

INSTITUTO VALE DO CRICARÉ  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
CURSO DE DIREITO

THAYNARA CRENCE FERNANDES

**DIREITO, RESTRIÇÕES E VIOLAÇÕES DA LAQUEADURA NO BRASIL**

SÃO MATEUS

2020

THAYNARA CRENCE FERNANDES

**DIREITO, RESTRIÇÕES E VIOLAÇÕES DA LAQUEADURA NO BRASIL**

Monografia apresentado ao Curso de Direito, da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador Prof. Lorena Novais Farage.

SÃO MATEUS

2020

THAYNARA CRENCE FERNANDES

**DIREITO, RESTRIÇÕES E VIOLAÇÕES DA LAQUEADURA NO BRASIL**

Monografia apresentado ao Curso de Direito, da Faculdade Vale do Cricaré, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Direito.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**PROF.º LORENA NOVAIS FARAGE  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ  
ORIENTADOR**

---

**PROF.  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

---

**PROF.  
FACULDADE VALE DO CRICARÉ**

SÃO MATEUS

2020

Dedico este trabalho a Deus, que me ajudou a chegar até aqui, e aos meus pais, Eduardo Fernandes e Zilma Crence da roza, que acreditaram na minha conquista.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus por me sustentar nessa caminhada.

À minha mãe, Zilma Crence da Roza, que me apoiou todo esse tempo, esteve comigo em todos os momentos de desespero e soube me acalmar.

Ao meu pai, Eduardo Fernandes, que com toda a sua dedicação a dar provimento à nossa família, nunca deixou nada nos faltar e sempre transborda amor e carinho para com seus filhos.

Ao meu irmão, Andrey Crence Fernandes, que mesmo sendo uma criança, é meu ponto de consolo para todos os momentos, pois independente do que acontecer ele sempre está comigo.

Também não posso deixar de agradecer aos meus avós, André Crence da Roza e Orlandina Luiza Fernandes, que mesmo morando em outra cidade, me fazem sentir a neta mais amada que possa existir.

Não posso deixar de agradecer à sete pessoas que não sabem da minha existência, mas que com a mensagem que eles transmitem através de suas músicas, me salvaram em vários momentos que não posso contar.

“Algumas luzes são ambiciosas  
Algumas luzes são rebeldes  
Todo mundo emite luz  
Cada uma delas é preciosa.”

Mikrokosmos – BTS

## RESUMO

O objetivo do presente trabalho é analisar se as limitações à realização do procedimento de esterilização voluntária estabelecidas na Lei de Planejamento Familiar estão em conformidade com o direito ao livre planejamento familiar, previsto na Constituição de 1988. As restrições examinadas são a necessidade do consentimento do cônjuge e a idade mínima de 25 anos ou ter dois filhos para a realização do procedimento. O tema é pertinente pois se baseia em considerar as desigualdades nas relações de gênero no âmbito familiar, à frente da importância da independência e liberdade da mulher na sociedade e pela aprovação dos seus direitos fundamentais como indivíduo livre, capaz e singular, mesmo ela sendo parte de uma relação conjugal. Para que o objetivo do estudo fosse atingido, foi desenvolvida uma pesquisa teórica e qualitativa com a revisão de material bibliográfico de livros, artigos científicos, dissertações e legislação pertinente sobre o tema. Primeiramente, estudam-se os fatores históricos que resultaram na previsão constitucional do direito ao planejamento familiar no Brasil e a laqueadura como um método para evitar uma gravidez indesejada. Em seguida, examina-se a Lei nº 9.263/96 e as restrições obrigatórias à realização da cirurgia, assim como direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Por último, analisam-se as Ações Diretas de Inconstitucionalidade nº 5.097 e nº 5.911, que tramitam no Supremo Tribunal Federal e que contesta a condição imposta pela Lei de Planejamento Familiar. Ao final da pesquisa, conclui-se que as restrições que condicionam a escolha pela laqueadura são inadequadas e prejudicam as mulheres, pois não há relações simétricas entre os gêneros. O Estado deve abster-se de intervir na decisão de realização do procedimento de esterilização voluntária e agir no discernimento de promover serviços de saúde que fomentam o acesso à educação sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Esterilização voluntária. Direitos reprodutivos. Planejamento Familiar. Autonomia.

## **ABSTRACT**

The purpose of this paper is to analyze whether the limitations to the voluntary sterilization procedure established in the Family Planning Law are in accordance with the right to free family planning, provided for in the 1988 Constitution. The restrictions examined are the need for spouse consent and the minimum age of 25 or having two children to perform the procedure. The theme is pertinent because it is based on considering inequalities in gender relations within the family, ahead of the importance of women's independence and freedom in society and the approval of their fundamental rights as a free, capable and singular individual, even though she is a part of a marital relationship. In order to achieve the objective of the study, a theoretical and qualitative research was developed with the review of bibliographic material from books, scientific articles, dissertations and pertinent legislation on the subject. First, the historical factors that resulted in the constitutional provision of the right to family planning in Brazil are studied and sterilization as a method to prevent unwanted pregnancies. Then, Law No. 9,263 / 96 and the mandatory restrictions on surgery, as well as women's sexual and reproductive rights, are examined. Finally, Direct Unconstitutionality Actions No. 5,097 and No. 5,911, which are being processed at the Federal Supreme Court and which challenge the condition imposed by the Family Planning Law, are analyzed. At the end of the research, it is concluded that the restrictions that condition the choice for sterilization are inadequate and harm women, as there are no symmetrical relationships between genders. The State must refrain from intervening in the decision to carry out the voluntary sterilization procedure and act in the discernment of promoting health services that promote access to sexual and reproductive education.

Keywords: Voluntary sterilization. Reproductive rights. Family planning. Autonomy.



**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANADEP	Associação Nacional de Defensores Públicos
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
CADir/UNB	Centro Acadêmico de Direito da Universidade de Brasília
CEDAW	Convenção contra Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNDM	Conselho Nacional de Direitos da Mulher
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
GPEPD	Grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento
IBCCRIM	Instituto Brasileiro de Ciências Criminais
IBDFAM	Instituto Brasileiro de Direito de Família
NUDEM	Núcleo Especializado de Promoção e Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PLP's	Promotoras Legais Populares
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PSB	Partido Socialista Brasileiro
SUS	Sistema Único de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
USAID	United States Agency for International Development

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 DIREITOS REPRODUTIVOS E PLANEJAMENTO FAMILIAR .....</b>	<b>13</b>
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO . <b>Erro! Indicador não definido.</b>	<b>3</b>
2.2 CONTEXTO HISTÓRICO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS NO ÂMBITO DOS PAÍSES MEMBROS DAS NAÇÕES UNIDAS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3 CONTEXTO HISTÓRICO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS NO ÂMBITO NACIONAL .....	<b>24</b>
<b>3 DIREITOS HUMANOS E A PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO .....</b>	<b>31</b>
3.1 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO CONTEXTO DOS DIREITOS HUMANOS .....	<b>31</b>
3.2 LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.3 A UTILIZAÇÃO DA ESTERILIZAÇÃO COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO E AS IMPLICAÇÕES GERADAS PELO PROCEDIMENTO .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>4 DIREITOS REPRODUTIVOS NO ÂMBITO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA: QUESTIONAMENTO DA LIMITAÇÃO LEGAL NA ADI Nº 5097, NA ADI Nº 5911 E DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS VIOLADOS</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.1 AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE Nº 5097 E AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE Nº 5911 .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.2 PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
4.3 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA PRIVADA.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
<b>REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Após a inserção dos direitos reprodutivos como direito fundamental reconhecido pela Constituição e pela Organização das Nações Unidas (ONU), ele vem sendo propósito de estudo nessas duas últimas décadas, acompanhando as transformações socioculturais produzidas a partir do longo processo de lutas voltadas ao melhoramento da autonomia da mulher.

Esse estudo tem por objetivo pesquisar sobre as consequências que as condições para a escolha da realização da laqueadura estabelecidas pela Lei de nº 9.263/96, geram para as mulheres ao contrastar com os seus direitos fundamentais, levando em consideração as desigualdades nas relações de gênero, e sua autonomia reprodutiva sendo submetida à vontade de seu cônjuge.

Para que o estudo seja realizado, pretende-se examinar como é colocado em prática o planejamento familiar no Brasil e verificar o perfil das mulheres que optam pelo serviço de saúde pública para a realização da cirurgia, examinando as consequências sociais causadas pelas barreiras da Lei de Planejamento Familiar.

Verificaremos os obstáculos que o serviço de saúde pública enfrenta para disponibilizar uma série de métodos contraceptivos, que entre eles está a laqueadura, fazendo com que a mulher hesite em levar adiante uma gravidez indesejada ou de submeter-se a um aborto, que é ilegal e pode gerar um conjunto de sequelas.

Também citaremos as relações de gênero no âmbito familiar e o Direito de Família Contemporâneo, que ampara os mais variados modelos familiares e os respectivos espaços que as mulheres ocupam na sociedade, buscando que seus direitos tenham igualdade nas relações e garantir sua liberdade de escolha.

Nesse contexto, busca-se investigar se os dispositivos da Lei nº 9.263/96 são constitucionais frente ao direito de livre planejamento familiar e aos princípios da autonomia privada e da dignidade da pessoa humana, com foco no procedimento da laqueadura.

No segundo capítulo, averigua-se o contexto histórico de direitos reprodutivos e de planejamento familiar, o desdobramento desses conceitos em relação as conferências realizadas pelos países membros da Organização das Nações Unidas

(ONU), e sua difusão no contexto histórico brasileiro, com o objetivo de intentar sobre quais motivos ocasionaram a previsão constitucional do planejamento familiar no ordenamento jurídico.

No terceiro capítulo, analisa-se sobre os direitos sexuais e reprodutivos no contexto dos direitos humanos, como das condições gerais para a promoção, proteção e recuperação da saúde, também se examina a utilização da esterilização como método contraceptivo e as implicações geradas pelo procedimento.

Por fim, no quarto capítulo, analisam-se os argumentos debatidos nas duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade que tramitam no Supremo Tribunal Federal, ajuizadas pela Associação Nacional de Defensores Públicos (ANADep) e pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), as ADIs nº 5.097, protocolada em 2014, e nº 5.911, que iniciou em 2018. Ambas indagam os dispositivos da Lei de Planejamento Familiar, que afirma que o condicionamento da laqueadura da mulher casada ao consentimento do cônjuge seria uma interferência indevida do Estado sobre a autonomia de escolha ao planejamento familiar. A primeira, o § 5º, e a segunda, além deste parágrafo, também o art. 10, I.

Portanto, diante da controvérsia que a temática apresenta, inicia-se uma construção por meio do estudo de artigos, doutrinas, dissertações e legislação pertinentes ao tema, desenvolvendo uma pesquisa teórica e qualitativa com a revisão de material bibliográfico.

## 2 DIREITOS REPRODUTIVOS E PLANEJAMENTO FAMILIAR

Inicialmente, é necessário examinar o percurso do planejamento familiar no direito brasileiro, os quais incluem seu conceito, que é previsto no art. 226, § 7º, da Constituição Federal de 1998, e como as transformações sociais os moldaram.

Também investigaremos, o que são direitos reprodutivos e sexuais, e os métodos contraceptivos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Por fim, será verificadas as implicações geradas pelas condições estabelecidas na Lei nº 9.263/96 que regula a matéria constitucional que institui o planejamento familiar como direito fundamental.

### 2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

O tema dos direitos reprodutivos e sexuais não acompanham as mudanças sociais no que tange à cultura, as relações de gênero, e à liberdade de exercer a sexualidade no Brasil.

A proteção legal dos direitos reprodutivos no Brasil é fruto de um longo processo de luta em que contracenam com vários atores sociais, que gerou a tutela da liberdade de escolha de não ter ou ter filhos, a sua quantidade e em que momento da vida tê-los ou abortá-los. Esse direito foi trazido pela Constituição Federal de 1998, que assegura o acesso aos recursos para fixá-los (MOREIRA; ARAÚJO, 2004, p. 391).

Até poucas décadas atrás, a mulher estava vinculada somente ao ambiente doméstico, de forma que a fazia ser responsável pelo bem-estar da família, pela criação e pela educação dos filhos. Juridicamente, as mulheres eram apreciadas como propriedades dos pais ou dos maridos, aos quais também estavam subordinadas.

Os anos 60 foi marcante, pois a mulher deixou de ter só uma imagem doméstica, mãe e dona de casa, e passou a ter uma maior inserção no mercado de trabalho, buscando maior participação na sociedade em termos de cidadania, teve a

expansão da consciência feminista e chegada maciça dos métodos anticoncepcionais, como a pílula e o DIU. Isso coincide com uma cena política de contestação cultural, o que facilitou a aceitação pelas mulheres, principalmente da pílula, sendo os contraceptivos divulgados como instrumentos eficazes e imprescindíveis para a liberação feminina, permitindo dissociar a sexualidade da reprodução (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000, p. 40-41). Com o passar do tempo, essa busca pelo controle de fecundidade, trouxe um novo discurso sobre o planejamento familiar estar vinculado a saúde feminina.

