

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NA BOLÍVIA: UMA ANÁLISE DE ASPECTOS DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E DA ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES A PARTIR DA PERSPECTIVA DA BIOPOLÍTICA

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN BOLIVIA: UN ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ESTERILIZACIÓN DE LAS MUJERES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOPOLÍTICA

Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth¹

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Fernanda Lavínia Birck Schubert²

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Joice Graciele Nielsson³

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Resumo:

O artigo busca, a partir da perspectiva da biopolítica, analisar aspectos do controle reprodutivo executado na Bolívia, especialmente, por meio de planejamentos familiares e esterilizações, e a forma como essas práticas podem afetar a dignidade humana, os direitos humanos e fundamentais e a proteção dos direitos reprodutivos e sexuais de meninas e mulheres do país por meio de uma atuação estatal seletiva. O problema que orienta a pesquisa pode ser sintetizado na seguinte pergunta: como o arcabouço jurídico e as políticas públicas promovidas na Bolívia propiciaram/propiciam práticas de controle reprodutivo sobre os corpos femininos? Com base nos dados levantados a partir de um conjunto de pesquisas realizadas sobre o tema, a hipótese levantada é que o arcabouço jurídico boliviano e as políticas públicas desempenhadas no país fazem com que o controle reprodutivo recaia sobre mulheres pobres, minorias nacionais ou étnicas, ou mulheres com deficiência, reforçando um estereótipo acerca do papel inerentemente reprodutivo e sua incapacidade de elas decidirem sobre sua saúde sexual e reprodutiva. O objetivo geral do texto consiste em analisar as disposições legislativas bolivianas que datam do final do século XX até a atualidade, as políticas públicas desenvolvidas e os debates recentes que estejam relacionadas ao controle reprodutivo das mulheres. Os objetivos específicos do texto, que se refletem na sua estrutura em três seções, são: a) Contextualizar, a partir da perspectiva biopolítica, fenômenos como o uso de pílulas anticoncepcionais, a realização de esterilizações forçada de mulheres, o planejamento familiar, que podem ser interpretados como formas de controle biopolítico e de atuação estatal seletiva que suprime de - algumas - mulheres a liberdade de decidirem ter ou não filhos/as. b) Identificar o arcabouço jurídico e o corpo de políticas públicas que regularam o fenômeno do controle reprodutivo realizado na Bolívia na segunda metade do século

¹ Doutor e Mestre em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Especialista em Direito Penal e Direito Processual Penal e Bacharel em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Coordenador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito – Mestrado e Doutorado em Direitos Humanos – da UNIJUÍ. Professor do Curso de Graduação em Direito da UNIJUÍ. Pesquisador Gaúcho da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

² Mestranda em Direitos Humanos pela UNIJUÍ com bolsa PROSUC/CAPES. Pós-graduanda em Advocacia Previdenciária pela Escola Brasileira de Direito. Bacharela em Direito pela Unicruz.

³ Doutora em Direito Público pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS-FURB (2016), possui graduação em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (2010) e Mestrado em Desenvolvimento pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (2012). Atualmente é 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.

XX, até o momento em que I.V. foi vítima de uma esterilização forçada no Hospital de la Mujer em La Paz, capital boliviana; c) Investigar a maneira como se deu a condenação da Bolívia perante a Corte Interamericana de Derechos Humanos no caso I.V. vs. Bolívia, assim como repercussão dessa condenação no âmbito interno do país. O método de pesquisa empregado foi o hipotético-dedutivo, mediante o emprego de técnica de pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave:

Direitos Sexuais. Direitos Reprodutivos. Biopolítica. Bolívia.

Resumen:

El artículo busca, desde la perspectiva de la biopolítica, analizar aspectos del control reproductivo que se realiza en Bolivia, especialmente a través de la planificación familiar y de las esterilizaciones, y cómo estas prácticas pueden haber afectado la dignidad humana, los derechos humanos y fundamentales y la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y mujeres del país a través de la acción estatal selectiva. El problema que guía la investigación se puede resumir en la siguiente pregunta: ¿cómo el marco legal y las políticas públicas promovidas en Bolivia proporcionaron/ proporcionan prácticas de control reproductivo sobre los cuerpos femeninos? Con base en los datos recolectados de un conjunto de investigaciones realizadas sobre el tema, la hipótesis planteada es que el marco legal boliviano y las políticas públicas que se llevan a cabo en el país hacen que el control reproductivo recaiga sobre mujeres pobres, minorías nacionales o étnicas, o mujeres con discapacidad, reforzando un estereotipo sobre su función inherentemente reproductiva y su incapacidad para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. El objetivo general del texto es analizar las disposiciones legislativas bolivianas desde fines del siglo XX hasta la actualidad, las políticas públicas desarrolladas y los recientes debates relacionados con el control reproductivo de la mujer. Los objetivos específicos del texto, que se reflejan en su estructura en tres apartados, son: a) Contextualizar, desde una perspectiva biopolítica, los fenómenos de esterilización forzada de las mujeres y planificación familiar en América Latina, que pueden ser interpretados como formas de acción estatal selectiva que suprime la libertad de - algunas - mujeres para decidir si desean tener hijos. b) Identificar el marco legal y el cuerpo de políticas públicas que reguló el fenómeno de control reproductivo realizado en Bolivia en la segunda mitad del siglo XX, hasta el momento en que I.V. fue víctima de una esterilización forzada en el Hospital de la Mujer en La Paz, capital de Bolivia; c) Investigar la forma en que Bolivia fue sentenciada ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso I.V. x Bolivia, así como la repercusión de esta condena dentro del país. El método de investigación utilizado fue el hipotético-dedutivo, mediante el uso de técnica de investigación bibliográfica y documental.

Palabras clave:

Derechos sexuales. Derechos reproductivos. Biopolítica. Bolivia.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este artigo pretende, a partir da perspectiva da biopolítica, analisar aspectos do controle reprodutivo executado na Bolívia, especialmente, por meio de planejamentos familiares e esterilizações, e a forma como essas práticas podem afetar a dignidade humana, os direitos humanos e fundamentais e a proteção dos direitos reprodutivos e sexuais de meninas e mulheres do país por meio de uma atuação estatal seletiva. Trata-se de tema que apresenta especial relevância, uma vez que os corpos das mulheres permanecem sendo alvo de políticas de planejamento familiar e de anticoncepção direcionadas à seleção eugênica.

O artigo foi construído tendo por problema de pesquisa a seguinte pergunta: como o arcabouço jurídico e as políticas públicas promovidas na Bolívia propiciaram/propiciam práticas de controle reprodutivo sobre os corpos femininos? Como hipótese inicial, levando-se em consideração os dados levantados a partir de um conjunto de pesquisas realizadas sobre o tema, refletidas na bibliografia que dá sustentação ao presente estudo, torna-se possível afirmar

que a Bolívia propicia práticas irreversíveis de controle reprodutivo, como a esterilização cirúrgica, por meio de seu sistema de saúde ou entidades conveniadas, como se fossem métodos de anticoncepção.

Como objetivo geral, a pesquisa busca analisar as disposições legislativas bolivianas que datam do final do século XX até a atualidade, as políticas públicas desenvolvidas e os debates recentes que estejam relacionadas ao controle reprodutivo das mulheres. Para dar concretude ao objetivo geral, os objetivos específicos do texto, que se refletem na sua estrutura em três seções, são: a) contextualizar, a partir da perspectiva biopolítica, fenômenos como o uso de pílulas anticoncepcionais, a realização de esterilizações forçada de mulheres, o planejamento familiar, que podem ser interpretados como formas de controle biopolítico e de atuação estatal seletiva que suprime de - algumas - mulheres a liberdade de decidirem ter ou não filhos/as; b) identificar o arcabouço jurídico e o corpo de políticas públicas que regularam o fenômeno do controle reprodutivo realizado na Bolívia na segunda metade do século XX, até o momento em que I.V. foi vítima de uma esterilização forçada no Hospital de la Mujer em La Paz, capital boliviana; c) investigar a maneira como se deu a condenação da Bolívia perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso I.V. vs. Bolívia, assim como repercussão dessa condenação no âmbito interno do país.

O método de pesquisa empregado foi o hipotético-dedutivo, mediante o emprego de técnica de pesquisa bibliográfica e documental.

1 TÉCNICAS DE CONTROLE REPRODUTIVO E PLANEJAMENTO FAMILIAR: a instrumentalização biopolítica do corpo feminino

A abordagem de políticas populacionais foi feita, pela primeira vez, por Thomas Malthus, em 1798, que atribuiu à própria população a causa que impedia seu desenvolvimento socioeconômico. Desde então, o assunto passou a ser debatido a partir de diversos vieses, permeado por controvérsias e acompanhado por tabus e disputas ideológicas, como no contexto da Guerra Fria, em que, de um lado, se defendia o controle de natalidade, e, de outro, a política desenvolvimentista (ALVES, 2004).

A partir de uma perspectiva tradicional, as políticas populacionais podem ser compreendidas como uma série de medidas que são destinadas à modificação do estado da população, especialmente no que se refere ao volume, à distribuição e à densidade dentro de um dado território, assim como a aspectos qualitativos e quantitativos de uma atividade específica que desempenha (ALVES, 2006). Para Camargo (1982, p. 86), as políticas populacionais “[...] correspondem a intenções e ações do Estado e de instituições variadas

visando a alterar, em um dado momento do tempo, as tendências dos fatores demográficos dinâmicos e influenciar, desta maneira, o número, a composição e a distribuição da população”.

