorizado” pelo Poder Judiciário, em um caso típico no qual o limbo entre regra e exceção propiciado pela atuação biopolítica do Estado no controle reprodutivo se plenifica. O procedimento foi solicitado pelo promotor de justiça, em sede de Ação Civil Pública, e deferida pelo juiz (BRASIL, 2017). Entre as justificativas apresentadas, estão as cesuras típicas do biopatriarcalismo: uso de drogas, situação de rua, acusação de tráfico, pobreza, número de filhos.

Neste caso, o posterior acórdão do TJ/SP que revogou a decisão foi expedido após a realização do procedimento, denotando a ilegalidade do caso, que foi encaminhado às corregedorias da magistratura e do Ministério Público para que os atos fossem apurados⁶. No seio da investigação realizada pelo Colégio de Procuradores, evidenciou-se que o mesmo promotor teria agido de forma semelhante contra quatro mulheres da mesma cidade, todas pobres e viciadas em algum tipo de substância química⁷.

O dispositivo da reprodutividade vitimiza, especialmente mulheres cujo perfil vem sendo aqui destacado: negras, pobres, em situação de rua, com dependência química ou com deficiência mental. É inegável, neste sentido o quanto as vivências de questões relativas à saúde reprodutiva e o tipo e a qualidade dos direitos a essa saúde sofrem forte influência da raça, classe social e origem étnica, de tal modo que o gênero, sexualidade, etnicidade e racialização se conectam produzindo estruturas diferenciais de controle e vulnerabilidade. Nas palavras de Bastos (2004, p. 255) "raça é uma dimensão inescapável da trajetória reprodutiva das brasileiras". Na definição de Sueli Carneiro (2011), as mulheres negras e pobres estas mulheres são consideradas, por muitos setores da sociedade verdadeiras “fábricas de produzir marginais”, responsáveis pela perpetuação de uma população indesejada e *a priori* violenta. Por isso, seus úteros são os alvos preferenciais de políticas de controle de natalidade, sujeitos à intervenção do Estado em nome do “bem-estar social”.

Nesse sentido, em decisão emanada pelo TJ/RS, a ementa dispõe que,

⁶ Em junho de 2018, a Corregedoria Geral da Justiça de SP arquivou a investigação contra o juiz., e em ago 2019, o Órgão Especial do Colégio de Procuradores puniu o promotor com 15 dias de suspensão. Informação disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/08/promotor-que-determinou-laqueadura-em-moradora-de-rua-e-punido-com-15-dias-suspensao.shtml?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=twfolha. Acesso em: 07 ago 2019.

⁷ Informação disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2018/06/mesmo-promotor-e-juiz-atuaram-pela-laqueadura-de-uma-segunda-mulher-em-mococa.shtml>. Acesso 08 ago 2019.

Não pode o Judiciário permitir que essa jovem, doente mental, inserida num contexto familiar completamente comprometido e vulnerável, esteja sujeita e repetidas gestações, trazendo ao mundo crianças fadadas ao abandono, sem falar nos riscos à própria saúde da gestante, que por todas as suas limitações, sequer adere ao pré-natal. *A família desta menina veio ao Judiciário pedir socorro, para que algo seja feito em seu benefício e esse reclamo não pode ser ignorado sob o argumento falacioso (com a devida vênia) de se estar resguardando a dignidade da incapaz! Ora, que dignidade há na procriação involuntária e irracional que despeja crianças indesejadas no mundo (cujo destino é antecipadamente sabido), sem envolvimento por parte dos genitores e sem condições para o exercício da parentalidade responsável? É uma medida extrema sem dúvida, mas que visa evitar um mal maior, qual seja, o nascimento de bebês fadados ao abandono e à negligência. Nada mais triste. DERAM PROVIMENTO. UNÂNIME⁸ (BRASIL, 2012, grifo nosso).*

Embora não sejam majoritárias, há decisões que reiteram tais argumentos como justificativa para a esterilização. Em uma delas, destaca o relator “não ignoro que, até o momento, a opção pelo procedimento cirúrgico como método contraceptivo não advém do desejo de Fátima, que ainda não foi citada e não se manifestou”. No entanto, mais do que mera opinião pessoal de sua mãe, proponente da ação, haveria uma “recomendação de profissional responsável pelo tratamento ministrado à paciente (fl. 31), o que não pode ser ignorado, em detrimento de eventuais exercícios teóricos a respeito de violações, em tese, ao direito à intimidade, à liberdade e suposto resguardo à sua dignidade⁹.” (BRASIL, 2012b, p. 05).