No início do século XX, as políticas nacionais de saúde traduziam uma visão reduzida sobre a mulher, baseada na sua imagem e papel social de doméstica e mãe, que é responsável pela educação e pelo zelo com a saúde dos filhos e demais familiares, priorizando atender as gestantes nos requerimentos relativos à gravidez e parto, e também as crianças. Nessa época, o atendimento em saúde da mulher contribuía sobre o papel feminino na sociedade em que ela estava fadada a maternidade (FREITAS *et al*, 2009, p. 425-426).

Na segunda metade do século XX, o processo de industrialização abriu espaço para expandir a participação das mulheres no mercado de trabalho, concomitantemente o início do uso da pílula anticoncepcional e de novas tecnologias hormonais de controle de fertilidade, ofereceram às mulheres probabilidades de exercerem livremente a sexualidade (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009, p. 25).

O processo de separação no conceito de reprodução e de sexualidade, foi muito importante por causa do crescimento farmacológico e a produção de anticoncepcionais. Pois o movimento feminista do século XX, questionou os valores da cultura brasileira de submissão da mulher, colocando de lado a ideia de reprodução como obrigação necessária à figura feminina, passando a ser pensada como evento passível de decisão pessoal e controle (MOREIRA; ARAÚJO, 2004, p. 392). A saúde pública da mulher foi modificada socialmente com a movimentação feminista no Brasil, passando de um tratamento reducionista dado às mulheres, a uma condição de direito que pleiteava ações de questões de gestação e do parto, e também da saúde da mulher de uma forma como um todo.

O movimento feminista teve suas políticas públicas concretizadas com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, que além de tratar sobre concepção e contracepção, também abordou sobre a saúde feminina de forma completa.

O PAISM contribuiu para o avanço dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, visto que diversas outras ações de saúde pública e políticas sociais foram influenciadas pelo programa.

Com o programa, pela primeira vez, o Estado brasileiro incluiu um controle de reprodução, ou seja, o planejamento familiar. Por causa da movimentação feminista do século XX, as mulheres estavam presentes na composição da proposta implementada, que contribuía de fato nas condições de oferecer à população feminina um atendimento integral de assistência à saúde da adolescência à terceira idade. A cortesia que a figura feminina estava recebendo passou a ser educativo, com fornecimento de meios e informações para que os brasileiros, por completo, pudessem idealizar suas famílias, além de ter a atenção clínico e ginecológica.

Ao decretar a educação para promover a saúde por meio de informações e de estimular a conscientização sobre sexualidade segura e métodos de controle de reprodução, proporcionam-se as condições para produzir as escolhas que mais se acercam das necessidades de cada indivíduo. Dessa forma Osis *et al* aponta que:

O processo de escolha informada na regulação da fecundidade baseia-se nos princípios de proporcionar bem-estar às pessoas, quanto à sua autonomia, expectativas, necessidades e poder de decisão, enfocando especialmente os direitos sexuais e reprodutivos, na qualidade de direitos humanos individuais. Embasados em premissas como essas, muito se tem reivindicado que os programas voltados à regulação da fecundidade, ao planejamento familiar, incluam sempre um componente educativo, muitas vezes chamado de ação educativa, visando a dar subsídios às pessoas para escolherem de forma livre e informada qual contraceptivo usar (2004, p. 1586).

Osis *et al* (2004, p. 1586) infere que é essencial dispor de informação científica acerca dos métodos contraceptivos disponíveis, incluindo estudar as contraindicações e sua conformidade a cada indivíduo para que a escolha possa ser livre.

Sendo assim, entende-se que é preciso experimentar o maior número de informações e especificidades, resultados, efeitos colaterais e jurídicos, das opções disponíveis entre os meios contraceptivos para que a liberdade de escolha seja verdadeiramente exercida.

Mesmo com todo o avanço do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em efetuar e fornecer um planejamento reprodutivo autônomo e harmônico, as ações do Estado até então se mostraram insuficientes, no entendimento de Elisabeth Meloni Vieira:

O relatório técnico de uma missão do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) ao Brasil, em 1994, revelou vários problemas relativos ao planejamento familiar no país: a imensa lacuna entre a demanda por contraceptivos e o acesso a eles, a falta de insumos nos serviços públicos de saúde, a ausência de gerenciamento logístico, a falta de capacidade técnica das equipes. Uma análise detalhada sobre as características dos serviços prestados na área de saúde reprodutiva apontava para várias deficiências: predominância de apenas dois métodos anticoncepcionais, leque de escolhas reduzido, os métodos oferecidos demonstram medicalização excessiva, predominância do setor privado (compra de pílulas e ofertas de cirurgias), acesso tardio (quase 50% das mulheres começavam a fazer contracepção depois do primeiro filho), uso inadequado de contraceptivos, alta proporção de gravidez indesejada, falta de informação e desigualdade no acesso. Acrescenta-se a isso uma questão de gênero importante, pois são as mulheres que mais contribuem com a contracepção, já que a participação masculina, embora crescente, ainda não atinge os níveis de outros países, onde parece haver maior equilíbrio de gênero, principalmente no que se refere à esterilização (2007, p. 226).

O compromisso político e a morosidade, dificultou e até mesmo chegou a prejudicar a implementação do PAISM em todo o Estado brasileiro, pois essa é a ineficácia como parte do caos generalizado do sistema público de saúde que não consegue atender a população no geral.

A importância do PAISM na abordagem à saúde reprodutiva no Brasil foi ressaltada por Osis, referindo que:

Apesar dessa situação, as concepções em que o programa se sustenta sobreviveram ao tempo e à negligência do poder público em seu processo de implantação, e continuam a ser defendidas pelas pessoas genuinamente preocupadas com a saúde das mulheres. Mais do que nunca, a proposta do PAISM é atual, amplamente respaldada nas posições defendidas no Cairo e em Beijing por aqueles que se acham comprometidos com a defesa dos direitos reprodutivos. Justamente por sua força conceitual, o PAISM não deve ser abandonado. Ao contrário, devem-se redobrar os esforços no sentido de pressionar o governo a efetivar a sua implementação em todo o país (2004, p. 31).

No contexto social de atendimento à saúde feminina no Estado brasileiro, o PAISM foi muito importante, pois seu conteúdo foi incorporado no Sistema Único de Saúde (SUS) e a noção de saúde feminina foi ampliado de forma geral.

O planejamento familiar foi celebrado como direito fundamental na Constituição Federal de 1998 que o explicita como “um conjunto de ações de regulação da fertilidade, que objetiva garantir direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. O texto constitucional alude:

Artigo 226, §7º: Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o



exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

O reconhecimento dos direitos reprodutivos como direitos fundamentais é essencial para identificar necessidades sociais específicas, considerando diferenças de gênero, geração, classe e cultura, e com isso gerar políticas públicas voltadas a diminuir as desigualdades e permitir a efetuação dos direitos que envolvem o exercício das funções sexuais e reprodutivas.

A lei sendo um instrumento de mudança social, dela nasce a obrigação do Estado brasileiro para com os detentores de direitos encorajando políticas públicas que se concretizem. Os direitos reprodutivos questionam a maternidade como projeto de vida obrigatório para as mulheres, além quantos filhos terem e em que momento da vida gerá-los.

Gomes Canotilho (1999, p. 1378) infere que direitos fundamentais são “essencialmente direitos ao homem individual, livre e, por certo, direito que ele tem frente ao Estado [...] essencialmente direito de autonomia e direitos de defesa”. Eles são caracterizados como individuais, pois são pertinentes à pessoa, formados a partir do princípio da dignidade da pessoa humana, incumbindo ao Estado o dever de proteger o cidadão.

A Lei 9.263/96 que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal por meio de um conjunto de ações preventivas, orientando-se pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regimentação da fecundidade. No art. 5º, diz que é dever do Estado, através do SUS, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos para assegurar o livre exercício do planejamento familiar.

No art. 2º da Lei 9.263/96 descreve planejamento familiar como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou casal”. O legislador definiu que as questões reprodutivas são exclusivamente do indivíduo que realizará sua escolha aos seus critérios ou do casal. A lei regulamenta o acesso à esterilização voluntária, porém, ela também restringe, impondo condições para sua realização, o art. 10 diz que:

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

I -em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

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

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

A obrigatoriedade do consentimento expresso de ambos os cônjuges exigida no § 5º, deve ser ponderada e, Renata Jardim alude que:

Tal obrigatoriedade é baseada nos princípios do matrimônio, que responsabiliza ambos os cônjuges na decisão acerca do planejamento familiar (art. 226, §7º da CF e art. 1565, §2º do CC), uma vez que assumem mutuamente, pelo casamento, a condição de consortes, companheiros, responsáveis pelos encargos da família (art. 1565, caput do CC) e devem exercer conjuntamente a direção da sociedade conjugal (art. 1567 do CC) (2005, p. 2).

A origem da abordagem dos direitos reprodutivos, antes de tudo, adveio de ampla discussão internacional nos países ocidentais, o que influenciou a previsão no ordenamento jurídico brasileiro, que será verificado no tópico seguinte.

## 2.2 CONTEXTO HISTÓRICO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS NO ÂMBITO DOS PAÍSES MEMBROS DAS NAÇÕES UNIDAS

Segundo Brauner (2003, p. 2), a consciência de gênero iniciou-se na França e Inglaterra, entre mulheres europeias, no momento de revoluções burguesas,

especialmente na Revolução Francesa de 1789, onde se encontra as primeiras manifestações pelos direitos das mulheres. Salienta que os ideais de liberdade, igualdade e solidariedade criaram uma frustração sobre a inclusão feminina. A exigência pelos direitos da mulher se define enquanto reação e proporcionou fundamentos para a formulação do movimento feminista, sendo uma construção recente, considerando a opressão e discriminação feminina, que marcam vários séculos da história da humanidade.

Sobre a primeira onda do feminismo, Céli Pinto infere que:

[...] a chamada primeira onda do feminismo aconteceu a partir das últimas décadas do século XIX, quando as mulheres, primeiro na Inglaterra, organizaram-se para lutar por seus direitos, sendo que o primeiro deles que se popularizou foi o direito ao voto. As sufragetes, como ficaram conhecidas, promoveram grandes manifestações em Londres, foram presas várias vezes, fizeram greves de fome. Em 1913, na famosa corrida de cavalo em Derby, a feminista Emily Davison atirou-se à frente do cavalo do Rei, morrendo. O direito ao voto foi conquistado no Reino Unido em 1918.

Após a Segunda Guerra Mundial, no ano de 1948, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) adotou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), e com isso criou o direito internacional dos direitos humanos e o sistema global para sua proteção no âmbito das Nações Unidas. Conforme Laura Mattar (2008, p. 62), todos os seres humanos são destinatários desse sistema, em sua abstração e generalidade, tendo a construção e reconhecimento desses direitos expandidos para áreas de importância vital para a preservação da dignidade humana.

Laura Mattar (2008, p. 63) alude que, no processo chamado de especificação dos sujeitos de direitos, foram levadas em consideração as especificidades de indivíduos e grupos, havendo um distanciamento da figura abstrata do homem para atender as diferenças existentes entre gerações, raças e sexos. Nesta ocasião, surgiu os direitos humanos das mulheres e sucessivamente, os direitos reprodutivos, garantidos na última década do século XX.

Miriam Ventura (2009, p. 86) infere que, durante várias décadas do século XX, o planejamento familiar e o controle de natalidade não eram debatidos como um tema de saúde e cidadania, mas eram debatidos como demografia, crescimento econômico e desenvolvimento das nações. O que prevalecia era a ideia de que a autonomia reprodutiva levaria a aumento crescente da população, e posteriormente, da precariedade das condições de vida e problemas de desenvolvimento, esclarecendo políticas estatais com restrições de direitos e de liberdades individuais.

Carmen Miró (1987, p. 88) alude que na América Latina, a taxa de crescimento populacional até o ano de 1940 havia se mantido abaixo de 2% anualmente, só que no ano de 1960 a 1965 registrou uma aceleração passando a quase 2,9% anual. Em 1940 havia um pouco mais de 124 milhões de habitantes, em 1965 a população praticamente duplicou, totalizando mais de 241 milhões de habitantes.

Os jovens com tendência a concentrar-se nas cidades, unidos às suas aspirações sociais, começaram a colocar desafios que os governos latino-americanos se viram incapazes de enfrentar de maneira satisfatória. Então, difunde-se nessa região, a adoção do controle de natalidade como solução do problema colocado pelo crescimento populacional, visto que erroneamente assimilava-se o conceito de política de população com o de controle de natalidade, renovando-se no interior dos países latino-americanos a controvérsia que a publicação do “Ensaio sobre a população” de Malthus havia despertado um século e meio antes (MIRÓ, 1987, p. 88).

Segundo Denise de Almeida Andrade (2017, p. 38), na esfera internacional, ocorreu diversas conferências para tratar do controle de natalidade, tendo como primeiras a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de Roma (1954) e a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de Belgrado (1965).

Na época dessas conferências, acontecia um grande crescimento demográfico e a teoria populacional neomalthusiana estava em tendência. Essa teoria apareceu no período pós Segunda Guerra Mundial e foi caracterizada por propor o controle de natalidade em territórios subdesenvolvidas como um dos requisitos fundamentais do desenvolvimento econômico.