A dinâmica demográfica a que se referem as políticas populacionais está relacionada aos elementos da mortalidade, da natalidade e da migração (ALVES, 2006). Dentre esses componentes, o presente trabalho traz destaque à natalidade, que está relacionada ao número de nascidos vivos e à população total de um dado território. Os conceitos de política populacional, controle de natalidade e planejamento familiar, apesar de estarem relacionados, não são sinônimos. O planejamento familiar está ligado à “[...] idade do casamento e do primeiro filho, espaçamento das gestações, terminação da parturição e métodos de concepção e contracepção”, como explica Alves (2004, p. 20). Apesar da distinção conceitual, todos estão interrelacionados, e podem ser utilizados como uma forma coercitiva de retirada de direitos e de controle sobre os corpos, já que as ações e os discursos políticos não estão isentos de percepções doutrinárias e ideológicas (CAMARGO, 1986).

Muitas políticas populacionais impediram as mulheres de exercerem o controle sobre o próprio corpo e, em função disso, o século XX foi marcado pela sua atuação na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, que buscavam combater estruturas seculares de dominação e subordinação de mulheres e de controle sobre seus corpos, contruídas por um imbricamento de “[...] instituições patriarcais: a família, sistemas de saúde, comunidades religiosas, sistemas jurídicos e Estados”, como explica Wichterich (2015, p. 17). Concomitantemente a isso, no entanto, puderam ser vislumbradas diversas condutas estatais que tiveram o intuito de manutenção das mulheres num estado biopolítico e, por consequência, do controle sobre suas vidas, bem como, da regulação sobre a reprodução, a fertilidade e a mortalidade. Nielsson (2020, p. 332) evidencia a ambiguidade que permeia esse assunto:

[...] 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.

Como exemplo da atuação estatal direcionada à gestão dos direitos sexuais e reprodutivos, é possível mencionar as políticas internacionais voltadas à redução da população mundial desenvolvidas a partir da década de 1960, que incentivavam o uso de contraceptivos modernos na região que denominavam de terceiro mundo (na qual se incluía a América Latina),

como as pílulas anticoncepcionais⁴. O incentivo a esse novo método contraceptivo vinha acompanhado de notícias sensacionalistas sobre o risco do aumento populacional no mundo⁵ e, na América Latina, esteve diretamente relacionado à Revolução Cubana de 1959, momento a partir do qual os países latino-americanos passaram a ser considerados como campos férteis para revoluções (PEDRO, 2003). Diante desse contexto, é possível dizer que a sua adoção foi impulsionada, seguramente, por interesses políticos e econômicos (WICHTERICH, 2015).

Essa suposta propensão revolucionária justificou a criação de diversas organizações que, em tese, eram destinadas a auxiliar os países latino-americanos. Como contraprestação a esse auxílio, os países do sul deveriam criar ou se submeter a programas com o objetivo de reduzir o crescimento de suas populações, sendo que muitos desses programas eram capitaneados por “[...] órgãos das Nações Unidas, em particular, por seu Fundo de População UNFPA, o Banco Mundial e a USAID, que foram apoiadas pela Fundação Rockefeller e pela Fundação Ford [...]”, como lembra Wichterich (2015, p. 25).

É importante evidenciar, também, a atuação dos Corpos de Paz norte-americanos. Eles estiveram presentes em 88 países do sul global e foram responsáveis pela realização de esterilizações massivas de determinados grupos tidos como inferiores, como portadores/as de doenças hereditárias, doentes mentais, deficientes físicos, negros/as, indígenas. Jaramillo, Carpio e Rodas (2013, p. 4) salientam que “[...] muchos gobiernos [...] no sólo que no se opusieron a ellas, sino que las propiciaron e incluso las encubrieron, de tal manera que no existen datos fidedignos acerca de sus reales repercusiones”.

A Bolívia foi um dos países em que os Corpos de Paz promoveram esterilizações forçadas de mulheres camponesas em meados da década de 1960. A denúncia dessa prática abusiva e genocida foi feita por meio do filme *Yawar Mallku (Sangre de Cóndor)*, dirigido por

⁴ Por outro lado, na Europa, os Estados criavam políticas natalistas com o fim das guerras mundiais, e o uso de pílulas anticoncepcionais levou, em geral, mais tempo para ser autorizado (PEDRO, 2003).

⁵ Como exemplo, é possível referir o que foi noticiado na Revista *Seleções*, no Brasil, na sua edição de abril de 1960, “num artigo intitulado ‘Gente Demais! Que Fazer?’, informava que dali a 40 anos, ou seja, no ano 2000, o mundo teria 8 bilhões de pessoas e, dessas, 70% seriam afro-asiáticas. A razão disso, informavam, era a redução da mortalidade infantil, bem como o aumento da longevidade. No mesmo artigo eram anunciadas as experiências dos doutores Gregory Pincus e John Rock, os quais desde 1956 estavam experimentando os contraceptivos hormonais em mulheres do Haiti e de Porto Rico, chamados no artigo da revista de ‘campos de prova’. Dizia também que o medicamento era muito recente para se poder assegurar qualquer promessa de eficácia; que ainda era muito caro e que se registraram, nas mulheres que o experimentaram, queixas de ‘efeitos secundários desagradáveis como náusea, dor de cabeça e tonturas’. Entretanto — afirmava o autor —, diante do perigo do crescimento demográfico, ‘até mesmo um recurso anticoncepcional que não seja infalível poderá ter virtualmente importância nos países que mais crescem demograficamente’”, como lembra Pedro (2003, p. 241). Assim, o uso de métodos contraceptivos inovadores foi incentivado mesmo diante do enorme risco que eles representavam à saúde das mulheres.

Jorge Sanjinés e estreado em 1969⁶. A repercussão do filme e a pressão popular resultaram na expulsão, no ano de 1970, do Corpo de Paz do território boliviano, assim como de outros 40 países onde atuavam (JARAMILLO; CARPIO; RODAS, 2013).

Outro caso de esterilização forçada massiva que ganhou notoriedade a partir de denúncias realizadas pela ativista Giulia Tamoyo aconteceu no Peru, entre os anos de 1996 a 2000. À época, foram esterilizadas 272.028 mulheres peruanas, cuja maioria residia no meio rural, e outras 18 acabaram mortas no procedimento ou em decorrência dele. Entre as zonas mais afetadas estavam Huancavelica, Piura, Ayacucho, Cusco, Apurímac, La Libertad, Puno, San Martín y Cajamarca, especialmente nas zonas de extrema pobreza. Ballón Gutiérrez (2014, p. 5) explica que

La "información" que recibían las mujeres por parte de los profesionales de la salud eran muchas veces incomprensibles para las poblaciones que no hablaban castellano (poblaciones de habla quechua y aymara) o no se usaba ni explicaba el término "esterilización" sino el de "Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria" (AQV). Las personas que se sometían o que eran sometidas a la fuerza, no conocían los alcances de esta operación.

Como se pode perceber, as esterilizações não eram – ou não são – destinadas a populações tidas como desenvolvidas ou a pessoas saudáveis, mas sim, executadas sobre grupos marginalizados, cujos principais destinatários eram os corpos de mulheres rotuladas como passivas e oprimidas, e cujo “[...] descontrolo da fertilidade [era] tido como um indicador de sociedades tradicionais, ‘atrasadas’”, nas palavras de Wichterich (2015, p. 26). Biroli (2016) salienta que essas práticas de transformação dos corpos das mulheres em objeto de intervenção foram pautadas na eugenia⁷, no racismo e na busca do controle social da pobreza.

⁶ O filme *Yawar Mallku* se passa na comunidade de Kaata, localizada a cerca de 400 quilômetros de La Paz, na Bolívia. O protagonista é Ignácio, um homem que perdeu três filhos e, já no início da trama, manifesta o desejo de não morrer sozinho. Ele e a esposa, Paulina, tentam ter outro filho, e, como não conseguem, buscam respostas diante do espírito da *montaña poderosa*, momento a partir do qual descobrem que Paulina não pode mais ter filhos, o que também aconteceu com outras mulheres da comunidade. No decorrer das cenas, começam a surgir rumores de que a infertilidade das mulheres estaria vinculada à presença dos Corpos de Paz, cujos médicos realizavam atendimentos na comunidade (JARAMILLO; CARPIO; RODAS, 2013). Além das denúncias realizadas, o filme dirigido por Jorge Sanjinés é marcado pela participação maciça da comunidade boliviana, “[...] un cine con las comunidades a través del cual no solo las poblaciones se sientan identificadas y representadas, sino que alcance un nivel disruptivo tanto en la cultura occidental como en la cultura indígena. Un trabajo de mixtura con occidente. Un trabajo en comunidad con las comunidades”, como salientam Juan e Pellegrino (2009, p. 5).

⁷ O termo Eugenia foi criado no final do século XIX por Francis Galton, tendo se consolidado em meio a discursos raciais. Sua ideia central era aplicar o controle do cruzamento seletivo à espécie humana, para que fosse possível, a partir da escolha, transmissão ou interdição de características de um indivíduo, “[...] obter um número cada vez maior de sujeitos com características superiores” (SILVA, 2015, p. 236), baseando-se, sobretudo, em aspectos étnico-raciais. Para tanto, foram adotadas diversas intervenções políticas para inserir as proposições ditas científicas na sociedade, como feito na Alemanha, nos Estados Unidos e na Argentina (SILVA, 2015). Cabe destacar que as políticas eugenistas sempre estiveram atreladas às hierarquias de gênero, sendo que diversos projetos estiveram centrados essencialmente na feminilidade e na maternidade: “Às mulheres, a beleza como obrigaçãõ era evidenciada por representantes femininas indolentes e vulgares, cujos corpos obesos eram descritos

Essas políticas de contracepção e de esterilização forçada revelam a eleição da reprodutividade⁸ como um instrumento que, ao mesmo tempo em que gerencia e manipula a vida de populações, exerce a disciplina sobre os corpos das mulheres, que são sujeitas destinadas à procriação (ou não, a depender do grupo de que estiver sendo analisado). Esse quadro torna possível o aprofundamento do tema a partir da ótica da biopolítica e do biopoder⁹ (NIELSSON, 2020).