Já em 2018, após Agravo de Instrumento concedido pela Oitava Câmara Cível do TJ/RS¹⁰ pela possibilidade de análise pelo juízo *a quo*, do pedido de laqueadura nos autos da ação de interdição, desconsiderando a necessidade de ajuizamento de ação própria, o Juiz de primeira instância entendeu possível o deferimento da medida para realização do procedimento. Segundo o magistrado, “não se pretende impedir a requerida de constituir família, o que aliás, veio formalmente autorizado na lei de proteção à pessoa com deficiência (Lei 13.146), mas sim, reconhecer que não possui condições de exercer, de forma adequada, a maternidade”, razão pela qual, “autorizo que seja realizada a cirurgia de laqueadura tubária na requerida, independentemente de sua anuência formal” (BRASIL, 2018, p. 07, grifo nosso).¹¹

Os casos analisados evidenciam que a quarta fase de gestão do planejamento familiar no Brasil, embora trouxesse a promessa da vitória dos direitos sexuais e reprodutivos, permanece ainda como uma promessa a ser cumprida. O que se verificou a partir de então foi, em muitos casos, a ambivalência entre a retórica dos direitos e a prática do controle e a operacionalização do dispositivo da reprodutividade, que tem gerenciado úteros femininos como forma de controle sobre o presente e o futuro de corpos individuais e populações.

⁸ Acórdão em Apelação Cível n. 70047036728, Oitava Câmara Cível do TJ/RS, 22 mar 2012.

⁹ Acórdão em Apelação Cível n. 70049911233, Oitava Câmara Cível do TJ/RS, 06 dez 2012.

¹⁰ Agravo de Instrumento n. 70073722605 – Comarca de Porto Alegre.

¹¹ Sentença em Processo Ordinário n.º: 001/1.17.0038365-6. Juiz: Luís Gustavo Pedrosa Lacerda 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme esta pesquisa buscou evidenciar, a regulamentação das questões reprodutivas a partir da retórica dos direitos humanos sexuais e reprodutivos aparentemente iniciou vitoriosa a primeira década do século XXI. No cenário latino-americano, as condenações sofridas por Bolívia e Peru diante do SIDH, e no Brasil a promulgação da Lei n. 9.263, que incorporou o novo paradigma dos direitos reprodutivos e equilibrou políticas populacionais e direitos humanos das mulheres indicavam este cenário. No entanto, a realidade diversa recolocou os direitos reprodutivos e as práticas de planejamento familiar na ordem do dia.

Eis o paradoxo biopolítico dos direitos humanos que Agamben nos apresenta. É possível para os Estados, que exercem o poder reforçando sua base biopatriarcalista proteger os direitos humanos reprodutivos de suas populações? É justamente na centralidade deste paradoxo que a presente pesquisa se aprofunda. É possível Estados cada vez mais biopolíticos garantirem os direitos humanos de seus cidadãos? Ou quais práticas e estratégias de politização da vida natural são colocadas em marcha a partir de políticas públicas de controle populacional?

Grande parte das cesuras biopolíticas pelas quais o dispositivo da reprodutividade tem operado na produção das *hystera homo sacer* são produzidas dentro de espaços anômicos de exceção legitimados pelo estado de direito. O direito e suas regulamentações e políticas públicas, tem um papel central na valoração da vida, ora fazendo viver ora deixando morrer, conforme os fatores políticos e econômicos que sustentam a sociedade biopatriarcalista. São as instituições estatais, no espectro da exceção que permeia a democracia na contemporaneidade que constituem e legitimam espaços de suspensão de direitos das mulheres, reduzidas a condição de mera vida biológica no cumprimento de sua função instrumental reprodutiva.