Alves e Corrêa evidenciam a influência dessa teoria na dinâmica das convenções:

Sob a influência do neomalthusianismo, as Conferências Mundiais de População realizadas em Roma, em 1954, e Belgrado, em 1965, foram marcadas pela preocupação com a “explosão demográfica”. Na Conferência de Belgrado foi feita menção explícita a métodos contraceptivos como a pílula e o DIU, a esterilização masculina e o aborto legalizado, quando aceitos pela sociedade. Os países não-alinhados do Terceiro Mundo se dividiram, naquela ocasião, entre três posições: o controlismo, o pró-natalismo e a perspectiva que considera a população como um fator neutro para o desenvolvimento (2003, p. 139).

Andrade (2017, p. 38) alude que nesse período, haviam preocupações com os malefícios decorrentes da fome e da desnutrição em territórios pobres, os quais

minariam os ganhos com os avanços técnicos e científicos em medicamentos e vacinas.

Segundo Andrade (2017, p. 39), o posicionamento dos Estados à época pode ser classificado como controlista, natalista ou neutro. Os Estados controlistas defendiam a ideia de que fossem desenvolvidas e efetivadas compulsoriamente ações para o controle da fecundidade da população, tendo como base uma política que determinasse o número máximo de filhos, introduzindo um regime de controle de natalidade, sendo justificada pela necessidade de garantir o desenvolvimento desses territórios. Os Estados natalistas, sustentavam suas recomendações na necessidade de ocupar os espaços vazios de seus territórios, tal como de garantir o futuro da economia dos países, conservando os altos índices da população jovem e economicamente ativa. Já os Estados neutros, acreditavam que o aumento, queda ou inércia do crescimento populacional eram elementos pouco significativos para o desenvolvimento do território, o Brasil adotou essa classificação.

Alves e Corrêa (2003, p. 139) inferem como contraponto às ideias neomalthusianas, alguns países do Terceiro Mundo, suportados por países socialistas, que tratavam as medidas de controle de natalidade como uma medida imperialista com o fito de conter a população pobre do mundo. Destaca-se que era o período da Guerra Fria e os territórios subdesenvolvidos defendiam a necessidade de políticas desenvolvimentistas em vez de políticas populacionais controlistas, prevalecendo o debate macroeconômico entre controlismo versus desenvolvimentismo como disputa ideológica.

De acordo com Alves e Corrêa (2003, p. 140), nesse caminho, propugnar o controle de natalidade à época, era considerado ser da direita, enquanto as forças da esquerda apoiavam o desenvolvimentismo como resposta para a superação da pobreza e da miséria. Essa discussão esteve presente na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que ocorreu em Bucareste no ano de 1974.

Sobre os impactos da influência do pensamento neomalthusiano, Alves e Corrêa comentam que:

A ideologia neomalthusiana ganhou terreno na academia e na política nas décadas de 1950 e 1960. Houve uma proliferação de centros de pesquisa e de ensino na área de Demografia e um afluxo crescente de recursos. Segundo Hodgson (1988), os fundos de controle da fecundidade, batizados de planejamento familiar, tiveram início em 1952, quando as fundações Rockefeller e Ford passaram a financiar as atividades acadêmicas e políticas nacionais de controle da fecundidade. Nos anos 60, o governo dos Estados

Unidos, por meio da United States Agency for International Development (USAID), passou a financiar os programas de planejamento familiar, o que foi fundamental para a institucionalização da agenda demográfica neomalthusiana. A direita dava prioridade ao controle da natalidade, enquanto a esquerda dava prioridade ao desenvolvimento. Os neomalthusianos preconizavam o planejamento familiar como condição para retirar os pobres da pobreza. Nos anos 1970 ficou famosa a afirmação do presidente Johnson: “Mais valem cinco dólares investidos no controle da população do que cem dólares investidos em desenvolvimento”. Por intermédio da USAID os EUA passaram a financiar programas de controle da natalidade em todo o mundo (2003, p. 139).

Por conseguinte, o tratamento do planejamento familiar não percorria a autonomia pessoal, de outro modo, ocorreu intervenção por parte de instituições privadas em prol da agenda demográfica neomalthusiana em territórios latino-americanos, abrangendo o Brasil.

Na época em que havia sido instaurado a ditadura militar, em 1965, a International Planned Parenthood Federation começou a atuar no país, juntamente às políticas dos Estados Unidos para redução da população no chamado Terceiro Mundo. Assim sendo, a Sociedade de Bem-Estar da Família – a BEMFAM – surgiu no Brasil, expandida principalmente nas regiões nordeste e centro-oeste (BIROLI, 2018, p. 145). A contar desse momento, clínicas privadas passaram a oferecer esterilização às mulheres brasileiras, na omissão de políticas públicas alternativas e, sob a ótica racista e eugênica expressa de governantes nos níveis estadual e nacional (GELEDÉS, 1991, p. 17).

Andrade (2017, p. 40) infere que a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de Bucareste que ocorreu em 1974, foi sinalizada pelo reconhecimento de que as ações deveriam ser preparadas com substrato de cada país interessado, o que reforçou o discurso de soberania dos Estados, e pela oficialização do conceito de paternidade responsável, apontando que o controle de fecundidade é decisão somente do núcleo familiar. Essa norma pode ter influenciado a redação do dispositivo constitucional que trata sobre o planejamento familiar, presente no art.

Segundo Costa (1999, p. 328), a Conferência teve a predominância de uma ideologia desenvolvimentista, diz que:

[...] teve como grande tema a nova ordem econômica mundial e a discussão sobre a redução de fecundidade como favorecedora do desenvolvimento (antagonizada pelos defensores da posição inversa, ou seja, o desenvolvimento como responsável pela redução da fecundidade). Os países do Sul insistiam na importância do desenvolvimento, ao passo que os

industrializados sustentavam que, sem o planejamento familiar e a consequente queda de fecundidade, as economias dos países do Sul não avançariam.

Um marco legislativo internacional de enfrentamento à desigualdade de gênero, com aprovação no âmbito das Nações Unidas, tem-se a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, na sua sigla inglês), que foi aprovada no ano de 1979, pela Resolução nº 34/180 da Assembleia Geral da ONU, que entrou em vigor no ano de 1981 e foi ratificada no Brasil em 1984, com 186 Estados-partes signatários. De acordo com Gonçalves (2011, p. 67), é evidente a íntima relação da aprovação deste documento com as articulações dos movimentos feministas, uma vez que o ano de 1975 foi celebrado como o Ano Internacional da Mulher, oportunidade na qual foi realizada a primeira Conferência Mundial sobre a Mulher no México, o que resultou com a aprovação da própria CEDAW.

Assim sendo, evidencia-se a necessidade de existir a mesma responsabilidade para homens e mulheres nas questões envolvendo os filhos, autonomia para escolher a quantidade de filhos e o intervalo entre nascimentos, acesso à informação, educação e aos meios que lhe permitam exercer tais direitos, o que deveria ser notado pelos Estados-partes. Conforme a alínea “e” do art. 16 da CEDAW:

Os Estados-Partes adotarão todas as medidas adequadas para eliminar a discriminação contra a mulher em todos os assuntos relativos ao casamento e às relações familiares, em particular, com base na igualdade entre homens e mulheres, assegurarão: [...] e) Os mesmos direitos de decidir livre e responsabilmente sobre o número de seus filhos e sobre o intervalo entre os nascimentos e a ter acesso à informação, à educação e aos meios que lhes permitam exercer esses direitos (ONU BRASIL, 1979, online).

No ano de 1984, na Conferência do México, se observou uma menor resistência ao neomalthusianismo e teve prevalência do conservadorismo moral. De acordo com Alves e Corrêa (2003, p. 148), na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no ano de 1994 em Cairo, as posições estiveram representadas de algum modo.

Na Conferência do Cairo, houve circunstâncias opostas das conferências anteriores, pois ela não sofreu influência da Guerra Fria, que marcou sistematicamente as negociações das Nações Unidas entre 1945 e 1989. E nesse cenário, a visibilidade aumentou sobre as questões relativas à desigualdade entre o Norte e o Sul (ALVES; CORRÊA, 2003, p. 148).

Além disso, ocorreu um evento muito importante em 1990 chamado Ciclo Social das Nações Unidas, que se iniciou com a Cúpula da Infância e a Conferência Educação para Todos, e se encerrou na cidade de Durban em 2001, com a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância.

Para Miriam Ventura (2009, p. 36), o Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que ocorreu em Cairo no ano de 1994, e o documento resultante do IV Conferência Mundial da Mulher, que ocorreu em Pequim no ano de 1995, incorporaram o conceito de Direitos Reprodutivos no seu juízo atual e deliberou novos modelos de intervenção na saúde reprodutiva e de ação jurídica comprometidos com os princípios dos Direitos Humanos.

Em 1994, na Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo, o movimento feminista conseguiu dissuadir por completo a questão demográfica para o âmbito dos Direitos Reprodutivos, ficando nitidamente definido na Conferência que as políticas populacionais deveriam ser orientadas pelos Direitos Humanos.

Portanto, no perpassar do século XX, os Direitos Reprodutivos não eram oficialmente debatidos sob uma perspectiva que priorizasse a autonomia, a integridade pessoal, a igualdade ou a diversidade das pessoas, mas como um debate sobre demografia, crescimento econômico e desenvolvimento, conforme o momento histórico das nações que participavam das Convenções Internacionais sobre População. Outro marco sobre o enfrentamento à desigualdade de gênero é a validação da Convenção contra Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) de 1979, e que foi ratificada no Brasil quatro anos antes da promulgação da Constituição Federal de 1988. Não obstante, a nomenclatura “Direitos Reprodutivos” foi conhecida mundialmente somente há quase três décadas.

### 2.3 CONTEXTO HISTÓRICO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS NO ÂMBITO NACIONAL

O conceito de direitos reprodutivos não pode ser dissociado do contexto histórico no Brasil, que percorre a desigualdade de gênero. Durante muito tempo, sempre houveram tentativas de estabelecer uma inferioridade feminina em oposição e uma superioridade masculina, isso também ocorreu com as convenções culturais,



entre elas, a subordinação da mulher ao homem, asseguradas no Brasil por intermédio da Igreja Católica, da Medicina e do Estado (FÁVERO, 2017, p. 76).

Emanuel Araújo, infere que a Igreja Católica, nos tempos de Brasil Colônia, exerceu grande pressão sobre a sexualidade feminina, concernindo ao homem exercer autoridade sobre a mulher:

A todo-poderosa Igreja exercia forte pressão sobre o adestramento da sexualidade feminina. O fundamento escolhido para justificar a repressão da mulher era simples: o homem era superior, e, portanto, cabia a ele exercer a autoridade. [...] Nunca se perdia a oportunidade de lembrar às mulheres o terrível mito do Éden, reafirmado e sempre presente na história humana. Não era de admirar, por exemplo, que o primeiro contato de Eva com as forças do mal, personificadas na serpente, inoculasse na própria natureza do feminino algo como um estigma atávico que predispunha fatalmente à transgressão, e esta, em sua medida extrema, revelava-se na prática das feiticeiras, detentoras de saberes e poderes ensinados e conferidos por Satanás (ARAÚJO, 2004, p. 45-46).

Mary Del Priore (2004, p. 79) explica que enquanto na França, Inglaterra e Holanda se provava o progresso intelectual, no âmbito médico, vários fatores contribuíam para o atraso da medicina portuguesa, principalmente pela Inquisição. Essa reação estimulou as universidades e os colégios a uma dura fase de estagnação em que os alunos eram instruídos com livros antigos dos velhos mestres, como Aristóteles ou Galeno. Assim sendo influenciada pela medicina da Metrópole, Del Priore expressa a situação da medicina brasileira até então:

Carente de profissionais, desprovido de cirurgiões, pobre de boticas e boticários, Portugal naufragava em obscurantismo, e levava a colônia junto. O discurso de seus médicos inscrevia-se naturalmente no discurso da Igreja, dentro do qual doença e cura estavam relacionadas ao maior ou menor número de pecados cometidos pelo doente (DEL PRIORE, 2004, p. 80).

A discrepância na relação entre homens e mulheres, está enraizada na história do Brasil, influenciada por Portugal, e se arrastou do Brasil Colônia ao início da República. Para Maria Helena Fávero (2012, p. 88), há convergência entre os diferentes estudiosos de várias áreas do conhecimento quanto à tese de que a história da instituição particular brasileira teve como partida o modelo patriarcal, importado pela colonização e adaptado às condições sociais do Brasil à época, latifundiário e escravagista.

Fávero destaca que a mentalidade baseada no patriarcal, influenciou o tardio avanço dos direitos civis da mulher:

Em 1916, portanto em pleno século XX, foi criado o Código Civil Brasileiro, patriarcal e paternalista, no qual constava que a mulher casada só poderia trabalhar com a autorização do marido; em 1934, em meio ao governo provisório de Getúlio Vargas, uma nova constituição assegurou o voto da mulher; em 1941, o trabalho feminino foi regulamentado pela Consolidação das Leis Trabalhistas; durante a ditadura Vargas, os movimentos feministas foram reprimidos, sendo retomados no início da Segunda Guerra Mundial; em 1945, no pós-Segunda Guerra Mundial, o Estado do Bem-Estar Social defendia o pleno direito ao emprego masculino e propunha que o lar fosse cuidado pela mulher, sendo que, compatível a isso, a mulher não dispunha das mesmas garantias e dependia do marido ou do pai. Em 1962, o Código Civil Brasileiro sofre alterações e a mulher casada pode trabalhar sem a autorização do marido; em 1988, a Constituição Federal representa um marco jurídico-político da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no País; em 2002, já em pleno século XXI, o Novo Código Civil Brasileiro (que então substituiu o de 1916) estabelece que a família não seria mais regida pelo pátrio poder, ou seja, pelo poder do pai, como na época feudal, mas pelo *pater familiae*, que pressupõe igualdade de poder entre os membros do casal (FÁVERO, 2012, p 88).