Na obra de Michel Foucault (2008; 2010), as categorias biopolítica e biopoder são utilizadas, em seus estudos sobre a governamentalidade, para abarcar a questão que envolve a normalização biológica dos seres humanos. Por biopolítica, Foucault (2008) designa o movimento, verificado a partir do final século XVIII, que faz com que a vida biológica se torne objeto da política, passando a ser produzida, administrada, gerida. Este movimento opera em deslocamento de ênfase: se antes o poder soberano exercia seu direito sobre a vida na medida em que podia matar, encarnando o “direito de fazer morrer ou de deixar viver”, a partir do século XIX se opera a transformação que dá lugar ao biopoder como nova modalidade de exercício do poder soberano, que agora será um “poder de ‘fazer’ viver e ‘deixar’ morrer” (FOUCAULT, 2010, p. 287).

Nestes termos, a biopolítica pode ser definida como o conjunto de técnicas e estratégias de governo voltadas para a 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 e de outros fenômenos que se direcionam ao corpo coletivo da população (FOUCAULT, 2008). A aplicação destas técnicas, por sua vez, configura um biopoder institucionalizado no Estado e gerido a partir dele e de suas instituições, com a pretensão de, mais do que somente controlar a

como exemplos do que não se deveria ser. De modo semelhante, mulheres sedutoras de posse de seus truques dissimuladores de imperfeições são indicadas como vulgares e de moral duvidosa” (SILVA, 2015, p. 238). Atenção: esse não é o conceito original de eugenia, mas uma interpretação do conceito a partir de sua dimensão de gênero. Não está claro nessa citação como o gênero participa na eugenia. Caberia explicar melhor a definição de eugenia (baseada na escolha e transmissão – ou interdição – de certas características físicas/biológicas de uma população, baseadas sobretudo em origens étnico-raciais), e então melhor explicar qual é o lugar do gênero na(s) política(s) eugenista(s).

⁸ A reprodutividade, conforme Nielsson (2020, p. 885), produz sujeitas que tem a incumbência “[...] de propagar a vida, mas também de propagar a morte através da transmissão reprodutiva, uma possibilidade que pressupõe a legibilidade da procriação como uma governamentalidade. Através dela e das relações de poder se que engendram no agir sobre uma população, no governo dos outros e no governo de si mesmo (FOUCAULT, 2015) [...]”. Além disso, a autora ressalta que esse dispositivo atribui unicamente às mulheres o encargo da responsabilidade por futuros, raças, povos e nações.

⁹ A reprodução biológica como instrumento de controle e gestão da vida e a inserção do gênero na atuação do biopoder não estão presentes na obra de Michel Foucault. Apesar disso, a utilização do arcabouço foucaultiano para compreensão do corpo reprodutivo feminino enquanto espaço de exercício de poder e de instalação da biopolítica é não somente possível, como fundamental, para “[...] a análise dos corpos em relação aos limites entre vida e morte, natureza e cultura animadas e inanimadas, humanas e desumanas [...]”, como explica Nielsson (2020, p. 889).

vida humana, fazê-la produtiva. Passa-se a incluir a vida humana nos cálculos do poder, objetivando cuidar e maximizar a vida humana para que ela seja produtiva.

Bittencourt (2015, p. 227) explica que o mecanismo da biopolítica atua a partir de uma espécie de *estatização do biológico*, uma vez que o Estado realiza “[...] uma ‘gestão cauculista da vida’, de sujeição dos corpos e controle das populações ao eclodir nas práticas políticas a gestão da natalidade, da saúde, longevidade, sexualidade, habitação, epidemias, imigração”. Dentre os recursos utilizados para tanto, a autora elenca as “[...] previsões, as estimativas, estatísticas, medições globais para intervir nos fenômenos gerais”.

O biopoder surgiu no século XVIII e foi fundamental ao desenvolvimento do capitalismo e à inserção das pessoas nos processos de produção. Ele propiciou o alinhamento de “[...] fenômenos naturais como o nascimento, a reprodução e a morte, aos processos econômicos. O objetivo é controlar as consequências dos fenômenos naturais de modo que elas signifiquem ganhos econômicos”, conforme explicam Wermuth e Fornasier (2015, p. 219), distribuindo a vida em domínio de valor e utilidade.

Foucault (2010) aponta que o mecanismo que permite o exercício do poder de matar em um regime de biopoder é o racismo que, além de se introduzir no domínio da vida, tem como função tornar legítima a morte do *outro* “[...] da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), [...] o que vai deixar a vida em geral mais sadia, mais sadia e mais pura” (WERMUTH; FORNASIER, 2015, p. 221). A biopolítica funciona, portanto, como um meio para assegurar a prevalência de uma camada da população e a eliminação, muitas vezes indireta, de outra parcela.

Agamben adiciona alguns elementos importantes à perspectiva foucaultiana da biopolítica¹⁰. Esse incremento se dá a partir da compreensão de que a vida (*zoé*) do indivíduo ou do grupo passa a se resumir, a partir da biopolítica contemporânea, à sua relevância política. Segundo explica Bittencourt (2015, p. 228), “[...] ela relega seres humanos à condição de banimento, formando uma verdadeira barreira entre os banidos e os não banidos, os que vivem uma vida ‘desqualificada’, e os que vivem uma vida ‘qualificada’”. Essa desqualificação da vida constitui o que Agamben denomina de *vida nua*, que resulta de uma produção específica de poder, que reduz a vida de uma pessoa ou um grupo ao seu status biológico, apartado de

¹⁰ Assim como Foucault, Giorgio Agamben não assume um compromisso, em suas obras, com o lugar que as mulheres ocupam na biopolítica, sendo dissociados dos aspectos da reprodutividade. “No entanto, talvez seja essa mesma dissociação que Deutscher considera a chave de seu potencial para a teoria feminista, um potencial intrigante de operar como uma lente para repensar os termos vida, vida nua, limiar e biopolítica [...]” (NIELSSON, 2020, p. 887-888).

qualquer sentido político. A *vida nua* se configura a partir do *Homo sacer*¹¹, uma figura que, apesar de não poder ser morta diretamente, está permanentemente exposta à violência e, somente por meio da exceção¹², se torna sujeito político (ESTÉVEZ, 2018).

Essa exceção se constitui naquilo que Agamben denomina de *campo*, marcado pelo modo de decisão do espaço político da modernidade, no qual o Estado assume, entre suas funções, o cuidado da vida biológica da nação. A exceção, nesse sentido, se transforma na nova disposição espacial que habita a vida nua. Ele representa uma localização sem ordenamento, em que se consolida a relação entre biopolítica, poder soberano e direito. Segundo Agamben (2007, p. 182) “o sistema político não ordena mais formas de vida e normas jurídicas em um espaço determinado, mas contém em seu interior uma *localização deslocante* que o excede, na qual toda forma de vida e toda norma podem virtualmente ser capturadas”.

A partir da compreensão das formas conceituais construídas por Foucault e Agamben, é possível analisar a biopolítica a partir da imbricação do gênero¹³ e da precarização da vida humana. Foucault (1988) salienta a importância do controle do sexo¹⁴ para “[...] uma série de táticas diversas que combinam, em proporções variadas, o objetivo da disciplina do corpo e o da regulação das populações”. Dentre essas táticas, é possível mencionar a histerização dos corpos das mulheres que assegurou, também, a sua medicalização¹⁵, já que a *histeria* foi

¹¹ *Homo Sacer* “é uma figura do direito romano que representa uma sacralidade da vida, qual seja um homem condenado que não pode ser morto num ritual. Contudo, quem o mata não é punido por homicídio. Isto é, uma figura marcada pela matabilidade, mas pela insacriticabilidade”, explica Bittencourt (2015, p. 229). Está-se diante, portanto, de uma vida matável impunemente, ainda que protegidas pelas cartas que asseguram direitos (NIELSSON, 2020).

¹² Em análise à teoria de Agamben, Gomes (2018, p. 55) explica que “a exceção seria, nesse sentido, um dispositivo típico de articulação da forma com a qual o pensamento e a cultura ocidental se estruturam [...]”, constituindo-se como um *modus operandi* de poder. O estado de exceção, por sua vez, se constituiria como um “[...] paradigma decorrente da operação da exceção (arqué) na seara jurídico-política [...]”, que assegura que tanto o jurídico, quanto o não jurídico integrassem o mesmo ordenamento.

¹³ Diz-se *gênero* em função de a terminologia *sexo* reforçar biologicismos e dualidades entre feminino e masculino, além de retirar o caráter histórico das construções de papéis sociais de mulheres e homens. A palavra gênero, a partir da compreensão de Joan Scott, é mais apropriada por constituir-se como uma categoria que é centrada nas construções sociais sobre os corpos, fugindo dos reducionismos biológicos. Judith Butler, por outro lado, avança na discussão ao refutar a dualidade construída ao entorno do sexo, enquanto atributo biológico, e do gênero, enquanto construção social. Para esta autora, o gênero se relaciona à performance historicamente construída e atribuída a homens e mulheres, ou seja, as ações, os signos, as posturas esperadas de cada grupo (BITTENCOURT, 2015).

¹⁴ Como se está diante de um entendimento e de uma expressão utilizada por Foucault, optou-se por manter a terminologia *sexo*, em vez de *gênero*, apesar da compreensão de que esta última seria mais adequada, pelas razões trazidas na nota de rodapé anterior.