Deste modo, como pretendeu-se evidenciar, a quarta fase de consolidação do planejamento familiar no Brasil, a partir da retórica dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, inaugurada com a Lei n. 9.263/96, em que pese em muitos aspectos tenha contribuído para a vivência da liberdade reprodutiva por parte das mulheres, não conseguiu suplantar os resquícios intervencionistas e a intenção biopatriarcalista de controlar a capacidade reprodutiva das mulheres como estratégia biopolítica de controle populacional. Em que pese as legislações criadas no bojo do arcabouço de proteção aos direitos humanos, por meio da exceção, práticas de intervenção continuaram sendo engendradas a partir de recortes específicos de raça, sexualidade, classe, incapacidade, dentre outros, dando continuidade à marcha do dispositivo da reprodutividade e sua estratégia de controle sobre corpos femininos, transformados, muitas vezes, em verdadeiras *hysteras homo sacer*.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. *Estado de exceção*. Trad. Iraci D. Poleti. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Trad. Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

AGAMBEN, Giorgio. *Meios sem fim: notas sobre a política*. Tradução de Davi Pessoa. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

ALBUQUERQUE, Aline. Contribuições da teoria biopolítica para a reflexão sobre os direitos humanos. *Cadernos IHU Ideias*, n. 266, vol. 15. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2017.

ALVES, Andrea Moraes. A trajetória do Centro de Pesquisa e atenção integrada à mulher e à Criança (1975-1992). Século XXI, *Revista de Ciências Sociais*. v. 4, n. 2, 2014.

ALVES, Andrea Moraes. Memória da Esterilização Feminina: um estudo geracional. *Sociologia & Antropologia*. v. 07, n. 01, jan/abr 2017.

ALVES, José Eustáquio Dinis. *As Políticas Populacionais e os Direitos Reprodutivos: “O Choque de Civilizações” versus Progressos Civilizatórios*. 2015. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/livros/article/viewFile/121/119>. Acesso em: 25 ago 2019.

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.

BARROSO, Carmen. *Esterilização feminina: liberdade e opressão*. Revista de Saúde pública. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/1984.v18n2/170-180/pt/>. Acesso em 2 jun 2020.

BEMFAM. SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM/Macro Internacional Inc., 1997.

BERQUÓ, Elza. Os corpos silenciados. *Novos Estudos Cebrap*. São Paulo, p. 46 - 49, 1982.

BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar a espera de uma ação exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos. *Estudos Feministas*, v. 1, n. 2, p. 366-381, 1993.

BERQUÓ, Elza. CAVENAGHI, Suzana. *Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira*. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/15633-15634-1-PB.pdf>. Acesso em 02 jun 2020.

BRASIL. Congresso Nacional. *Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil*. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/85082>. Acesso em: 19 ago. 2019.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. *Acórdão em Apelação Cível n. 70047036728*. Oitava Câmara Cível. Relator Desembargador Rui Portanova. 2012.

BRASIL, Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. *Acórdão em Apelação Cível n. 70049911233*. Oitava Câmara Cível. Relator Desembargador Ricardo Moreira Lins Pasts. 2012b.

BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. *Ação Civil Pública n. 1001521-57.2017.8.26.0360* – de Mococa. Ministério Público de São Paulo, Janaína Aparecida Quirino e outro. Juiz: Djalma Moreira Gomes Júnior. 31 de maio de 2017.

BRASIL. *Sentença em Processo Ordinário nº: 001/1.17.0038365-6* Interdição de Menor: Stéfane Maggi Cunha Juiz: Luís Gustavo Pedrosa Lacerda. 13 de setembro de 2018.

BUTLER, Judith. *Corpos em Aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Trad. Fernanda Siqueira Miguens. 1 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CAETANO, André Junqueira. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei do planejamento familiar e demanda frustrada. *Revista Brasileira de Estudos de População*. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 309-331, jul/dez 2014.

CAMARGO, C. P. F. et al. *A ambigüidade de uma ideologia: instituições e reprodução humana no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense/CEBRAP, 1978. (Caderno Cebrap, 29).

CAMPOS, Carmen Hein de; OLIVEIRA, Guacira Cesar de. *Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios*. Coleção 20 anos de cidadania e feminismo. Brasília: CFEMEA, IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009.

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

CARVALHO, L. E. C. D. et al. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 2906-2916, 2007.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *Acordo de Solução Amistosa Maria Mamérita Mestanza Chávez X Peru*. 10 de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.cidh.org/annualrep/2003port/Peru.12191.htm>. Acesso em: 25 nov 2019.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. *CASO I.V.1* VS. BOLÍVIA*. Sentença de 30 de novembro de 2016. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/sci/dados-da-atuacao/corte-idh/Caso_I_V_Vs_Bolivia_sentenciaVF.pdf. Acesso em: 20 nov 2019.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. *Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores*. In: CAVENAGHI, Suzana (coord.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP, 2006. p. 14-26.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis*, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996.