Marcada pela subjugação feminina, Sergio Toshio Yamamoto (2017, p. 22) externa que na primeira metade do século XX, a atenção à saúde da mulher reprimia-se a programas de pré-natal, com efervescência voltada à valorização da maternidade, marcada como essencial da figura feminina. Assim sendo, o discurso dominante tinha como centro a institucionalização do parto, que pretendia, o bem-estar do recém-nascido e a redução da mortalidade materna, com um cuidado demográfico e social relacionado à criança e não a proteção da mulher. Em vista disso, até o ano de 1970, o atendimento à saúde da mulher monopolizou-se na esfera do ciclo grávido-puerperal.

Em 1967, em relação à esterilização, foi elaborada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para examinar denúncias de esterilizações maciças de mulheres na Amazônia. A CPI não chegou a nenhuma conclusão, mas auxiliou na criação do clima de hostilidade contra o planejamento familiar (ALVES, 2006, p. 25).

A processão da CPI não ter sido conclusa, não estava diretamente relacionada ao problema discutido, e sim ao período político no qual o país transpassava. Principalmente em 1968, dado que no final desse ano, ocorreu um enrijecimento do regime com a promulgação do Ato Institucional nº5, estimulando profundas consequências políticas que atingiu o Congresso Nacional (BERQUÓ; ROCHA, 2005, p. 237).

Em 1970, ocorreu endurecimento do regime militar, em relação ao posicionamento contrário ao crescimento populacional. Os militares discursavam

sobre a segurança nacional sendo ameaçada pelas presas fáceis de propaganda de ideias subversivas, que são os pobres e famílias grandes.

Em 1982, na Declaração do General Valdir Vasconcelos, houve exacerbação de ideias eugênicas sobre a condição da sub-raça de brasileiros que não atingiam o mínimo de condições físicas e de saúde para ingressar no serviço militar, Valdir infere que a premência de controlar nascimentos desta subespécie (COSTA, 2009, p. 5).

Conforme Costa (2009, p. 5), a repentina radicalização dos discursos militares em relação ao tema população ocorrido na década de 80, possivelmente tenha possibilitado o surgimento das mulheres no processo, mesmo que não tenha se pronunciado sobre o assunto. A autora infere que a atuação induziu a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984:

Essa conjuntura permitiu o surgimento de um novo discurso, baseado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais na definição do tamanho de sua prole. Este consenso, amplamente discutido pela sociedade civil, teve como respaldo o processo avançado da Reforma Sanitária Brasileira, que definiu saúde como direito do cidadão e o dever do Estado em provê-la à sua população. Em 1983, então, o Ministério da Saúde divulga o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que seria desenvolvido pela rede pública de assistência à saúde, ajustando-se às necessidades epidemiológicas e requerimentos de cada localidade, de cada população (COSTA, 2009, p. 5).

O PAISM projeta o corpo da mulher e todas as fases da reprodução feminina de forma integral, tendo um caráter inédito e progressista em face das políticas públicas (SCAVONE, 2000, p. 2). O programa contempla todos os aspectos de saúde, como por exemplo: prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento de doenças transmissíveis (DSTs), e doenças ocupacionais e mentais.

Segundo Ventura (2009, p. 30), o PAISM possui abrangência federal e atualmente suas ideias são implementadas por meio da Política Nacional de Saúde Integral da Mulher, coordenada pela Área Técnica de Saúde da Mulher, da Secretária de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Em 2003, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), converteu-se num órgão colegiado de caráter consultivo da nova Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM), tendo representantes da sociedade civil e do governo para ampliar o processo de controle social das políticas públicas para as mulheres.

Andrade (2017, p. 91) afirma que, o direito ao planejamento familiar, por ser uma conquista recente, foi resultado de uma longa discussão em diversas fases da Assembleia Nacional Constituinte de 1987, no qual várias propostas foram

apresentadas, votadas, contraditas, para que chegasse no resultado final, que foi o artigo 226, § 7º da Constituição Federal de 1988.

Segundo Rocha (1988, p. 667), os textos possuíam um foco comum, que dizia respeito ao direito de as pessoas escolherem a quantidade de filhos, e ao papel do Estado em garantir a realização desse direito. As propostas dos Constituintes e da sociedade retratavam um amplo leque de concepções, influenciados por grupos de pressão, visto que várias forças sociais buscaram deixar sua marca no texto constitucional. Podemos destacar a Igreja Católica, os evangélicos, o movimento de mulheres e entidades privadas do planejamento familiar.

Rocha (1988, p. 667) infere que a Igreja Católica, por meio da Conferência nacional dos Bispos do Brasil, apresentou documento denominado “Por uma nova Ordem Constitucional”, e no ponto referente à defesa dos direitos da família, o documento diz respeito ao direito ao planejamento familiar segundo critérios morais e a obrigação de educar e manter os filhos. Os evangélicos, provindos de várias igrejas, defendiam a proteção da vida desde a formação, deixando implícita a proibição ao aborto, tornando-se um assunto envolvido a discussão de planejamento familiar.

O movimento de mulheres, foi organizado para conduzir a defesa dos direitos ao texto constitucional, em conformidade com a iniciativa do Conselho nacional de Direitos da Mulher. Houve uma longa preparação através do projeto “Nós e a Constituinte”, que envolveu reuniões, simpósios e assembleias realizadas com várias mulheres de todo o país. Todo esse trabalho deu origem na “Carta das Mulheres”, que foi dirigida aos constituintes contendo princípios e reivindicações, que foram propostas pelo CNDM. Referente ao planejamento familiar, uma inspiração encontra-se entre as reivindicações à saúde, como o dever de prestar assistência integral e gratuita a saúde da mulher, em todas as fases da vida, e o dever de garantir aos homens e mulheres o direito de determinar livremente a quantidade de filhos, sendo vedada a adoção de qualquer prática coercitiva pelo poder público e por entidades privadas (ROCHA, 1988, p. 668).

As entidades privadas de planejamento familiar, como a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BENFAM), encontraram-se ativas no processo constituinte encaminhando sugestões para as respectivas comissões e, através de constituintes do Grupo de Parlamentares para Estudos de População e Desenvolvimento (GPEPD), entidade que estava vinculada a BENFAM. As sugestões enviadas nas fases iniciais do processo tentavam garantir o planejamento familiar como um direito dos pais, à

medida que a atuação das entidades da sociedade, em conjunto do estado, na medida de condições para a realização desse planejamento (ROCHA, 1988, p. 669).

À vista disso, em 1988, ocorreu a consagração do direito ao planejamento familiar na Constituição federal, no parágrafo 7º do art. 226, em adição ao PAISM. Nessa consagração, foram estabelecidas as diretrizes a serem seguidas pelo legislador ordinário, que não deve vincular direito e acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico, sobrepujando as ideias do movimento das mulheres. Dentre todas as diretrizes, temos a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em fornecer recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (COSTA, 2009, p. 5).

Segundo Brauner (2003, p. 15), ao realizar a interpretação sistemática das normas constitucionais que podem estabelecer os direitos sexuais e reprodutivos, consta no art. 1º da Constituição Federal, o princípio da dignidade da pessoa humana, e no art. 3º, inciso IV da respectiva Constituição, que refere-se aos objetivos fundamentais da República, promover o bem de todos, sem quaisquer preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Já no art. 5º da Constituição, assegura-se o direito à igualdade entre homens e mulheres, a inviolabilidade da vida privada, a honra e a imagem das pessoas, punindo qualquer discriminação atentatória aos direitos e liberdades fundamentais. Além desses direitos citados, diversos outros artigos da Constituição referem-se direta ou indiretamente aos direitos sexuais e reprodutivos, como por exemplo, os artigos que versam sobre a saúde, a proteção à gestante, à família, à criança, ao adolescente etc (BRAUNER, 2003, p. 15).

Brauner (2003, p. 15) infere que, conforme a designação de planejamento familiar está implícita a ideia de regulação de nascimentos, de contracepção, de esterilização e de todos os meios que exercem diretamente sobre as funções reprodutoras do homem e da mulher, e principalmente, da saúde de ambos. O texto constitucional deu autonomia ao indivíduo o direito de escolher livremente os meios para planejar sua vida reprodutiva, encontrando informações necessárias e tendo acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes.

A Lei de Planejamento Familiar, que dispõe o art. 226 da Constituição Federal, foi sancionada em 1996, a qual determina o procedimento de esterilização voluntária. Ao tomarem a decisão de realizar esterilização voluntária, e para preservar seu direito

de opção, acredita-se que os homens e as mulheres possam receber informações sobre outros métodos alternativos, seguros, eficientes e acessíveis.

Desse modo, os direitos reprodutivos foram objeto de discussão internacional somente no século XX, sem ênfase na autonomia dos indivíduos, e sim no controle populacional dos países considerados desenvolvidos. A aprovação da CEDAW em 1979, e sua ratificação no Brasil em 1984, foi um marco para o enfrentamento da desigualdade de gênero. O histórico de subjugação feminina foi garantido por diversos agentes, como a Medicina, Igreja Católica e o Estado, por meio de instrumentos legais, que foram alterados no final do século passado, com a promulgação da Constituição de 1988, e que assegurou a igualdade entre homens e mulheres, e a extinção do pátrio poder pelo Código Civil de 2002. O direito ao livre planejamento familiar é um dos avanços, que foi assegurado pela CRFB.

### **3 DIREITOS HUMANOS E A PRÁTICA DA ESTERILIZAÇÃO**

Observado o planejamento familiar no contexto nacional, faz-se necessário analisar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como fenômenos distintos. Podendo analisar seu tratamento jurídico sob o prisma dos direitos humanos.

Analisaremos a Lei nº 8080/1990, que trata das condições gerais para a promoção, proteção e recuperação da saúde, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e a Lei nº 9263/1996, que trata do planejamento familiar e estabelece penalidades. Ambas estão inter-relacionadas.

Também examinaremos a utilização da esterilização como método contraceptivo e as implicações geradas pelo procedimento.

#### **3.1 DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS NO CONTEXTO DOS DIREITOS HUMANOS**

Como visto, o corpo feminino e sua capacidade reprodutiva são objetos de legislação normativa de Estado há décadas, só não ocorria o contraponto com o conceito de direitos humanos, nem discussão, negociação ou aprovação pelas mulheres e pela sociedade (DORA, 1998, p. 38-39).

No contexto global, o cenário que descreveu a regulamentação do planejamento familiar no Brasil, teve como pilar a Organização das Nações Unidas (ONU) que é a responsável pela proteção dos direitos humanos. As Conferências Internacionais que foram organizadas pela ONU ampliaram o conceito de saúde da mulher, anexando as questões da sexualidade e da autodeterminação nas decisões a respeito da vida reprodutiva.

Os eventos internacionais sobre os direitos humanos foram traduzidos para os seguintes documentos: Declaração de Direitos Humanos organizada pela ONU, em

1948; Conferências Internacionais de Direitos Humanos, realizada no Teerã em 1968 e Viena em 1983; Conferências das Nações Unidas sobre População, realizada na Roma em 1954, no Belgrado em 1965, no Bucareste em 1974, na Cidade do México em 1984, no Cairo em 1994; Convenção para Eliminação de todas as formas de Discriminação sobre a Mulher (CEDAW), em 1979; Conferência Internacional sobre a Mulher em Nairobi, em 1985; e as Conferências de Pequim, em 1995-2000.

Entre estes eventos internacionais, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, é o marco histórico em que trouxe as questões relacionadas aos direitos reprodutivos e sexuais no contexto dos Direitos Humanos. A partir do Plano de Ação da CIPD, que foi assinado por 179 países, novas políticas populacionais foram incorporadas com o intuito de promover o bem-estar social, a igualdade de gênero e o planejamento familiar, promovendo mudanças nas questões de saúde ligadas à sexualidade e aos direitos reprodutivos (CORREA; JANUZZI; ALVES, 2003, p.29).

A IV Conferência Mundial sobre as Mulheres realizada em Pequim no ano de 1995, trouxe avanços conceituais importantes. Em seu artigo 95, a plataforma afirma a saúde sexual como direito fundamental:

Tais direitos têm por base o reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente o número de seus filhos, o momento de seu nascimento e o intervalo entre eles, a dispor de informação sobre os meios para isso e a alcançar o mais alto nível de saúde sexual e reprodutiva. Também inclui seu direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer discriminação, coações nem violências, em conformidade com o que estabelecem os documentos relativos aos direitos humanos (ONU, 1995, p. 178).