¹⁵ Essa medicalização pode ser vislumbrada, para além das pílulas anticoncepcionais e das esterilizações, objetos principais do artigo, nos partos cirúrgicos enquanto padrão moderno de parir, na reprodução assistida, na terapia de reposição hormonal, nos procedimentos químicos e cirúrgicos em geral. Apesar dessas intervenções serem revestidas, muitas vezes, pela justificativa de que possibilitam maior autonomia e libertação das mulheres, o que se vislumbra é que o surgimento de muitas delas teve o condão de propiciar o amoldamento das mulheres para a reestruturação produtiva. Serviram, portanto, como instrumento de promoção de utilidade dos corpos femininos na estrutura de produção, sem deixar de lado, no entanto, os espaços pré-estabelecidos para homens e mulheres, o

construída como uma patologia intrínseca ao corpo feminino, o qual, conforme Foucault (1988, p. 99),

[...] foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período de educação) [...].

A biopolítica, portanto, vai reger de forma distinta a vida de homens e mulheres, na medida em que se destina, não apenas a manutenção das relações de poder e das formas políticas de controle sobre a vida, mas, também, da manutenção do status de quem exerce o domínio da própria biopolítica: os homens. Acerca desse assunto, Wermuth e Nielsson (2016, p. 16) salientam que “na biopolítica, em que o sexismo estabelece a cesura entre a vida que merece viver e merece morrer, a decisão entre vida e morte do corpo feminino está entregue às mãos do soberano homem, a partir de uma estrutura patriarcal de organização da sociedade”.

É sobre o corpo feminino, portanto, que recai a função enunciativa do biopoder, uma vez que a ele sempre foi atribuído um caráter territorial, que pode ser ocupado pelos homens e por eles utilizados. É esse corpo que, segundo Segato (2014), se transforma em campo próprio de ações de guerras não convencionais. Nielsson (2020, p. 890) explica que o corpo das mulheres “[...] é o espectro que carrega os signos de pertencimento, dando azo a uma espécie de crueldade funcional e pedagógica que transmite uma mensagem sacrificial de domínio disciplinar e biopolítico [...]”, já que se destina não apenas ao controle do corpo individual, mas à gestão da própria espécie a partir do dispositivo da reprodutividade.

O despojamento de direitos das mulheres, que decorre das práticas das estratégias biopolíticas de controle sobre o corpo, especialmente àquelas relacionadas à reprodutividade, culminam na constituição daquilo que Nielsson (2020) denomina *hystera homo sacer*, que tem sua vida reduzida a uma posição hierarquicamente inferior na distinção valorativa das vidas humanas, na medida em que se transforma em mero corpo biológico (deslocado de sentido político), uma *vida nua*. Nielsson (2020, p. 892-893) explica que

na estratégia de redução de sujeitos políticos a vidas biológicas, o útero figura como elemento biológico fundamental, tanto do corpo individual feminino, quanto do corpo da espécie, e por isso, para a gestão do poder, seu controle é fundamental. Neste paradoxo, enquanto a biopolítica significa o útero e o corpo que o detém poderoso, o dispositivo da reprodutividade controla este útero e este corpo, o impossibilita de integrar o corpo político, e o reduz a mera “vida reprodutiva”.

que significa dizer que essa inserção feminina não as desonerou dos trabalhos privados que já desempenhavam antes (BITTENCOURT, 2015).

Pode-se dizer, portanto, que a biopolítica e os dispositivos de que ela lança mão reduzem as mulheres aos seus úteros e, a depender dos interesses que o circundam, elegem os úteros que são dignos ou úteis ao cumprimento da função social da reprodutividade, e os que são indignos ou inúteis para tanto. Essa distinção valorativa hierárquica tem influência de marcas variáveis como raça, classe, idade, nacionalidade, sexualidade¹⁶ (NIELSSON, 2020).

A atribuição de valor à vida de cada mulher, ou a um grupo de mulheres, é influenciada, diretamente, pelo direito que, por meio de regulamentações ou de políticas públicas, legitima ou dá margem às suspensões de direitos e à redução da vida ao corpo biológico e ao dispositivo da reprodutividade. É diante desse contexto que se faz importante analisar o arcabouço jurídico e o corpo de políticas públicas que regularam o fenômeno do controle reprodutivo e da atuação biopolítica na Bolívia.

2 A INSERÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NAS CONFERÊNCIAS MUNDIAIS E NA LEGISLAÇÃO INTERNA BOLIVIANA

No intuito de analisar a maneira como se dá a atuação biopolítica dos Estados, que acontece, muitas vezes, disfarçada como políticas de planejamento familiar e de contracepção segura, este tópico analisará o arcabouço jurídico relacionado ao tema, tanto a nível global, quanto a nível do Estado da Bolívia, assim como às políticas públicas moldadas internamente ao longo da segunda metade do século XX.

O planejamento familiar foi assunto da Primeira Conferência Mundial de População, que aconteceu em Roma no ano de 1954. Nesse encontro, foi defendida a necessidade de intervenção nos países em que o crescimento populacional aumentava e, a partir de então, os países tidos como mais desenvolvidos passaram a implementá-las em seus próprios territórios e, também, em outras regiões, por meio, por exemplo, da Aliança para o Progresso e do Corpo de Paz, ambos encabeçados pelos Estados Unidos (UNFPA, 2019).

No ano de 1974¹⁷, foi realizada, em Bucareste na Romênia, a Conferência Mundial de População, na qual foi aprovado o Primeiro Plano de Ação Mundial sobre População. Essa

¹⁶ A influência dessas variáveis na definição das políticas pode ser vislumbrado, por exemplo, na América Latina das décadas de 1960/1970, onde foram distribuídas as primeiras pílulas anticoncepcionais (cuja eficácia ainda não havia sido devidamente comprovada) para controle da população, na Índia da década de 1990, onde foram instalados campos de esterilização forçada, assim como na China, onde, no mesmo período, instalou-se uma política de filho único. O sul global, portanto, foi marcada por políticas antinatalistas. Por outro lado, em países europeus foram criadas políticas natalistas, como incentivo monetário aos casais que desejam ter filhos, a condecoração com medalhas, a criação de créditos fiscais (WICHTERICH, 2015).

¹⁷ Pouco antes, em 1969, foi firmado o Pacto de San José da Costa Rica, ou Convenção Americana sobre Direitos Humanos, como também é conhecido, e assegurou o direito de homens e mulheres contraírem matrimônio, cuja condição de realização é o livre consentimento dos próprios contraentes. Ele foi ratificado pela Bolívia no ano de

Conferência foi marcada, pela primeira vez, pela necessidade de pensar as políticas populacionais a partir de uma perspectiva mais ampla, aliando as tendências demográficas com desenvolvimento econômico e social. Esse novo posicionamento significou dizer que “[...] las naciones no son más pobres porque tienen mucha población, sino porque los modelos de desarrollo económico y social no responden a las necesidades y demandas de ésta, y porque, la distribución de las riquezas es inequitativa” (UNFPA, 2019, p. 10). Ainda na década de 1970, foi realizada a Primeira Conferência Mundial sobre a Mulher no México, que declarou esse período como a Década da Mulher e elegeu o ano de 1975 como o Ano Internacional da Mulher (UNFPA, 2019).

No âmbito interno boliviano, o ano de 1974 foi marcado pela criação do *primer Programa de Planificación Familiar* (PROFAM) do Ministério da Saúde da Bolívia. Seu objetivo principal era propiciar o espaçamento entre os nascimentos dos/as filhos/as de uma mesma família, no intuito de reduzir a taxa de crescimento populacional e facilitar o desenvolvimento do país, bem como tentar reduzir a mortalidade e a morbidade infantil e materna (UNFPA, 2019). Apesar na nova postura adotada na Conferência Mundial, o *primer Programa de Planificación Familiar* ainda foi marcado pelo reforço da tese de que o crescimento populacional estava ligado ao não desenvolvimento econômico do país.

Na década de 1980, as Conferências de Copenhague, na Dinamarca, e de Nairóbi, no Quênia, trouxeram maior visibilidade aos direitos das mulheres e às reivindicações de equidade. Na mesma época, foram realizadas seis conferências sobre mulheres na América Latina e no Caribe, assim como encontros feministas regionalizados, a exemplo do Primeiro, que foi realizado na Colômbia em 1981 e chamou atenção para a autonomia dos corpos das mulheres. Em 1984, surgiu a Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e Caribenhas (RSMLAC), que representou a organização regional de mulheres e possibilitou a criação de pautas comuns (UNFPA, 2019).

Na Bolívia, no ano de 1987 foi organizado o *Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES)*, cujo objetivo era incluir a saúde sexual e reprodutiva como parte fundamental dos direitos das mulheres. Esse Centro foi responsável por impulsionar convênios com o Ministério da Saúde da Bolívia, sindicatos e sindicalistas, mineiros, professores, estudantes universitários, e tinha o intuito de facilitar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e propiciar o debate sobre o direito à regulação da fecundidade e ao exercício livre e satisfatório da sexualidade. Em 1988, o CIES realizou a publicação do texto *Planificar para la Vida*, cuja

1993, por meio da Lei 1.430, que reconheceu a competência da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) (UNFPA, 2019).

foco principal esteve no significado de planejamento familiar, e foi apresentado no *Seminario de Lucha contra el Aborto* (1989), realizado pelo Ministério da Saúde da Bolívia (UNFPA, 2019).

Em 1992, na Bolívia, foram elaboradas as primeiras propostas de políticas da *Coordinadora de la Mujer* envolvendo a saúde reprodutiva e o planejamento familiar. Em 1993, a *Unidad de Políticas Sociales* (UDAPSO/ONAMFA) construiu uma nova *Propuesta de Políticas Sociales para la Mujer*, na qual se incluía a regulação da fecundidade como parte de ampliação da cobertura dos serviços de planejamento familiar. Apesar desses documentos referirem a saúde reprodutiva, ainda não o faziam a partir da perspectiva do conceito de saúde sexual ou direitos sexuais e reprodutivos. Nesse mesmo ano, foi construída a *Estrategia Nacional de Salud Reproductiva* (UNFPA, 2019).