COSTA, Tonia. STOLZ, Eduardo Navarro. GRZYNSZPAN, Danielle. SOUZA, Maria do Carmo Borges de. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006. Disponível em: <https://scielosp.org/article/icse/2006.v10n20/363-380/#ModalArticles>. Acesso em: 2 jun 2020.

DEUTSCHER, Penelope. *Foucault's Futures: A Critique of Reproductive Reason*, Columbia University Press, 2017.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Trad. Maria Ermantina Galvão. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

GELEDÉS. Edição Comemorativa de 23 anos. *Esterilização: impunidade ou regulamentação?* São Paulo: Geledés – Instituto a Mulher Negra, 1991.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. v.23. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

IPEA. *Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil*, 1996. Disponível em: www.undp.org.br/HDR/Hdr96/rdhb1.htm. Acesso em: 2 jun 2020.

LUIZ, O. D. C.; CITELI, M. T. *Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços*, 1999. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 2000.

LOBO, Lília Ferreira. *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008. pp. 203-204.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia do trabalho científico*. 7. ed. São Paulo: Atlas: 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em 02 jun 2020.

NEGRI, Antonio. *Biocapitalismo*. São Paulo: Iluminuras, 2015.

NIELSSON, Joice Graciele. Corpo Reprodutivo e Biopolítica: a hystera homo sacer. *Revista Direito e Práxis*, Ahead of print, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/40921-152667-2-PB.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

OLIVEIRA, Amanda Muniz; RODRIGUES, Horácio Wanderlei. *Blessed be the fruit: resquícios de um viés controlista em ações sobre cirurgia de laqueadura no Judiciário de Santa Catarina (2015-2016)*. Revista Direito GV, v. 15, n. 1, jan./abr. 2019.

OSIS, Maria José Duarte; CARVALHO, Luiz Eduardo Campos de; CECATTI, José Guilherme; BENTOL, Silvana Ferreira; PÁDUA, Karla Simônia de. *Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 625-634, mar. 2009.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva; WAJNMAN. *Socioeconomic correlates of female*

sterilization in Brazil. In: COSIO-ZAVALA, M. E. (Coord.). *Poverty, fertility and family planning*. Paris: CICRED, 2003.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. R. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: *MINISTÉRIO DA SAÚDE; CEBRAP (Eds.)*. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, p. 85-104, 2009.

ROHDEN, Fabíola. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SAGOT, Montserrat. Um mundo sin feminicídios? Las propuestas del feminismo para erradicar la violencia contra las mujeres. In: ALBA, Carosio. *Feminismos, pensamento crítico e propuestas alternativas em América Latina*. Buenos Aires: Clacso, 2017. Disponível em: https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/libro_detalle.php?id_libro=1270. Acesso em: 19 jul 2019.

SAGOT, Montserrat. *El feminicidio como necropolítica em Centroamerica*. 2013. Disponível em: <https://www.labrys.net.br/labrys24/feminicide/monserat.htm>. Acesso em: 19 ago. 2019.

SEGATO, Rita. *Manifiesto en cuatro temas*. 2018. Disponível em: <https://ctjournal.org/index.php/criticaltimes/article/view/30>. Acesso em: 20 out. 2019.

SUTTON, Barbara. Zonas de clandestinidad y “nuda vida”: Mujeres, cuerpo y aborto. *Estudios Feministas*, v. 25, n. 2, p. 889-902, maio/ago. 2017.

VENTURA, Mirian. *Direitos Reprodutivos do Brasil*. Brasília: UNFPA, 3ª ed., 2009.

VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. D. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 398 - 404, 2009.

VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

WERMUTH, Maiquel Angelo Dezordi; NIELSSON, Joice Graciele. A (IN)DISCERNIBILIDADE ENTRE DEMOCRACIA E ESTADO DE EXCEÇÃO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: UMA LEITURA A PARTIR DE GIORGIO AGAMBEN. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC – Nómos*. v. 38.2, jul./dez. 2018.

WERMUTH, Maiquel Angelo Dezordi; NIELSSON, Joice Graciele. Ultraliberalismo, evangelicalismo político e misoginia: a força triunfante do patriarcalismo na sociedade brasileira pós-impeachment. *Revista eletrônica do curso de Direito da UFSM*, Santa Maria, RS, v. 13, n. 2, p. 455-488, ago. 2018b. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/198136942729>.

WICHTERICH, Christa. *Direitos Sexuais e Reprodutivos*. Rio de Janeiro: Heinrich Böll Foundation, 2015.