Como se pode ver, as conferências internacionais consolidaram os direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos, assim como o estabelecido no artigo 96 da Plataforma de Ação de Pequim:

96. Os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências (ONU, 1995, p.179).

É necessário diferenciar os direitos reprodutivos dos direitos sexuais. Enquanto os primeiros se referem à igualdade e à liberdade de escolha na esfera reprodutiva,



os segundos se referem ao respeito da liberdade de exercício da sexualidade. Esses dois institutos são esferas autônomas, o que lhes permite a interação entre si e com as demais esferas da vida social (ÀVILA, 2003, p. 466).

Nessa concepção, os direitos reprodutivos referem-se ao direito de decidir livremente se querem ou não ter filhos e as condições de acordo com seus interesses próprios. Já os direitos sexuais referem-se ao exercício livre da sexualidade, sem coação, violência ou discriminação, do respeito à orientação sexual e a liberdade de escolher seu parceiro (ALECRIM; ARAÚJO; SILVA, 2014, p. 167).

Como os direitos reprodutivos e sexuais são fundamentais, ou seja, caracterizados como direitos humanos, eles são reconhecidos como universais, interdependentes e indivisíveis. A universalidade dos direitos humanos baseia-se nos argumentos da igualdade em dignidade e no valor de todos os seres humanos. Dizer que eles são interdependentes, significa que estão atrelados uns aos outros. E sua condição de indivisível diz respeito ao conjunto de direitos ao qual fazem parte (PIOVESAN; IKAWA, 2004, p. 48).

Segundo a ONU (1995, p. 178), a saúde reprodutiva ainda está longe do alcance de muitas pessoas, a carência de conhecimento sobre sexualidade humana e a falta de informações e serviços, além da obstinação de comportamentos sexuais de alto risco e das práticas sociais discriminatórias, ainda há barreiras limitando a liberdade da vida sexual e reprodutiva.

Nesse sentido, podemos identificar que a Lei nº 9.263/96 determine que tanto a mulher quanto o homem necessitam do consentimento do cônjuge para realizar o procedimento de esterilização, porém, ignora a realidade da maioria das mulheres que vivenciam o machismo na rotina familiar. Estas mulheres, que se decidem por não mais querer gerar filhos e optam pela laqueadura para fazer valer sua vontade, estão submetidas ao consentimento do cônjuge, correndo o risco de não ver seu direito sendo realizado e terem sua autonomia e dignidade restringidas.

Cook aduz que “as leis que negam, obstruem ou limitam a disponibilidade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva estão violando direitos humanos básicos que são protegidos por convenções internacionais de direitos humanos.” A autora também afirma que, se o direito internacional dos direitos humanos for universal, deve-se exigir que os Estados adotem medidas preventivas e curativas para proteger a autodeterminação reprodutiva da mulher (1993, p. 74).

Em relação a intervenção do Estado na autonomia sobre o corpo da mulher “os direitos reprodutivos se acham amoldados por um Estado ainda conservador, que subtrai a autonomia, impondo um modelo de conduta a ações que não causam nenhum dano à coletividade e que pertencem à esfera individual de cada ser” (ALECRIM; ARAÚJO; SILVA, 2014, p. 162).

Têm-se, também, a ausência de um acesso seguro a serviços de saúde de qualidade, torna a saúde reprodutiva das mulheres vulnerável a vários fatores, entre eles: a morte, danos durante o parto, uma gravidez indesejada ou doenças sexualmente transmissíveis (COOK, 1993, p. 10). E além de uma qualidade no serviço de saúde, precisa-se de acesso a informações, para o indivíduo poder escolher livremente e fortalecer a autonomia que depende de práticas de educação sexual e reprodutiva.

Compreendido a base que sustenta os direitos reprodutivos e sexuais no planejamento familiar, é necessário analisar a Lei nº 8.080/90, que trata das condições gerais para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar e estabelece penalidades.

### 3.2 LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL

A Lei nº 8.080/90, mais conhecida como Lei Orgânica da Saúde, trata das condições gerais para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nos incisos do art. 7º, foram apontados como princípios dos serviços públicos e privados de saúde, a universalidade, a integralidade, o direito de informação e a preservação da autonomia das pessoas assistidas (ANDRADE, 2017, p. 1020).

Em 12 de janeiro de 1997, o presidente Fernando Henrique Cardoso promulgou a Lei nº 9.263. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 144, na qual inseriu a esterilização, laqueadura tubária e a vasectomia, no rol dos procedimentos a serem realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para dar cumprimento à Lei de Planejamento Familiar (ANDRADE, 2017, p. 156).

A Lei de Planejamento Familiar, conceitua o planejamento familiar como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”, e também o declara expressamente direito de todo cidadão (art. 1º) e proíbe a

utilização dessas ações para qualquer tipo de controle demográfico (art. 2º, parágrafo único). Também prevê o papel do Sistema Único de Saúde em garantir a assistência à concepção e à contracepção, de acordo com a previsão no art. 3º, inciso I:

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

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

[...]

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996, *online*).

Salienta-se que a garantia à liberdade de opção quanto à utilização da escolha da técnica de concepção e contracepção, dentre elas está a esterilização cirúrgica. Essa técnica contraceptiva foi abordada nos artigos 10 a 14 e 15 ao 21:

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

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

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei (BRASIL, 1996, *online*).

Os dois incisos do artigo 10, apresentam os requisitos mínimos para que seja autorizada a realização da esterilização, e os seus parágrafos §1º e §3º impuseram como condição a comprovação da sua ciência a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes, sendo necessário que não ocorra alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

Já o §2º veda a laqueadura tubária durante o parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Essa vedação se justifica pela situação de vulnerabilidade na qual a mulher se encontra, pois dificulta a chances de tomar uma decisão consciente e livre.

Entretanto, o §5º estabelece que na sociedade conjugal, assim como em união estável, a realização do procedimento de esterilização depende do consentimento de ambos os cônjuges.

Para Miriam Ventura (2009, p. 94), a manifestação do sentido na qual a imposição legal fere a autodeterminação da pessoa casada em relação ao seu próprio corpo e cria maiores obstáculos para as mulheres, considerando as desigualdades nas relações de gênero, e os riscos de falhas do método reversível, que pode resultar em gravidez indesejada, em um contexto legal que o aborto voluntário é proibido.

Por esse ângulo, se houver discordância entre o casal, uma alternativa viável é a pessoa casada requerer judicialmente o suprimento de outorga uxória, como direito à autonomia de seu próprio corpo, também chamado de direito personalíssimo, que possibilita a aprovação do alvará autorizando o procedimento sem o consentimento do outro cônjuge e a construção de uma jurisprudência favorável à inconstitucionalidade do dispositivo legal impugnado da Lei nº 9.263/96. No momento já existe uma jurisprudência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais que comprova o entendimento contra a necessidade da anuência do outro cônjuge:

Apelação cível – obrigação de fazer – esterilização voluntária – laqueadura de trompas – requisitos da lei 9.263, de 1996 – direito da mulher – consentimento do cônjuge – retrocesso social – direitos individuais – dignidade da pessoa humana – planejamento familiar – direito de liberdade – interesse familiar e social – art. 1º, inciso III, art. 5º, caput e incisos I, X, da Constituição da República – art. 1.567 e parágrafo único do Código Civil de 2002 – ponderação de princípios – apelação à qual se dá provimento.

1. A esterilização voluntária regulamentada pela lei 9.263, de 1996 é um direito social conquistado pela mulher e que deve ser garantido pelo Estado como corolário do planejamento familiar.

2. A exigência do consentimento do cônjuge para a esterilização voluntária constitui ofensa à dignidade da pessoa humana, da liberdade individual, bem como do planejamento familiar, revelando-se retrocesso social da proteção conferida pela Constituição da República.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1.0647.13.008279-3/002 - COMARCA DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, Relator: Marcelo Rodrigues, Data de Julgamento: 23/06/2015, Câmaras Cíveis / 2ª Câmara Cível, Data de Publicação: 29/06/2015) (TRIBUNAL DE JUSTIÇA, 2015, online).

Miriam Ventura (2009, p. 95), cita o entendimento do Comitê de Fiscalização da Convenção Internacional para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), com base no art. 12 da Recomendação Geral n.º 24 sobre “As Mulheres e a Saúde”, de que deve ter condições de igualdade de acesso aos serviços de saúde, como a obrigatoriedade de autorização preliminar de cônjuge, parente ou autoridades hospitalares para qualquer intervenção.

O art. 15 da Lei de Planejamento Familiar, qualifica o ato de realizar o procedimento de esterilização em desconformidade com o art. 10, com pena de reclusão e/ou multa:

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei;

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização (BRASIL, 1996, online).

A Lei nº 9.263/96, possui outros tipos penais elencados em outros artigos, como por exemplo: o médico deixar de notificar as esterilizações que realizar à autoridade sanitária; instigar ou induzir dolosamente a prática de esterilização; exigir atestado de esterilização para qualquer fim. Para esses três crimes, prevê uma pena mais grave de um a dois anos de reclusão ao profissional que infringi-la, além de multa e penalidades administrativas. Ela também penaliza os gestores e responsáveis as penas aplicadas ao agente do ilícito, punindo a instituição com penalidades

administrativas, podendo descredenciar, suspender as atividades e proibir o estabelecimento de contratos ou convênios com entidades públicas.

Nessa lógica, Ana Maria Costa (2012, p. 6), infere que na década de 90, houve um aumento do número do procedimento de laqueaduras, dado que os atestados eram um dos requisitos dos empregadores para efeitos de admissão ou permanência no emprego. Todo esse movimento foi entendido como um problema social, o que ensejou a criação da Lei nº 9.029/95, que proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização.

Para Flávia Lima (2019, p. 266), existe um quadro de inefetividade negativa por omissão do direito a autonomia reprodutiva, no que se refere a proteção da liberdade individual. A autora também verifica que a legislação de regência se constitui num limite para a realização dos procedimentos de esterilização para as mulheres.

Ademais, é necessário observar os movimentos sociais inerentes à relação entre os sexos, que influenciam na utilização da esterilização como método contraceptivo.

### 3.3 UTILIZAÇÃO DA ESTERILIZAÇÃO COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO E AS IMPLICAÇÕES GERADAS PELO PROCEDIMENTO

A esterilização humana artificial pode ser considerado como um conjunto de técnicas especiais, cirúrgicas ou não, com o objetivo de impedir a fecundação ou ainda qualquer procedimento que, quando realizado, torna o indivíduo submetido incapaz para a reprodução da espécie, entretanto não perde sua capacidade de praticar o ato sexual. A esterilização humana artificial pode ser realizada através de mecanismos que retirem as funções das trompas de Falópio nas mulheres, ou ainda que retirem as funções dos canais seminiais nos homens, chamadas de ligadura de trompas e vasectomia (Lei nº 9.263/96, arts. 10, §4º, e 15).

Conforme a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, do ano de 1996, três a cada dez mulheres não optavam pela esterilização, até o final do século XX, ocorrendo diferenciação no que se refere a sua prevalência no âmbito nacional:

As práticas anticoncepcionais, são conhecidas por quase 100% dos entrevistados. Cerca de 75% de homens e mulheres unidos usam atualmente algum método e, mais de 9 em cada 10 utilizam métodos modernos; 40% das mulheres atualmente unidas estão esterilizadas e 21% utiliza pílulas.

Consolida-se uma tendência de aumento da prevalência de métodos anticoncepcionais e de uma mudança no mix dos mesmos: a pílula perde terreno aparecendo, ostensivamente, a esterilização feminina. O uso de anticoncepcionais parece ser homogêneo segundo regiões geográficas, que vai de 68% para o Nordeste, até 85% no Centro-Oeste. Em ambas, a esterilização é amplamente presente, pois é escolhida por mais de 7 entre 10 mulheres que se utilizam de algum método moderno. Preferência similar apresenta-se na região Norte. Nas outras regiões, a esterilização apresenta proporções menores, mas, unicamente na região Sul, há prevalência majoritária da pílula. A esterilização é feita na grande maioria dos casos (74%), por ocasião do parto: destas quase 80% durante um parto cesáreo. Este perfil não se altera muito por idade. A nível de desagregações regionais, nota-se grande variação, correspondendo aos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro os maiores percentuais (74% e 72%, respectivamente). Regiões menos desenvolvidas apresentam menores valores, sendo o Nordeste, o caso extremo (43%). Maior diferenciação ainda, existe segundo o nível de instrução: quanto mais instruída é a mulher, mais frequente é a esterilização no parto cesáreo, chegando a 82% entre as mulheres com 12 ou mais anos de estudo (BEMFAM, 1996, online, grifo nosso).

Até o ano de 1996, era uma prática comum ao setor privado da saúde realizar a esterilização feminina para evitar uma gravidez indesejada, já no setor público a esterilização não era permitida, porém, ela era realizada durante os partos cesarianas ou eram registradas como outros procedimentos médicos. Ela era proibida pelo Código de Ética Médica até o ano de 1988, através da Resolução 1.154 CFM/1984, e também era considerada um crime com base no Código Penal, com entendimento de lesão corporal de natureza grave, pois há perda da capacidade reprodutiva (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003, p, 442).