Em nível mundial, o início da década de 1990 foi marcado pela circulação de conceitos como planificação familiar, direitos reprodutivos e saúde reprodutiva (UNFPA, 2019). Esses novos elementos foram incorporados ao tema das políticas populacionais a partir da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, no Egito, em 1994, onde a atuação de feministas, ambientalistas e defensores/as de direitos humanos teve fundamental importância (ALVES, 2004). Esse Programa de Ação da CIPD teve o intuito de mudar o paradigma a partir do qual partiam as políticas populacionais: o enfoque nas políticas de aumento populacional deu lugar a uma abordagem mais voltada aos direitos individuais (PATRIOTA, 2004). Em 1995, essas pretensões foram confirmadas pela 4ª Conferência da Organizações das Nações Unidas sobre Mulheres, em Beijing (Pequim), na China (WICHTERICH, 2015).

Ambas as Conferências tiveram especial importância para os direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que, no Cairo, foi definido o conceito de saúde reprodutiva e foi feita menção à saúde sexual e aos direitos reprodutivos. Já em Beijing, a saúde sexual e reprodutiva passaram a ser compreendidas como integrantes dos direitos sexuais e reprodutivos (UNFPA, 2019)¹⁸. Segundo o UNFPA (2019, p. 32),

Luego de las Conferencias de El Cairo y Beijing, se instaló el concepto de que los derechos sexuales y derechos reproductivos eran 'los más humanos de los derechos' y parte insustituible de los derechos humanos ya que comprometen los aspectos más íntimos de mujeres y hombres. Esto significó incorporar el respeto a la diversidad, el reconocimiento de las identidades sexuales y genéricas, y que la mujer asuma el control sobre su propio cuerpo y defienda su integridad corporal.

¹⁸ Antes disso, na Conferência Internacional de Direitos Humanos, realizada em Teerã, no Irã, no ano de 1968, os direitos reprodutivos foram abordados a partir de uma perspectiva diversa: era a prerrogativa dos pais de definirem o número de filhos e o espaçamento entre eles, assim como a educação sobre esse assunto. Não havia, portanto, uma preocupação com a autonomia das mulheres, mas sim, do casal heterossexual (SAMPAIO, 2015).

Os direitos sexuais e reprodutivos, nesse contexto, podem ser descritos como o direito de as mulheres decidirem sobre seus próprios corpos. Estão relacionados à sexualidade, saúde sexual e ginecológica, decisão livre e autônoma sobre ter ou não filhos/as, bem como, sobre como educá-los/as, tudo sem qualquer maneira de coerção ou discriminação (SAMPAIO, 2015).

Logo após a realização das Conferências que trouxeram avanços importantes no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, em junho de 1996, na Bolívia, a *Secretaría Nacional de Salud* apresentou a *Norma Boliviana de Salud NB-SNS-01-96*, cujo foco estava na atenção à mulher e ao recém-nascido. Além de estabelecer orientações sobre gestações e emergências obstétricas, ela abordou os métodos contraceptivos, com ênfase às pílulas anticoncepcionais e o dispositivo intrauterino (BOLIVIA, 2010).

No mesmo ano, a *Secretaría Nacional de Salud* publicou a segunda edição do texto de referência em saúde sexual e reprodutiva, como *documento complementario a las Normas y protocolos de atención a la mujer y al recién nacido de los tres niveles de atención, así como de la Currícula de los centros de capacitación en salud reproductiva y escuelas de salud pública*. Essa publicação teve o intuito de promover o aprofundamento de assuntos vinculados à saúde sexual e reprodutiva, com ênfase às normas já existentes no país à época (BOLIVIA, 2010).

No ano de 1998, o *Ministerio de Salud y Previsión Social* aprovou a *Norma Boliviana de Salud MSPS 4-98*, que se referia à anticoncepção cirúrgica voluntária, especificamente, à oclusão tubárica bilateral (OTB) em risco reprodutivo. Tal norma estabeleceu regras gerais para a realização da oclusão tubárica nos estabelecimentos de saúde que atendam aos requisitos cirúrgicos mínimos e de biossegurança, com a atuação de pessoas capacitadas para tanto. Além disso, a norma salientou a necessidade de haver orientação adequada sobre o procedimento, bem como, consentimento informado (BOLIVIA, 2010).

No mesmo ano, o *Ministerio de Salud y Previsión Social* aprovou a *Resolución Ministerial n° 0421 de 22/09/1998*, que autorizou o uso do medicamento Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD), popularmente conhecido como Depo-provera, na rede que integra o *Ministerio de Salud y Deportes*. O referido medicamento anticoncepcional tornou-se um dos mais utilizados pelas mulheres bolivianas (BOLIVIA, 2010). Ainda em 1998, foi aprovada a *Enmienda Thiart*, que previa requisitos restritivos para projetos de planejamento familiar.

Em 1999, o *Ministerio de Salud y Previsión Social* aprovou o *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002*, por meio da *Resolución Ministerial nº 134*. O Programa “[...] oficializó la política específica del sector en aspectos relacionados con la atención a la Salud Sexual y Reproductiva en el país, definió alcances programáticos, y uno de sus componentes fue el de anticoncepción [...]” (BOLIVIA, 2010, p. 29).

A segunda metade do século XX foi marcada, portanto, pela inserção paulatina do assunto dos direitos sexuais e reprodutivos nas conferências mundiais e na legislação interna boliviana. Apesar de isso representar um aparente avanço, o que se percebeu foi a ênfase em planejamento familiar, instrumento utilizado, muitas vezes, para frear o crescimento populacional de um dado grupo de pessoas (como de descendentes de povos originários no caso da Bolívia), assim como a métodos contraceptivos.

O contexto exposto neste tópico torna possível a análise de um caso emblemático de esterilização forçada ocorrida no *Hospital de la Mujer em La Paz*, capital boliviana, que chegou à Corte Interamericana de Direitos Humanos. O episódio foi reflexo de uma atuação biopolítica e representou uma violência de gênero, cujos detalhes do caso serão tratados no próximo tópico.

3 AS ESTERILIZAÇÕES FORÇADAS NA BOLÍVIA: a instrumentalidade biopolítica do corpo de I.V. e de outras bolivianas submetidas ao procedimento

Apesar de o final do século XX ter sido marcado pela inserção da pauta dos direitos sexuais e reprodutivos nas disposições normativas internacionais e ter, também, se inserido no âmbito interno na Bolívia, o que poderia, em tese, representar algum avanço na garantia de direitos às mulheres, essa inserção foi utilizada como respaldo para o controle biopolítico do corpo de I.V., uma mulher que foi submetida a uma esterilização forçada no *Hospital de la Mujer em La Paz*. Este tópico se destina à análise do caso e da forma como se deu a condenação da Bolívia perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos, assim como os impactos dessa condenação no âmbito interno do país.

A esterilização forçada é um procedimento irreversível que ocorre quando uma pessoa é esterilizada sem o próprio conhecimento ou sem que tenha fornecido consentimento para tanto. Esse procedimento, que causa danos físicos e psicológicos, é aplicado principalmente sobre mulheres que pertencem a grupos estigmatizados: mulheres pobres, mulheres deficientes, mulheres que pertencem a minorias étnicas ou nacionais, mulheres com HIV, utilizando-se do argumento de que essas mulheres não deveriam ter filhos por não serem aptas ou pelo aumento da prole não ser uma *boa* decisão. Em vários casos, a justificativa de realização do procedimento também é a necessidade médica (SOOHOO; PHILLIPS, 2016).

Antes de tratar das especificidades do caso I.V. x Bolívia (Caso nº 12.655), que chegou à Corte Interamericana de Direitos Humanos, é necessário se ater brevemente à história pessoal da vítima. I.V., que possuía nacionalidade peruana e, aos 18 anos, foi detida pela DINCOTE (*Dirección contra el Terrorismo*) no Peru devido sua atuação política. Grávida, ela sofreu violência física, psicológica e sexual, tendo dado à luz à primeira filha dentro da prisão. Em 1991, I.V. deu à luz a sua segunda filha e, diante da insegurança política pela qual passava no Peru, ela e sua família fugiram para a Bolívia, onde conquistaram a situação de refugiados em 1994 (SOOHOO; PHILLIPS, 2016).

No ano 2000, I.V. estava grávida de sua terceira filha quando começou a frequentar o *Hospital de Mujeres de La Paz*, um hospital estatal, para consultas pré-natais, sendo que em nenhuma oportunidade foram abordados assuntos de métodos contraceptivos ou esterilização. Em 1º de julho do mesmo ano, I.V. compareceu no referido hospital após o rompimento da bolsa e, no mesmo dia, foi submetida a uma cesárea. Durante a operação e enquanto I.V. estava sob efeito de uma anestesia epidural, foi realizada uma laqueadura tubária bilateral, sem que houvesse seu consentimento escrito ou de seu companheiro, contrariando as disposições da *Norma Boliviana de Salud MSPS 4-98*, mencionada no tópico anterior. Os médicos, que eram funcionários públicos, realizaram o procedimento sob a justificativa de que uma futura gravidez poria em risco a vida de I.V., e alegaram que a vítima informou seu consentimento oralmente, enquanto estava sob anestesia peridural. Não havia, no entanto, nenhum risco de vida iminente à vítima (SOOHOO; PHILLIPS, 2016).

Em audiência perante a Corte Internacional de Direitos Humanos (2016b, p. 23), I.V. indicou que:

Jamás me pidió ninguna consulta [refiriéndose al Dr. Torrico] ninguna explicación nada [...], el médico decidió sobre mi vida, sobre mi cuerpo de manera inhumana, me ligó las trompas de Falopio, incluso con el método más radical, con el método pomeroy, mutilando mis sueños [...] y también el de mi familia. [...] Las únicas dos preguntas que me hizo durante el proceso de la cesárea, en el acto quirúrgico fueron dos: primero, dónde me hicieron la primera cesárea, a lo que yo respondí: en Lima, Perú. Y la segunda fue si había tenido complicaciones, a lo que yo le dije que no. [...] El Dr. Vargas [tampoco] me dijo absolutamente nada, estaba como un mudo durante todo el proceso quirúrgico [...].

Em razão desse contexto e do fato de I.V. ter tido seu poder decisório anulado de forma discriminatória, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos sustentou que

[...] existen indicios de que la actuación del equipo médico que practicó la cirugía a I.V. estuvo influenciada por estereotipos de género sobre la incapacidad de las mujeres para decidir autónomamente respecto de su propia reproducción. Al respecto,

consideró que la decisión médica de practicar una esterilización sin contar con el consentimiento informado de I.V. refleja una concepción de que el personal médico está facultado para tomar mejores decisiones que la propia afectada sobre el control de su reproducción. Para la Comisión, “la presencia de esta clase de estereotipos de género en los funcionarios de la salud tiene un impacto diferenciado sobre las mujeres y deriva en su tratamiento discriminatorio en los servicios de salud y especialmente en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva”. Al respecto, la Comisión recordó que los estereotipos de género persistentes en el sector salud operan como una barrera para las mujeres en el acceso a servicios de salud materna, lo cual configura también una situación de discriminación en el acceso de las mujeres a la salud (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 2016b, p. 41-42).

Como resultado do procedimento de esterilização, que, segundo a Corte Interamericana de Direitos Humanos, anulou de forma discriminatória o poder decisório de I.V., ela perdeu a capacidade de ter filhos, o que pôs fim ao seu sonho de dar à luz um filho homem e, também, que causou o sentimento de não ser uma *mulher completa*. Segundo o peticionário, a vítima teve sentimento de perda extremos, além de ter passado por humilhações e dores (SOOHOO; PHILLIPS, 2016).

Diante da situação, foram realizadas três auditorias, um pronunciamento do *Tribunal de Ética del Colegio Médico Departamental de La Paz*, um procedimento administrativo perante a *Unidad de Asesoría Jurídica del Servicio Departamental de Salud de La Paz*, além de uma ação penal para apuração do delito de lesão, que foi extinto. Apesar disso, nenhuma pessoa foi responsabilizada disciplinar, administrativa ou penalmente, nem tampouco houve reparação civil à vítima (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 2016b).

Diante da inércia do Estado Boliviano em responsabilizar os médicos que praticaram a esterilização forçada em I.V., em 07 de março de 2007, o *Defensor Público del Pueblo de Bolivia* apresentou uma petição, em nome de I.V., na Comissão Interamericana de Direitos Humanos. A petição foi admitida e, em agosto de 2014, a Comissão expediu um relatório, no qual constavam as conclusões a que ela havia chegado sobre o caso, e as recomendações ao Estado da Bolívia, que foi notificado em outubro de 2014 (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 2016a).

Após a Bolívia ter tomado conhecimento do relatório, diante da não apresentação de documentos ou de solicitação de prorrogação de prazo para atendimento de recomendações, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos submeteu o caso à jurisdição da Corte Interamericana de Direitos Humanos em abril de 2015. Analisados o caso e os argumentos expostos pelas partes, a Corte emitiu sentença em novembro de 2016, na qual declarou a responsabilidade internacional do Estado Plurinacional da Bolívia, em função da violação de direitos de integridade pessoal, liberdade pessoal, dignidade, vida privada e familiar, acesso à

informação e a fundar uma família, todos reconhecidos nos artigos 5.1, 7.1, 11.1, 11.2, 13.1 e 17.2 da Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica), descumprindo, também, o seu artigo 1.1. Além disso, a Corte condenou o Estado da Bolívia por não cumprir as obrigações decorrentes do artigo 7.a) e b) da Convenção de Belém do Pará, na medida em que não agiu de modo a abster-se de atos/práticas de violência contra a mulher por seus servidos públicos, tampouco agiu com o devido zelo para prevenir, investigar e punir a violência perpetrada. Por fim, a Corte declarou o Estado responsável pela violação dos direitos a garantias judiciais e proteção judicial, que são reconhecidos nos artigos 8.1 e 25.1 da Convenção Americana (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2016b).

A Corte salientou a disparidade na relação entre médico e paciente, uma vez que o primeiro exerce poder sobre o último em função do seu conhecimento profissional especializado e do controle das informações que detém. Essa relação de poder deveria ser pautada por princípios de ética médica, especialmente, aqueles relacionados à autonomia da paciente, beneficência, não maleficência e justiça. O princípio da autonomia assume especial relevância no contexto das relações médico x paciente, na medida em que propicia o equilíbrio entre ambas as partes, “[...] a fin de no incurrir en acciones de corte paternalista en las que el paciente sea instrumentalizado para evitarle un daño en su salud” (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2016b, p. 3). O consentimento livre e informado é uma expressão do princípio da autonomia, e tem a função de evitar ingerências arbitrárias que invadem a esfera da integridade pessoal ou privada das pessoas.

Acerca do consentimento informado, a Corte salientou a necessidade de que ele seja realizado previamente, antes de qualquer ato médico, sendo que não cabe sua convalidação após a finalização do ato. A única exceção a essa regra é a ocorrência de uma situação de urgência/emergência, que exponha a paciente a risco iminente de vida. A laqueadura tubária bilateral, realizada em I.V. para evitar futuras gestações, não se caracteriza como procedimento de urgência/emergência, razão pela qual não se encaixa na exceção à regra (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2016a).

Além disso, a Corte enfatizou a indispensabilidade da liberdade na manifestação do consentimento. Ele deve ser livre, voluntário, autônomo, e não pode ser condição para realização de outros procedimentos ou benefícios. Também não deve haver qualquer tipo de coerção, ameaças ou desinformação, e a paciente não pode ser induzida ou incentivada a decidir de uma forma ou outra. Em se tratando da esterilização, a Corte ressaltou que apenas a mulher deve conceder ou não o consentimento, independentemente da opinião de seu companheiro. A Corte destacou, ainda, que o consentimento não pode ser considerado livre se tiver sido

solicitado a uma mulher que “[...] no se encuentra en condiciones de tomar una decisión plenamente informada, por encontrarse en situaciones de estrés y vulnerabilidad, *inter alia*, como durante o inmediatamente después del parto o de una cesárea” (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 2016b, p. 4-5). Ao tratar especificamente do caso de I.V., a Corte concluiu que a vítima foi submetida a uma esterilização forçada, o que

[...] significó una afectación e intromisión en su cuerpo, la pérdida permanente de su capacidad reproductiva y la vulneración de su autonomía en las decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva. A su vez, la esterilización sin consentimiento generó la anulación de su derecho a tomar libremente las decisiones respecto a su cuerpo y capacidad de reproducción, perdiendo en forma completa el control sobre sus decisiones más personales e íntimas. Asimismo, vulneró valores y aspectos esenciales de la dignidad y vida privada de I.V., al consistir dicha esterilización en una intromisión en su autonomía y libertad reproductiva y una injerencia arbitraria y abusiva en su vida privada, violando su derecho de decisión referente a la cantidad de hijos o hijas que quería tener y al espaciamiento de los mismos y a fundar una familia a través de su derecho a procrear (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 2016b, p. 9).

Além de ter representado a anulação do seu direito de autonomia, a Corte entendeu que da esterilização¹⁹ decorreram diversas situações de discriminação que tinham o intento de impedir o acesso de I.V. à justiça: sua condição de mulher, sua posição socioeconômica, sua condição de refugiada. A Corte referiu, especificamente, os obstáculos geográficos pelos quais I.V. passou para alcançar um tribunal, tendo que percorrer longas distâncias sem qualquer proteção na busca por justiça, e passar por pressões, que incluíram averiguações sobre a qualidade de sua residência na Bolívia (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 2016a).

Diante dessas conclusões, a Corte Interamericana de Derechos Humanos ordenou que o Estado Plurinacional da Bolívia: a) dispor gratuitamente, por meio de suas instituições de saúde especializadas, e de imediato, tratamento médico adequado e eficaz e, especificamente em saúde sexual e reprodutiva, bem como tratamento psicológico e/ou psiquiátrico à I.V.; b) realizar as publicações indicadas; c) realizar um ato público de reconhecimento de responsabilidade internacional pelo caso I.V. x Bolívia; d) construir uma publicação ou cartilha que desenvolva, de maneira sintética, clara e acessível, os direitos da mulher quanto à sua saúde sexual e reprodutiva, na qual devem constar informações sobre o consentimento prévio, livre,

¹⁹ A Corte declarou não ter chegado à conclusão de que a decisão de praticar a lagadura das trompas de Falopio em I.V. tenha sido influenciada pela sua origem nacional, sua condição de refugiada ou posição socioeconômica. No entanto, reconheceu que a prática recai mais fortemente sobre mulheres que pertencem a grupos mais vulneráveis, em função de posição socioeconômica, raça, deficiência, HIV, e que essas circunstâncias incidiram na magnitude dos danos sofridos por I.V. (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 2016a).

integral e informado; e) desenvolver programas de educação e formação permanentes direcionados a estudantes de medicina e profissionais médicos, assim como os demais profissionais que integram o sistema de saúde e previdência social, acerca de temas como consentimento informado, discriminação baseada em gênero e estereótipos, e violência de gênero; f) pagar os valores fixados para indenização por dano material e imaterial, bem como para reembolso de custas e despesas; g) restituir ao Fundo de Assistência Legal a Vítimas da Corte Interamericana de Direitos Humanos o valor gasto durante a tramitação do caso (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2016a).