A esterilização era um método contraceptivo mais procurado pelas mulheres. Contudo, mulheres de baixa renda desejavam realizar o procedimento, pagando pela cirurgia, e, juntamente com as pressões exercidas pelas empresas que exigiam atestados da realização de esterilização de suas funcionárias, esse desejo se transformava em obrigação. Além disso, a esterilização está ligada ao não conhecimento dos resultados à saúde da mulher e ao alto índice de arrependimento, bem como o distanciamento das mulheres esterilizadas do funcionamento reprodutivo de seus corpos (SCAVONE, 1999, p. 6).

A investigação mais recente do uso de contraceptivos no Brasil foi realizada na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), em 2006. A pesquisa indica que o uso de métodos anticoncepcionais cresceu de forma intensa nas últimas décadas, alcançando cerca de 80,6% no grupo de mulheres com idades de 15 a 49 anos. Esse aumento de uso dos métodos de contracepção é considerado o determinante próximo mais importante do decréscimo da fecundidade no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 89).

A pesquisa indica a distribuição dos métodos contraceptivos mais usados pelas mulheres e suas idades, incluindo também as que não usavam métodos, por classe média. Os percentuais de mulheres que escolheram não usar qualquer método mostram relação inversa com a classe econômica, e que as de classe econômica baixa foram responsáveis pelo incremento no uso de métodos anticoncepcionais ocorrido entre 1996 e 2006. Como resultado, as diferenças entre classes reduziram, porém, o percentual de mulheres de classe baixa que escolhiam não usar qualquer método, em 2006, ainda era quase o dobro que o das mulheres de classe mais alta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 92).

A esterilização feminina (laqueadura tubária), perdeu sua importância no período entre 1996 e 2006, seu percentual passou de 38,5% a 25,9%, e o crescimento do preservativo, principalmente o masculino, passou de 4,6% a 13%.

A queda do uso de método anticoncepcionais foi maior na classe alta. Desse modo, distintivamente em 1996, esse foi o primeiro indicativo de que o procedimento estaria mais vastamente disponível e que as mulheres de classes mais altas estariam escolhendo o uso de outros métodos. A participação masculina de classe alta, seja pelo procedimento de vasectomia ou pelo uso de preservativo masculino, foi de quase 30%, e na de classe mais baixa foi um pouco maior que 10% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 92).

Com o aumento do uso de métodos contraceptivos, como a pílula, a esterilização masculina e a camisinha, demonstra-se que o homem possui maior presença na contracepção no século XXI, enquanto que a esterilização feminina vem diminuindo gradualmente desde o século XX (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 100).

Esse aumento da participação masculina na contracepção que foi verificado na pesquisa mais recente, indicou ter mais conformidade com a prevenção de infecções e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) por meio do uso do preservativo do que ao aspecto reprodutivo. Independentemente da participação masculina no crescimento do uso de preservativo masculino, o predomínio de seu uso indicou, ainda, ser baixa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 101).

Essa pesquisa (PNSD) indicou que a regulamentação da prática da esterilização nos serviços de saúde pública, contribuiu para mudar o perfil do uso de métodos anticoncepcionais. Ocorreu uma homogeneização do acesso à laqueadura a fim de variados estratos sociais, com maior participação masculina na contracepção feminina de melhor nível socioeconômico, porém, houve pouca melhora na qualidade



contraceptiva de mulheres com nível socioeconômico baixo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 88).

De acordo com Andrade (2017, p. 162), a esterilização deve estar disponível nos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e antes de sua realização deve suceder todas as informações (art.10, I, da Lei nº 9.263/96) sobre a irreversibilidade da cirurgia, assim como a existência de alternativas com um nível semelhante de segurança. Apesar dos benefícios do procedimento de vasectomia em comparação com o da laqueadura tubária, é necessário considerar que as duas são um método irreversível e por isso só pode ser utilizado por pessoas devidamente informadas sobre suas consequências.

Em seu livro, a autora relata que as principais iniciativas reforçam o comportamento sexista que se firmou no território nacional, excluindo o homem do contexto de reprodução e sobrecarregando a mulher com responsabilidades que não deveriam ser só delas. Conseqüentemente, o papel do Estado, das políticas públicas e das normas regulamentadoras devem ir além da informação, precisa auxiliar o rompimento das práticas consolidadas que se fortaleceram com o entendimento de que o planejamento familiar é um assunto feminino.

Extraí-se do Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (2002), o seguinte texto que apresenta a cultura relação de gênero que transferi à mulher o papel natural de protagonista no cenário da reprodução e controle de fecundidade:

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para que possamos garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país.

Para que isto se efetive, **é preciso manter a oferta de métodos anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida** (NEGRI, 2002, p. 5, *grifou-se*).

Segundo Pirrota (2002, p. 12), a responsabilidade feminina em evitar uma gravidez indesejada foi verificada ao serem investigadas as condições que envolvem o uso de métodos contraceptivos em nossa sociedade, ela concluiu que o ônus do processo de controle de fecundidade segue recaindo sobre a mulher, visto que o casal deveria ser o alvo das ações educativas.

Para Brauner (2003, p. 28), as mulheres são as que realizam a maioria das esterilizações, pois há um entendimento errôneo reforçado pelas pesquisas junto à

população, de que o procedimento de esterilização masculina poderia interferir na potência sexual do homem.

Estudo realizado em unidade de saúde pública da prefeitura de Belo Horizonte, Minas Gerais, observou que a prevalência feminina nos grupos de planejamento familiar de renda baixa, estava relacionada a atitudes ou valores culturais, e às condições de funcionamento da unidade de saúde. Entretanto, não significava a autonomia das mulheres quanto à escolha do método contraceptivo, pois elas continuavam subordinadas pelos parceiros sexuais, dado que o homem estaria responsabilizado de tomar decisões relativas à vida sexual, tanto que a sociedade está marcada pela virilidade, que é um elemento representante da masculinidade (MOREIRA; ARAÚJO, p. 395).

As autoras mostram como a escolha do método contraceptivo é marcada pela desarmonia da relação entre homens e mulheres e preconceitos infundados acerca da esterilização masculina:

Em resumo: as razões da escolha do método contraceptivo estão relacionadas aos valores e modos de vida da população, ao domínio precário de informações para operá-los, bem como à provisão dos recursos pelo sistema municipal de saúde. O DIU, a pílula hormonal, a camisinha masculina, e - com menor frequência - o hormônio injetável, são os métodos preferidos das mulheres. À menção da vasectomia, cujos riscos cirúrgicos foram enfatizados como menores que a laqueadura de trompas, as participantes observaram que os homens a rejeitam pelo medo de “virar veado”. A escolha da camisinha pela mulher, muitas vezes, está relacionada à prevenção da AIDS, já que a infidelidade é mencionada como típica da “natureza” do homem. [...] Os conflitos com os parceiros, acima citados, têm relativo destaque entre os temas abordados pelas mulheres, quer de forma explícita - em falas que ganham a adesão das colegas - quer em confabulações solitárias. As queixas sobre imposições sexuais dos homens, a falta de diálogo ou a supremacia “das decisões deles” denotam a assimetria dos papéis e a subalternidade feminina. Tal condição foi claramente afirmada numa sessão em que a coordenadora, referindo-se às vantagens do DIU, enfatizou que o uso prescindia de negociação com o parceiro. Uma das participantes se contrapôs, enfaticamente: “mas ele é ignorante”, numa referência ao autoritarismo dos parceiros. A coordenadora rebateu, destacando o direito da mulher de partilhar a decisão: “mas relação é de dois”. Ao que a participante tornou a objetar: “(...) de dois, não, é de um só (...)”, sugerindo o monopólio masculino nas decisões (MOREIRA E ARAÚJO, 2004, p. 394).

Em uma pesquisa realizada na cidade de Fortaleza, no Ceará, em 2008, foi examinado o perfil obstétrico de mulheres laqueadas. As características sociodemográficas encontradas consistem uma população casada e com baixo nível de escolaridade, “ratificando a necessidade de estratégias capazes de empoderar

essas mulheres em suas decisões a respeito do planejamento familiar, respeitando o princípio da autonomia” (NICOLAU *et al*, 2010, p. 682).

**\*\***A realização do procedimento de esterilização voluntária está limitada pelas condições da Lei de Planejamento Familiar. Além disso, a responsabilidade pela contracepção ocorre de maneira desarmônica, que tornam as mulheres subalternas as decisões de seus parceiros sexuais. Assim, também cabe avaliar as implicações que as condições para a escolha da realização da laqueadura estabelecidas pela Lei nº 9.263/96, geram para as mulheres que optam por este procedimento.

Independentemente de garantir o direito de auto determinação em relação a normatização de fecundidade ao casal, o art. 10 da Lei de planejamento Familiar limita o acesso à esterilização cirúrgica a um conjunto de requisitos, sendo um deles, o presente no parágrafo 5º que determina: “Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges” (Lei nº 9.263/96).

Ao submeter a mulher ao consentimento do cônjuge para poder realizar em seu próprio corpo a cirurgia de laqueadura tubária, além de levantar uma barreira que pode gerar um conjunto de consequências indesejadas, viola a autonomia reprodutiva da pessoa que é plenamente capaz e possui discernimento para decidir suas próprias escolhas. Autonomia demanda liberdade de escolha, sem coações internas e externas, isso significa a autodeterminação da pessoa em realizar suas escolhas. Nesse contexto, a assistência à saúde é condição para o exercício da autonomia (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014, p. 160).

A normatização da Lei do Planejamento Familiar, além de exigir o consentimento do cônjuge, também estabelece um período mínimo de 60 dias de espera. A lei proíbe a esterilização feminina no parto e no pós-parto, submetendo a paciente a uma segunda intervenção cirúrgica desnecessária, visando a redução da incidência da cesárea (SILVA; SILVA, 2014, p. 19).

Considerando as desigualdades nas relações de gênero e os riscos dos métodos reversíveis que podem resultar numa gravidez indesejada, em uma circunstância legal que o aborto voluntário é proibido, propõe que se acrescente a obrigação de dar ciência formal ao cônjuge no momento da intervenção educativa (VENTURA, 2009, p. 94). Desse modo, a mulher casada, maior e capaz, que optar por não ter prole ou por não mais gera-los, caso decida pela cirurgia de esterilização, deve pedir anuência do marido para preencher o requisito legal que permite sua

realização, no sentido contrário dos direitos reprodutivos. Ventura afirma que enquanto não houver mudanças na legislação, a alternativa é buscar amparo no judiciário:

Ocorrendo a hipótese de discordância entre o casal, a alternativa possível é a pessoa casada requerer judicialmente o “suprimento de outorga uxória”, com base no direito à autonomia em relação ao seu próprio corpo, como direito personalíssimo. O procedimento judicial possibilitará a concessão de um alvará autorizando o procedimento sem a anuência do outro cônjuge, e também, a construção de jurisprudência favorável à inconstitucionalidade do dispositivo legal impugnado. Há ainda a alternativa legal de ser proposta ação direta de inconstitucionalidade para a revogação da exigência da Lei Federal nº 9.263/96 (2009, p. 95).

As decisões das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos deve ser respeitado, enquanto as condições sociais que restringem sua liberdade, obrigando-as a fazer escolhas que não deveriam fazer, devem ser coibidas (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014, p. 169). Moraes e Teixeira aludem o seguinte pensamento:

A lei tem o grave defeito de excessiva ingerência na vida pessoal, ao criar parâmetros para o exercício do direito ao planejamento familiar que em muito ultrapassam o papel ativo do Estado, como estabelecido pelo § 7º do art. 226 da Constituição. Exemplo disso é a exigência de consentimento expresso do cônjuge para que haja a esterilização do outro, caso se dê na constância do casamento, segundo dispõe o § 5º do art. 10 da referida lei, em flagrante limitação ao direito à disposição do próprio corpo (2013, p. 2122).

Segundo dados do IBGE, a taxa de fecundidade no ano 2000 era de 2,39 filhos por mulheres, em 2010 essa taxa diminuiu para 1,75, já em 2016 a taxa apresentava outro declínio para média de 1,70 filhos por mulheres, apontando as mudanças processadas nos padrões reprodutivos da mulher brasileira. E em 2010, o instituto descobriu que 14% das mulheres brasileiras não têm planos de engravidar (IBGE, 2013, p. 1).

O Comitê de Fiscalização da Convenção Internacional para a Eliminação da Discriminação Contra as Mulheres expõe na Recomendação Geral nº 24 que toda a barreira ao acesso de serviços de saúde deve ser eliminada e se refere à obrigatoriedade de autorização do cônjuge para a realização de qualquer tipo de intervenção (VENTURA, 2009, p. 95).

A Lei de Planejamento Familiar prediz como crime e define penalidade o seu descumprimento a partir do seu artigo 15, decretando pena de reclusão de 2 a 8 anos, e multa, se realizar o procedimento de esterilização em desacordo com o estabelecido no artigo 10 desta referida lei.

Salienta-se que a Lei Maria da Penha, em seu artigo 7º, estabelece que constitui como ato de violência contra a mulher o impedimento de usar qualquer método contraceptivo ou a obrigação de engravidar:

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006, *online*).

Consequentemente, a afirmação da incapacidade da mulher de fazer e assumir suas escolhas, anulam-se como sujeito de direito, impossibilitando-a de se desenvolver com plena autonomia, produzindo afronta a sua liberdade. Badinter alude sobre a imposição social da maternidade e as relações de gênero no núcleo familiar:

É em função das necessidades e dos valores dominantes de uma dada sociedade que se determinam os papéis respectivos do pai, da mãe e do filho. Quando o farol ideológico ilumina apenas o homem pai e lhe dá todos os poderes, a mãe passa à sombra e sua condição se assemelha à da criança (1985 p. 26).