O Coletivo Margarida Alves (2020, p. 21), ao analisar a sentença proferida pela Corte, salientou que, embora não tenha sido utilizada a expressão *violência obstétrica*, o caso foi julgado “[...] à luz do conceito de violência de gênero como um problema sistêmico e estrutural, que se manifesta também nas instituições de atenção e cuidado à saúde, estabelecendo padrões de direitos humanos a serem observados no cuidado à saúde reprodutiva em toda a região”.

Emitida a sentença que reconheceu a responsabilidade internacional do Estado da Bolívia no caso nº 12.655, a Corte Interamericana de Direitos Humanos deu início ao procedimento de supervisão de cumprimento de sentença. A primeira supervisão do cumprimento de sentença se deu no ano de 2017, sendo que, por meio da *Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 14 de noviembre de 2017*, a Corte determinou que o Estado da Bolívia havia cumprido com o ato de público de reconhecimento de responsabilidade internacional, com a publicação da sentença nas modalidades ordenadas (na integralidade e resumo oficial), assim como com o pagamento da reparação econômica (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2017).

A segunda supervisão aconteceu no ano de 2018, quando, por meio da *Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 21 de noviembre de 2018*, declarou que o Estado da Bolívia deu parcial cumprimento às seguintes medidas de reparação: disposição gratuita, por meio de instituições públicas de saúde especializadas, e tratamento médico adequado e eficaz em saúde sexual e reprodutiva, assim como tratamento psicológico e/ou psiquiátrico; construir uma publicação ou cartilha que desenvolva, de maneira sintética, clara e acessível, os direitos da mulher quanto à sua saúde sexual e reprodutiva, na qual devem constar informações sobre o consentimento prévio, livre, integral e informado (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2018).

A Corte concluiu que essas medidas foram cumpridas apenas parcialmente em função de que o Estado deve continuar fornecendo tratamento médico e psicológico/psiquiátrico à I.V.,

assim como os medicamentos de que necessitar, pelo tempo que for necessário²⁰. Quanto à publicação ou cartilha, o cumprimento da medida foi considerado parcial, sendo que, para seu cumprimento total, a Corte solicitou que o Estado procedesse à publicação e disponibilização da cartilha em lugares de maior acesso ao público (como na página da internet do *Ministerio de Salud y Previsión Social* e na *Defensoría del Pueblo*) (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2018).

A Corte também realizou a supervisão no ano de 2020, sendo que a *Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 1 junio de 2020* manteve aberto o procedimento de supervisão das seguintes medidas: disposição gratuita, por meio de instituições públicas de saúde especializadas, e tratamento médico adequado e eficaz em saúde sexual e reprodutiva, assim como tratamento psicológico e/ou psiquiátrico; construção de uma publicação ou cartilha que desenvolva, de maneira sintética, clara e acessível, os direitos da mulher quanto à sua saúde sexual e reprodutiva, na qual devem constar informações sobre o consentimento prévio, livre, integral e informado; adoção de programas de educação e formação permanente destinado a estudantes de medicina, profissionais médicos e demais profissionais dos sistemas de saúde e previdência social, acerca dos temas de consentimento informado, discriminação baseada em gênero e estereótipos, assim como violência de gênero. A manutenção da supervisão se deu porque o cumprimento das medidas não aconteceu integralmente (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2020).

Apesar de a Bolívia ter sido condenada perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos pela prática de esterilização forçada no caso I.V., inclusive como o reconhecimento de que sua realização se constitui como uma forma de violência contra a mulher, ela ainda continua sendo realizada, muitas vezes como método de contracepção.

Em consulta às estatísticas disponibilizadas pelo Ministério de Saúde da Bolívia, visualiza-se que foi registrada, durante o ano de 2018, a realização de 4.869 casos de AQV Femenino, sendo que o maior número de procedimentos está concentrado na faixa etária entre 20 e 34 anos, e o departamento que realizou mais esterilizações foi Cochabamba. Ao longo de 2019, o número de AQV Femenino foi ainda maior: foram realizadas 4.914 esterilizações, sendo que o departamento que fez mais procedimentos foi Beni. A faixa etária com maior incidência foi, novamente, entre 20 e 34 anos. Em 2020, as estatísticas do Sistema de Saúde

²⁰ “Para proceder a valorar el cumplimiento total de esta reparación, el Estado en su próximo informe deberá presentar información actualizada sobre las medidas que ha adoptado para garantizar la provisión de los medicamentos recetados a favor de la señora I.V.” (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2018, p. 7).

revelaram a realização de 4.471 esterilizações de mulheres, sendo que Cochabamba, novamente, foi o departamento com maior incidência do procedimento. A faixa etária com maior número de casos de AQV Femenino foi de 20 a 34 anos. É importante ressaltar que tanto em 2018, quanto em 2019, foram registrados 5 casos de AQV Femenino em meninas menores de 15 anos (não há nenhum registro para 2020)²¹.

Muitos casos de esterilização forçada, no entanto, entram para as estatísticas nacionais de saúde como se fossem *Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria*, procedimento de esterilização realizado de forma voluntária, a pedido da mulher. Embora não existam dados oficiais acerca dessas esterilizações ilegais, denúncias circulam pela mídia, como a que foi realizada pela jornalista Malkya Tudela, no *Connectas*, uma *Plataforma Periodística para las Américas*. Ao visitar hospitais públicos, Malkya apurou que os registros referentes às esterilizações são inconsistentes ou negligenciados, e que os profissionais médicos não possuem clareza sobre como proceder as esterilizações de menores. A jornalista expõe que a maioria das esterilizações em adolescentes é feita no sistema público de saúde da Bolívia, em centros dependentes do *Ministerio de Salud* e com amparo do programa de planejamento familiar destinado a mulheres em idade fértil (TUDELA, 2017).

Um dos casos relatados por Tudela (2017) foi o de Karmita²², uma adolescente de 13 anos, que chegou ao *Hospital Boliviano Holandés*, na cidade de El Alto, em 15 de janeiro de 2017. Ela foi diagnosticada com uma lesão cística no ovário direito, assim como uma infecção urinária. Três dias depois de ingressar no hospital, a adolescente deu alta com uma laqueadura tubária. Não houve, no entanto, nenhum consentimento informado para realização do procedimento. Nos registros do hospital, as irmãs que acompanhavam Karmita somente assinaram um documento de hospitalização que, além de outras informações, continha a autorização para que a adolescente fosse examinada por estudantes e professores universitários pesquisadores.

Outro caso descrito por Tudela (2017) foi o de Beatriz, uma adolescente de 18 anos de idade, que já havia passado por três cesáreas, estava em estável e se ocupava de atividades domésticas. Nos arquivos do hospital, foi localizado um consentimento informado firmado, em tese, por Beatriz, sem constar, no entanto, seu nome ou a data de assinatura do documento.

²¹ Quanto à faixa etária entre 15 e 19 anos, as estatísticas registram os seguintes números: 100 casos de AQV Femenino em 2018 (conforme https://estadisticas.minsalud.gob.bo/Reportes/Form_301_2018.aspx); 83 casos de AQV Femenino em 2019 (conforme https://estadisticas.minsalud.gob.bo/Reportes/Form_301_2019.aspx); e 101 casos de AQV Femenino em 2020 (conforme https://estadisticas.minsalud.gob.bo/Reportes/Form_301_2020.aspx).

²² A jornalista informou que os nomes das vítimas foram substituídos por nomes fictícios, para respeitar suas identidades (TUDELA, 2017).

Havia, ainda, uma informação escrita pelo médico, segundo a qual a “Paciente solicita salpingoclasia bilateral, refiere que le dijeron que es muy joven pero pese a eso solicita la ligadura junto a su pareja”.

Tudela (2017) também conta o caso de Inés, órfã de mãe e portadora de HIV, ela largou os estudos depois de ter completado o ensino fundamental. Ela viveu com o companheiro em Chapare durante alguns meses, mas, por sofrer violência de gênero, retornou à casa do pai. O consentimento informado foi assinado, por meio de impressão digital, por Inés e seu pai.

Segundo Tudela (2017), a maioria dos consentimentos informados são, assim como os de Beatriz e Inés, traz a impressão digital como assinatura da paciente e seu companheiro, pai ou mãe. Vários deles sequer possuem nome e outros dados que identifiquem a paciente que se submeteu à esterilização, ou data em que foi realizado o procedimento. Além disso, os consentimentos informados assinados pelos adolescentes são de difícil leitura, pois foram fotocopiados com tinta fraca.

Cabe destacar que, apesar de ter se buscado localizar, por meio de pesquisa de jurisprudências, casos de esterilizações forçadas que alcançaram o sistema de Justiça da Bolívia, não se obteve sucesso. É possível que essa dificuldade tenha sido encontrada justamente em razão de muitas esterilizações forçadas, como a de I.V., de Karmiña, de Beatriz, de Inés, serem perpetradas justamente por meio de dispositivos do próprio Estado.

O que se verifica, portanto, é que, apesar de o final do século XX ter sido marcado pela inserção da pauta dos direitos sexuais e reprodutivos nas disposições normativas internacionais e na legislação interna na Bolívia, isso serviu, muitas vezes, como respaldo jurídico para o controle biopolítico do corpo de mulheres e gestão da vida, especialmente, dos grupos mais vulneráveis.

Esse controle seletivo de quem pode e quem não pode ter ou continuar tendo filhos fica evidente nos casos de I.V. e nos casos de Karmiña, Beatriz e Inés, descritos acima, em que o procedimento de esterilização cirúrgica foi utilizado como meio de anticoncepção. Essas mulheres, assim como outras que passam por esterilizações forçadas ou que são induzidas a realizar esterilizações que, estatisticamente, são enquadradas como voluntárias, tem sua vida digna reduzida unicamente aos seus corpos biológicos, reforçando os controles biopolíticos presentes nos Estados e na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve como escopo principal analisar, a partir da perspectiva da biopolítica, aspectos do controle reprodutivo executado na Bolívia, especialmente, por meio de planejamentos familiares e esterilizações, e a forma como essas práticas podem afetar a dignidade humana, os direitos humanos e fundamentais e a proteção dos direitos reprodutivos e sexuais de meninas e mulheres do país.