No Brasil, pressupõe que o abortamento é responsável por 11, 4% do total de mortes maternas e traz consequências desastrosas para a sociedade, afetando as mulheres e suas famílias, os sistemas de saúde pública e própria produtividade econômica (BENUTE *et al*, 2009, p. 323).

Observando estas considerações, é possível dizer que a esterilização voluntária é uma decisão individual, na qual diz respeito à própria capacidade de reprodução e escolha, tendo seu livre exercício conciliável com a Constituição Federal, entretanto prejudicado com o que está estabelecido na lei federal que normatiza o planejamento familiar no Brasil, o que pode levar a mulher a enfrentar uma gravidez indesejada e optar por escolhas que não faria se sua posição como sujeito de direito fosse respeitada.

## **4 DIREITOS REPRODUTIVOS NO ÂMBITO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA: QUESTIONAMENTO DA LIMITAÇÃO LEGAL NA ADI Nº 5097, NA ADI Nº 5911 E DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS VIOLADOS**

Neste capítulo, analisar-se-á as duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade que tramitam no Supremo Tribunal Federal e que questionam alguns dispositivos da Lei nº 9.263/96, notadamente a exigência de idade mínima e o consentimento do outro cônjuge para realização do procedimento de esterilização.

Os princípios fundamentais utilizados para questionar a constitucionalidade do dispositivo legal também será analisado, visto que as exigências citadas são adversas com a autonomia privada e o princípio da dignidade da pessoa humana.

### **4.1 AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE Nº 5097 E AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE Nº 5911**

No ordenamento jurídico brasileiro, existem mecanismos de controle concentrado de constitucionalidade, que são instrumentos jurídicos previstos na Constituição Federal da República, que permitem ao Supremo Tribunal Federal realizar a defesa da Constituição. Esses mecanismos atuam em abstrato, por não objetivarem a defesa de interesses particulares, mas sim a tutela da ordem jurídica.

Dentre esses mecanismos, existe a Ação Direta de Inconstitucionalidade, um mecanismo de controle exclusivamente abstrato de normas que consiste em um processo objetivo de defesa da Constituição Federal, sendo apto a apreciá-lo somente o Supremo Tribunal Federal. Possui natureza jurídica de uma ação, e não de representação, calcada num processo objetivo. Ela tem por objeto a tutela da ordem constitucional como um todo, e não a defesa de um direito subjetivo, juridicamente

protegido, lesado ou na iminência de sê-lo. Seus proponentes devem buscar a defesa do interesse genérico de toda a sociedade, e não de interesses privados, traduzidos em casos concretos (BULOS, 2015, p. 239).

De acordo com Bulos (2015, p. 257), a finalidade desta ação é eliminar da ordem jurídica as leis ou atos normativos inconstitucionais. Quando o Supremo Tribunal Federal alega, em abstrato, a ilegitimidade constitucional da lei ou do ato normativo federal ou estadual, corrompidos pelo vício da inconstitucionalidade, a ação atinge seu propósito. Em síntese, a finalidade da ação direta é transformar o Supremo Tribunal Federal em um legislador negativo, que, ao declarar a inconstitucionalidade normativa, expurga leis ou atos viciados do ordenamento jurídico, paralisando-lhes os efeitos nocivos à soberania da Carta Magna.

O autor (2015, p. 258), também alude que, entender o significado e o alcance do que sejam leis e atos normativos é pressuposto para analisar a possibilidade jurídica de exercício da ADI, isso dado que as leis e atos normativos são parâmetros de confronto, a serem cotejadas com a Constituição, para analisar a existência de ofensas em seu texto. As leis são atos primários, escritos, bilaterais, abstratos, gerais e imperativos, elaborados pelo Poder Legislativo. Essa noção é em seu sentido amplo, compreendendo a atividade legislativa com toda a sua extensão.

Portanto, a Ação Direta de Inconstitucionalidade é um mecanismo utilizado para impugnar dispositivos legais da Lei nº 9.263/96, que foram contestadas perante o Supremo Tribunal Federal sob a justificativa de que infringem princípios constitucionais, contestando a norma que trata da anuência do cônjuge para realização do procedimento de esterilização voluntária, além de impugnar a idade mínima de 25 anos para a realização da cirurgia.

A primeira contestação em relação a declaração de inconstitucionalidade do parágrafo 5º do artigo 10, da Lei de Planejamento Familiar perante o STF, ocorreu em 13 de março de 2014, o ajuizamento da ADI nº 5.097, que foi proposta pela Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADEP), e seu relator foi o ministro Celso de Mello. O Instituto Brasileiro de Direito da Família (IBDFAM), o Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM), que é um órgão vinculado à Defensoria Pública do Estado de São Paulo, figuram na condição de *amicus curiae*.

O pedido inicial consiste, na sustentação da violação do princípio da dignidade da pessoa humana, do direito à liberdade, do direito à autonomia privada e o direito

ao planejamento reprodutivo. A autora apresenta os conceitos de direitos reprodutivos e sexuais, e explica a utilização da categoria de gênero na abordagem dos direitos das mulheres, percorrendo o caminho histórico dos movimentos femininos na conquista de seus direitos, destacando que o termo “planejamento familiar” adotado pela Constituição Federal refere-se ao planejamento reprodutivo que pode ser exercido fora do contexto familiar. A autora da ADI, explica a diferença do duplo sentido da obrigação do Estado, no que se refere à intervenção do Estado. Salientando que a natureza promocional da ação governamental em relação ao planejamento reprodutivo, já se constitui em direito fundamental correlacionado ao direito à saúde e à educação.

O Senado Federal, a Advocacia Geral da União e a Procuradoria Geral da República deu um parecer, contestando a legitimidade ativa da ANADEP, sustentando que não haveria pertinência temática entre a ANADEP e o objeto da ação, que é um requisito necessário à propositura da ação. O pedido liminar foi negado e a ação está conclusa para apreciação do ministro relator, Celso de Mello, sem movimentação processual desde agosto de 2018.

Em 08 de março de 2018, data que se comemora o Dia Internacional da Mulher, o Partido Socialista Brasileiro (PSB) ajuizou a Ação Direita de Inconstitucionalidade nº 5.911, em relação a inconstitucionalidade parcial com redução de texto da exigência da idade superior a 25 anos ou a existência de dois filhos vivos para a realização do procedimento de laqueadura tubária e que seja declarada a inconstitucionalidade total com redução de texto do parágrafo 5º do art. 10, da Lei nº 9.263/96, referente a anuência do cônjuge para a realização da esterilização voluntária. O relator da referida ação, também, foi o ministro Celso de Mello, assim como a ADI nº 5.097. O Centro Acadêmico de Direito da Universidade de Brasília (CADI/UNB) e o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres (NUDEM), que é um órgão integrante da Defensoria pública do Estado de São Paulo e que também esteve presente no ADI nº 5.097, ingressaram na condição de *amicus curiae*, e também há participação das Promotoras Legais Populares (PLP's) e foi juntado aos autos o parecer da pesquisadora internacional Julie Taft.

Segundo o pedido inicial, a exigência da anuência do cônjuge como requisito obrigatório para a cirurgia de esterilização voluntária, feriria a autonomia da vontade individual, reflexo direto da dignidade da pessoa humana, num contexto que presume que as decisões personalíssimas, como as que envolvem direitos reprodutivos, não



podem sujeitar-se ao consentimento de terceiros e nem mesmo do cônjuge (PSB, 2018, *online*).

O pedido de medida cautelar para suspensão dos dispositivos impugnados foi deferido, dado que conforme despacho do ministro relator, datado de 11 de março de 2019, analisando que no caso, existem os requisitos autorizados da instauração do procedimento abreviado, aos quais se refere o art. 12 da Lei nº 9.868/99 (Lei da Ação Direta de Inconstitucionalidade):

Art. 12. Havendo pedido de medida cautelar, o relator, em face da relevância da matéria e de seu especial significado para a ordem social e a segurança jurídica, poderá, após a prestação das informações, no prazo de dez dias, e a manifestação do Advogado-Geral da União e do Procurador-Geral da República, sucessivamente, no prazo de cinco dias, submeter o processo diretamente ao Tribunal, que terá a faculdade de julgar definitivamente a ação (BRASIL, 1999, *online*).

Assim, foi determinada a oitiva dos órgãos que emanaram os dispositivos legais ora impugnados nesta sede de controle normativo abstrato: os Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. Os autos estão conclusos para o ministro relator desde 13 de maio de 2019.

No dia 31 de agosto de 2020, no parecer juntado aos autos da ADI nº 5.911, que pede a inconstitucionalidade do inciso I e do §5º do art. 10, da Lei nº 9.263/96, o Procurador-Geral da República, Augusto Aras, considerou inconstitucional a necessidade da anuência do cônjuge para a realização de esterilização voluntária, bem como sua proibição aos menores de 25 anos ou a aos que não possuem dois filhos vivos.

Compreendido a análise das ADIs, passa-se a analisar os fundamentos que ampararam o ajuizamento das ações diretas de inconstitucionalidade citadas: princípio da dignidade da pessoa humana e o princípio da autonomia privada.

#### 4.2 PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

O princípio da dignidade da pessoa humana, disposto no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal, sendo um valor moral e fundamento da República, serve como parâmetro e objetivo da atuação dos membros do Judiciário, Legislativo e Executivo (SOARES; VASCONCELO, 2017, *online*):

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania;

II - a cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político (BRASIL, 1988, *online*).

A Carta Magna não definiu a dignidade, então coube à doutrina e a jurisprudência conceituar o instituto. Conforme Barroso (2009, p. 250), a dignidade da pessoa humana é o valor moral e o princípio subjacente ao grande mandamento, de ordem religiosa, do respeito ao próximo. Posteriormente a Segunda Guerra Mundial, esse princípio passou a constar em documentos internacionais, como a Declaração de Direitos Humanos (DDH), e em Constituições como a italiana (1947), a alemã (1949), a portuguesa (1976) e a espanhola (1978).

O autor aduz que, o princípio está na origem dos direitos materialmente fundamentais e representa o núcleo essencial de cada um deles, dessa forma os individuais como os políticos e sociais. Tanto no Brasil como no mundo, esse tema tem sido objeto de intensa elaboração doutrinária e de busca de maior densidade jurídica, procurando-se estabelecer os contornos de uma objetividade possível, preparada a promover racionalidade e controlabilidade à sua utilização das decisões judiciais (BARROSO, 2009, p. 251).

Em síntese, a dignidade da pessoa humana está no núcleo essencial dos direitos fundamentais, na qual se extrai a tutela do mínimo existencial e da personalidade humana, tanto na sua dimensão física quanto moral. E ao longo dos anos, tem crescido, no Brasil e no exterior, decisões e elaborações jurisprudenciais que vão definindo o perfil jurídico do princípio (BARROSO, 2009, p. 254).

O conceito de dignidade da pessoa humana, no Ocidente, está muito associado às obras de Kant. O referido filósofo aduz que os seres humanos têm valores intrínsecos, os tornando únicos, essa é a razão pela qual não poderiam ser utilizados como meio ou objeto para atingir um resultado (WEBER, 2009, p. 240).

Nesse pensamento, tratar o consentimento do cônjuge como requisito necessário para a realização da esterilização voluntária fere o princípio da dignidade da pessoa humana, tendo em vista que equipara o parceiro que deseja se submeter a esse tipo de procedimento cirúrgico, a um mero reprodutor.

O princípio da dignidade da pessoa humana corrobora o direito de planejamento familiar, de acordo com o art. 226, parágrafo 7º, da Constituição Federal:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.  
[...]

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

A designação de planejamento familiar está implícita com a ideia de regulação de nascimentos, de contracepção, de esterilização e de todos os meios que agem explicitamente sobre as funções reprodutoras, tanto do homem quanto da mulher, e sobre a saúde de ambos. O dispositivo legal atribuiu ao indivíduo o direito de escolher livremente os meios para planejar a sua vida reprodutiva, recebendo as informações necessárias e tendo acesso a métodos contraceptivos seguros e eficazes (BRAUNER, 2003, p. 15).

Segundo Maria Dias (2007, p. 221), o planejamento familiar governamental deve ser de natureza meramente promocional, não coercitiva, devendo proporcionar orientações à população por meio de ações preventivas e educativas, e por garantia de acesso igualitário a informações, métodos e técnicas acessíveis para a regulação da fecundidade.

Conforme o texto constitucional sobre o princípio da dignidade da pessoa humana, é visível que não cabe ao Estado estimular ou desestimular condutas relativas ao exercício do direito ao planejamento reprodutivo. Só cabe ao Estado, proporcionar ao indivíduo os recursos educacionais e de saúde para que o direito seja adequadamente exercido.

Sendo assim, ao condicionar a realização da cirurgia de esterilização voluntária ao consentimento do cônjuge, idade mínima de 25 anos ou a ter dois filhos vivos, tipificando como crime a realização da laqueadura sem o preenchimento desses requisitos do art. 15 da Lei nº 9.263/96, também está vulnerando o princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no art. 1º, inciso II, da Constituição Federal.