Para tanto, foi realizada, no primeiro tópico, uma contextualização histórica de fenômenos de planejamento familiar e métodos contraceptivos na América Latina, a partir da perspectiva da biopolítica. Esses fenômenos podem ser interpretados como maneiras de atuação do Estado que suprimem a liberdade de escolha de algumas mulheres, especialmente, aquelas que pertencem a grupos vulneráveis.

No segundo tópico, buscou-se identificar o marco legal e as políticas públicas que regularam o fenômeno do controle reprodutivo realizado na Bolívia desde o século XX, especialmente, a partir da sua segunda metade. Esse período foi marcado pela inserção da pauta dos direitos sexuais e reprodutivos na normativa internacional e na legislação interna boliviana. Embora isso represente, num primeiro momento, um avanço, o que se percebeu foi a ênfase em planejamento familiar e métodos contraceptivos, utilizados, muitas vezes, para frear o crescimento populacional de um dado grupo de pessoas (como de descendentes de povos originários no caso da Bolívia).

O terceiro e último tópico teve o objetivo de analisar o caso *I.V. versus Bolívia*, que tramitou junto à Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), bem como a repercussão da sentença proferida dentro do país. Apesar da repercussão negativa da condenação da Bolívia, e em que pese a CIDH tenha reconhecido o cumprimento de grande parte das determinações da decisão, ainda são noticiados casos de esterilizações cirúrgicas forçadas ou induzidas, apesar das estatísticas governamentais não revelarem esse dado.

O que se verifica, portanto, é que a atribuição de valor à vida de cada mulher, ou a um grupo de mulheres, é influenciada, diretamente, pelo direito que, por meio de regulamentações ou de políticas públicas, legítima ou dá margem às suspensões de direitos e à redução da vida ao corpo biológico e ao dispositivo da reprodutividade, estruturando a cesura e a exclusão de corpos indesejados. Os aspectos biopolíticos que permeiam o Estado e a sociedade promovem a redução da vida digna das mulheres unicamente aos seus corpos biológicos, como se vislumbra no caso de *I.V.* e de outras inúmeras mulheres distantes dos holofotes.

Percebe-se, a partir do cenário analisado, uma verdadeira instrumentalização da capacidade reprodutiva do corpo das mulheres, realizada a partir da atuação positiva do Estado, ao estabelecer uma série de direitos e regras que atendem à demandas de uma sociedade

capitalista, elitista e patriarcal, que permanentemente estrutura a cesura e a exclusão de vidas consideradas indesejáveis, fazendo, com isso, que a dignidade das mulheres em geral, mas especialmente das mulheres negras, pobres, em situação de rua ou vulnerabilizadas seja negada. Nestes termos, considera-se relevante desvelar a imbricação entre biopolítica e patriarcado, e a centralidade do exercício do controle do corpo reprodutivo feminino para os cálculos do poder, operada, no mais das vezes, a partir do próprio Estado e de suas normas. Libertar estes corpos através da plena efetivação da justiça sexual e reprodutiva é um caminho imprescindível ao enfrentamento de todas as formas de poder.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Tradução Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

ALVES, José Eustáquio Diniz. O Choque de Civilizações *versus* Progressos Civilizatórios. In: CAETANO, André Junqueira; ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia. **Dez anos do CAIRO: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2004. p. 19-39.

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.

BALLÓN GUTIÉRREZ, Alejandra. El caso peruano de esterilización forzada: Notas para una cartografía de la resistencia. **Aletheia**, Argentina, v. 5, n. 9, p. 1-21, 2014. Disponível em: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.6418/pr.6418.pdf. Acesso em: 15 jul. 2021.

BIROLI, Flávia. Aborto, justiça e autonomia. In: BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe (Orgs.). **Aborto e Democracia**. São Paulo: Alameda, 2016.

BITTENCOURT, Naiara Andreoli. A biopolítica sobre a vida das mulheres e o controle jurídico brasileiro. **Revista Gênero & Direito**, Paraíba, n. 03, p. 225-245, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/25963>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BOLIVIA. Ministerio de Salud y Deportes. **Norma nacional, regras, protocolos y procedimientos en anticoncepción**. La Paz, 2010. Disponível em: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/NORMA%20NACIONAL%20REGLAS%20PROTOS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20EN%20ANTICON.pdf. Acesso em: 17 jul. 2021.

CAMARGO, Cândido Procópio F. de. Política populacional no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3, Vitória, ES, 1982. **Anais[...]** São Paulo: ABEP, 1982, p. 85-100.

COLETIVO MARGARIDA ALVES. **Violência obstétrica no abortamento: o que é?: como nos defender?: quais os nossos direitos?**. [Belo Horizonte: CURIMIM], 2020.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso I.V. vs. Bolivia: Sentencia de 30 de noviembre de 2016.** San José, Costa Rica: Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016a. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Resumen Oficial emitido por la Corte Interamericana de la Sentencia de 30 de noviembre de 2016.** San José, Costa Rica: Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016b. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/corteidh/docs/casos/articulos/resumen_329_esp.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 14 de noviembre de 2017.** San José, Costa Rica: Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2017. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/I.V_14_11_17.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 21 de noviembre de 2018.** San José, Costa Rica: Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/velizfranco_21_11_18.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 1 junio de 2020.** San José, Costa Rica: Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2020. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/IV_bolivia_01_06_20.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

ESTÉVEZ, Ariadna. Biopolítica y necropolítica: ¿constitutivos u opuestos?. **Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad**, Guadalajara, v. xxv, n. 73, p. 9-43, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v25n73/1665-0565-espiral-25-73-9.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A vontade de saber.** Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque; J. A. Guilhon Albuquerque. 13 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade:** Curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica.** Eduardo Brandão. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GOMES, Ana Suelen Tossige. Exceção e estado de exceção no pensamento de Giorgio Agamben. **Profanações**, v. 5, n. 2, p. 48-61, 2018. Disponível em: <https://www.periodicos.unc.br/index.php/prof/article/view/1906>. Acesso em: 7 jan. 2023.

JARAMILLO, Edgar Tamayo; CARPIO, Fernando Ordóñez; RODAS, Tiberio Torres. **Yawar Mallku, una visión desde lo constitucional**. 2013. Disponível em: <http://dspace.ucuenca.edu.ec>. Acesso em: 12 jul. 2021.

JUAN, Maria Cecilia; PELLEGRINO, Cynthia Mariel. **Voces silenciadas: Oyendo al subalterno en Yawar Mallku**. In: XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009. Disponível em: <https://cdsa.academica.org/000-062/408>. Acesso em: 12 jul. 2021.

NIELSSON, Joice Graciele. 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. **Revista da Faculdade Mineira de Direito – PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 23, n. 45, p. 318-345, 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/Direito/article/view/21990>. Acesso em: 12 jul. 2021.

NIELSSON, Joice Graciele. Corpo Reprodutivo e Biopolítica: a hystera homo sacer. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 02, p. 880-910, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/40921/30709>. Acesso em: 12 jul. 2021.

PATRIOTA, Tânia Cooper. Cairo+10: os desafios no Brasil e na América Latina. In: CAETANO, André Junqueira; ALVES, José Eustáquio Diniz; CORRÊA, Sônia. **Dez anos do CAIRO: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2004. p. 59-64.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/CBwFBCqgdprcPL8x53x8bNz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

SAMPAIO, Paula Faustino. Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: COLLING, Ana Maria; tedeschi, Losandro Antonio (Org.). **Dicionário Crítico de Gênero**. Dourados: UFGD, 2015. p. 166-171.

SEGATO, Rita Laura. Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. **Revista Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, p. 341-371, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/XSfjZV5K7f9HkTy5SLTp7jw/?lang=es&format=pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SILVA, André Luiz da. Eugenia. In: COLLING, Ana Maria; TEDESCHI, Losandro Antonio (Orgs.). **Dicionário Crítico de Gênero**. Dourados: UFGD, 2015. p. 229-232.

SOOHOO, Cynthia; PHILLIPS, Suzannah. **Escrito de Amici Curiae en el caso de I.V. Caso Nº 12.655 contra el Estado de Bolivia**. Costa Rica: Corte Interamericana de Derechos Humano, 2016. Disponível em: <https://womenenabled.org/pdfs/IV%20v%20Bolivia%20Escrito%20de%20Amici%20-%20HRGJ%20WEI.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021.

TUDELA, Malkya. Esterilizaciones ilegales en adolescentes. **Connectas**, Bolivia, 2017. Disponível em: <https://www.connectas.org/una-prueba-al-sistema-de-salud-de-bolivia/>. Acesso em: 01 ago. 2021.

UNFPA. **50 años por el derecho a decidir**: derechos sexuales y derechos reproductivos. La Paz, Bolivia: UNFPA, 2019.

WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi; FORNASIER, Mateus de Oliveira. Da arquitetura da inclusão (sociedade disciplinar) à engenharia da exclusão (biopolítica): uma análise a partir da Arqueologia/Genealogia do Poder em Michel Foucault. **Revista Brasileira de Filosofia do Direito**, v. 1, n. 1, p. 202-227, 2015. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/filosofiadireito/article/view/951>. Acesso em: 05 jun. 2021.

WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi; NIELSSON, Joice Graciele. O Campo como Espaço da Exceção: Uma Análise da Produção da Vida Nua Feminina nos Lares Brasileiros à Luz da Biopolítica. **Prim Facie**, [S. l.], v. 15, n. 30, p. 01-34, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/primafacie/article/view/33084>. Acesso em: 13 jul. 2021.

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

Submissão: 03/11/2021. Aprovação: 11/01/2023.