Nesse sentido a Procuradoria endossa os argumentos da NUDEM e da ANADEP, ao considerar as multifacetadas discriminações contra a mulher nos mais diversos setores sociais, como repercussão negativa do dispositivo em cheque, o

grande número de gravidezes indesejadas, com todos os seus efeitos nefastos, inclusive do ponto de vista sanitário:

Criminalizar esterilização voluntária realizada sem consentimento do cônjuge ou companheiro impõe à mulher situação de restrição extrema. Com isso, ela se vê sob a dupla ameaça da criminalização do aborto e da esterilização sem consentimento do cônjuge, na constância da sociedade conjugal. A situação consubstancia grave violência sociojurídica e até psicológica, inaceitável anacronismo jurídico, porquanto o Estado, ao criminalizar ambas as condutas –o aborto e a esterilização voluntária realizada sem consentimento de terceiro –, impõe reprodução não planejada aos casais e colide frontalmente com o direito constitucional a planejamento familiar [...] Na hipótese de discordância insuperável de um dos cônjuges ou companheiros frente à decisão do (a) outro (a) de realizar esterilização, a solução menos grave e a única compatível com as garantias constitucionais de dignidade e liberdade é a de que eles ponham fim à relação familiar, não a de impor gravidez ao outro, por decisão de apenas um (PGR, 2015, *online*).

Dessa forma, os requisitos autoritários de idade e quantidade mínima de filhos contidos na Lei de planejamento Familiar fere a Constituição Federal, visto que submete o exercício do direito a dispor do próprio corpo ao consentimento do cônjuge, violando o princípio da dignidade da pessoa humana e o princípio da autonomia privada, que será analisado no tópico a seguir.

#### 4.3 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA PRIVADA

A Constituição Federal, em seu art. 5º, caput, diz que “Todos somos iguais perante a lei, sem distinção de natureza, garantindo aos seus residentes a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança [...]”. Para Agostini (2009, p. 54), essa liberdade prevista na Constituição pode ser definida como:

É o conceito-chave da autonomia, pois unicamente ele contém a condição pela qual um ser que age racionalmente pode tornar as leis morais determinações de sua própria vontade. Para fundamentar a dignidade do ser humano, é imprescindível tratar da relação entre autonomia e liberdade, pois são seu fundamento. Em outras palavras, para afirmar que o ser humano tem dignidade, é preciso mostrar que é autônomo, o que implica, necessariamente, ser livre.

O princípio da autonomia privada é entendido como a capacidade do indivíduo determinar o seu próprio comportamento. Para Sarmiento (2003, p. 308), a autonomia significa:

[..] o poder o sujeito de autogoverno de sua esfera jurídica, tendo como matriz a concepção de ser humano como agente moral, dotado de razão, capaz de decidir o que é bom ou ruim para si, e que deve ter liberdade para guiar-se de acordo com estas escolhas.

O autor aduz que o princípio da autonomia privada é entendido como a capacidade do sujeito de direito de determinar seu próprio comportamento individual. Sendo assim, a autonomia privada está ligada a escolhas existenciais e à dimensão mais prosaica da vida humana, concernente à celebração de contratos e negócios jurídicos com caráter patrimonial (SARMENTO, 2003, p. 168).

O princípio da autonomia privada recebe proteção da ordem constitucional, e de acordo com o quadro valorativo, essa tutela não é invariável, sendo mais intensa no plano concernente às escolhas existenciais da pessoa humana do que no campo patrimonial e econômico (SARMENTO, 2003, p. 169).

O autor, também questiona a liberdade de um ato aparentemente livre de um particular hipossuficiente, que é realmente livre ou um produto de constrangimentos externos:

Por outro lado, considerando a noção de pessoa subjacente à ordem constitucional brasileira, é fácil inferir que a proteção da autonomia privada, em cada caso, não pode prescindir de considerações a propósito das condições efetivas de liberdade do sujeito de direito no mundo da vida. Até que ponto um ato aparentemente livre de um particular hipossuficiente, numa relação travada com outro mais poderoso, é o resultado da sua autodeterminação, ou se trata do produto de constrangimentos externos, de origem econômica e social, aos quais o Direito não pode permanecer indiferente? Questões como essa não devem ser negligenciadas pelo intérprete, sobretudo no âmbito de uma sociedade tão injusta e desigual como a brasileira (SARMENTO, 2003, p. 170).

Nesse caso, as mulheres continuam sendo colocadas em condição de inferioridade perante o homem, no qual essa condição não lhes dá total liberdade para decidir de forma livre, sobre as questões reprodutivas, como o desejo de realizar o procedimento de laqueadura tubária com o fito de não gerar mais filhos.

As desigualdades previstas pela legislação brasileira eram amplas e em muitos casos o casamento em equivalente à alienação parcial do corpo da mulher sobre si e seu corpo, implicava formalmente a subordinação à autoridade do companheiro. Portanto, havia tolerância social a uma série de violências na família respaldadas pela legislação (BIROLI, 2018, p. 137).

A liberdade de não querer gerar filhos está amparada no respeito pela autonomia pessoal, pois a escolha de ter ou não ter filhos, tem um peso notável e

decisivo sobre o plano de vida do indivíduo, já que influencia todo o plano de vida de uma pessoa, e constitui uma das facetas da liberdade geral de gerir e administrar a sua própria vida (BOTTEGA, 2016, p. 28).

A liberdade de não querer gerar filhos, também, faz parte dos direitos fundamentais da pessoa humana, sendo parte do seu direito a vida, a liberdade e a autodeterminação, como é o reflexo do direito do princípio da dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, Barroso (2010, *online*) conclui que o direito à autonomia privada representa um fundamento do conceito de dignidade da pessoa humana:

A dignidade como autonomia envolve, em primeiro lugar, a capacidade de autodeterminação, o direito do indivíduo de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente sua personalidade. Significa o poder de fazer valorações morais e escolhas existenciais sem imposições externas indevidas. Decisões sobre religião, vida afetiva, trabalho, ideologia e outras opções personalíssimas não podem ser subtraídas do indivíduo sem violar sua dignidade.

A ANADEP (2014, *online*) alega que o art. 7º, inciso III, da Lei nº 11.340/2006 prevê como forma de violência doméstica e familiar o ato de impedir a mulher de usar qualquer método de contracepção:

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

[...]

III -a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006, *online*).

Dessa forma, constata-se uma contradição no ordenamento jurídico, em razão da Lei Maria da Penha dispor que o impedimento ao uso de método contraceptivo é uma violência contra a mulher, porém, a Lei de Planejamento Familiar exige do cônjuge o consentimento à realização do procedimento cirúrgico de laqueadura tubária. Fazendo com que essa limitação represente um retrocesso em comparação aos direitos conquistados com a Lei Maria da Penha, violando os princípios constitucionais e reforçando a inconstitucionalidade dos dispositivos.

De acordo com o art. 5º, caput, do Código Civil, a maioria civil no Brasil é adquirida aos 18 anos de idade, portanto, não há justificativa plausível que ampare a

obrigatoriedade de 25 anos como idade mínima para realizar o procedimento de esterilização. Já a exigência de ter dois filhos vivos, ressalta a ideia de que a mulher tem o dever de procriar um número ideal de filhos. Sendo assim, a intervenção estatal também não é cabível, já que a decisão não pode interferir na autonomia de um indivíduo ou no livre direito ao planejamento reprodutivo de uma pessoa.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O planejamento familiar, foi garantido na Constituição Federal de 1988 com status de direito fundamental, já que os direitos sexuais e reprodutivos estão vinculados ao exercício de direitos humanos indivisíveis, como o direito à liberdade, à igualdade, à autonomia, à autodeterminação e à dignidade da pessoa humana. Estes direitos são interdependentes, se um é desrespeitado acaba repercutindo na violação do outro.

Por sua vez, a Lei 9.263/96 trouxe grandes avanços ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, no entanto, percebe-se que a realidade aponta para uma desigualdade de gênero que coloca a mulher como maior responsável pela questão reprodutiva familiar, já que o número de mulheres que buscam evitar uma gravidez indesejada é maior que o número de homens que o fazem.

Embora a Lei de Planejamento Familiar ampliou o acesso à saúde sexual e reprodutiva, também criou uma barreira que pode gerar uma série de consequências indesejadas, principalmente a violação da autonomia reprodutiva da pessoa que é plenamente capaz e possui discernimento para tomar suas próprias decisões.

A previsão constitucional é limitada pela dignidade da pessoa humana e pela paternidade responsável, devendo o Estado proporcionar recursos educacionais e científicos, sendo vedada qualquer forma coercitiva de intervenção no planejamento familiar. Portanto, a restrição contida na Lei de Planejamento Familiar, somada às questões sociais relacionadas à classe e gênero, desfavorecendo as mulheres, violam a autonomia de dispor de seu próprio corpo no caso da esterilização voluntária.

Conforme o IBCCRIM, não há exigência da anuência do cônjuge para a realização de cirurgia de mudança de sexo no Brasil, mas há para a realizar o

procedimento de esterilização voluntária, demonstrando a incongruência do nosso ordenamento jurídico. De acordo com a NUDEM, o fato de o dispositivo em discussão preocupar-se com a anuência do cônjuge para a realização da esterilização, mas não mencionar sua presença e participação nas atividades educativas e orientacionais aos quais o interessado pelo procedimento deve se submeter.

Para alegar a inconstitucionalidade dos dispositivos da Lei de Planejamento Familiar, foram ajuizadas duas Ações Diretas de Inconstitucionalidade que ainda estão pendentes de julgamento, estas argumentam que os dispositivos violam o princípio da dignidade da pessoa humana, planejamento reprodutivo, liberdade e autonomia privada. Analisados os princípios frente às restrições à realização da esterilização voluntária, verificou-se que a norma legal viola os princípios acima mencionados devido à inconveniente ingerência estatal, não dando a liberdade de as mulheres tomarem decisões sobre o que fazer com seu corpo, sendo assim, espera-se que os dispositivos sejam declarados inconstitucionais pelo Supremo Tribunal Federal.



## REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINI, L. *Autonomia: Fundamento da dignidade humana em Kant*. Porto Alegre: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

ALECRIM, G. M.; ARAÚJO, J. M.; SILVA, E. P. **Autonomia da mulher sobre seu corpo e a intervenção estatal**. In: Periódico do Núcleo de Pesquisas Sobre Gênero e Direito da UFPB, v.3, n. 2, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/20428>>. Acessado em: 14/10/2020.

ALVES, J. E. D. **As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Rio de Janeiro, p. 52. 2006.

ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. **Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo+ 10**. Revista Brasileira de Estudos de População, Campinas, v. 20, n. 2, p. 129-156, 2003. Disponível em: <<https://www.rebep.org.br/revista/article/view/290>>. Acessado em: 11/10/2020

ANDRADE, D. A. **Planejamento familiar: igualdade de gênero e corresponsabilidade**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017.

ANADEP. Processo: ADI 5097. **Supremo Tribunal Federal**, 2014. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4542708>>. Acessado em: 09/11/2020.

ARAÚJO, E. A arte da sedução: sexualidade feminina na colônia. In: DEL PRIORE, M.; BASSANEZI, C. **História das mulheres no Brasil**. 7ª. ed. São Paulo: Contexto, 2004. p. 45-77.

AVILA, M. B. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S465-S469, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 14/10/2020.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde**, 1996. Disponível em: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf>>. Acessado em: 11/10/2020.

BARROSO, L. R. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. São Paulo: Saraiva, 2009.

BARROSO, L. R. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação**, 2010. Disponível em: <[https://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade\\_texto-base\\_11dez2010.pdf](https://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf)>. Acessado em: 09/11/2020.

BENUTE, G.; NOMURA, R.; PEREIRA, P.; LUCIA, M.; ZUGAIB, M. **Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa**. In: Revista Associação Médica Brasileira, 2009.

BERQUO, E.; CAVENAGHI, S. **Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S441-S453, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800025&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 13/10/2020.

BERQUÓ, E.; ROCHA, M. I. B. (2013). **A Abep no contexto político e no desenvolvimento da demografia nas décadas de 1960 e 1970**. Revista Brasileira De Estudos De População, p. 233-246, 2005. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/241>. Acessado em: 11/10/2020.

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

BOTTEGA, C. Liberdade de não procriar e esterilização humana. **Revista Jurídica da Universidade de Cuiabá**, v. 9, n. 2, p. 43 64, 2016.

BRASIL. Constituição da República do Brasil de 1988. **Constituição Federal**, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acessado em: 10/10/2020.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Lei de Planejamento Familiar**, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm)>. Acessado em: 13/10/2020.

BRASIL. Lei nº 9.868, de 10 de novembro de 1999. **Lei da Ação Direta de Inconstitucionalidade e da Ação Declaratória de Constitucionalidade**, 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9868.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9868.htm)>. Acessado em: 08/11/2020.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acessado em: 15/10/2020.

BRAUNER, M. C. C. **Direito, sexualidade e reprodução humana: conquistas médicas e o debate bioético**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BULOS, U. L. **Curso de direito constitucional**. 9ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CAMPOS, C. H.; OLIVEIRA, G. C. **Saúde Reprodutiva das Mulheres: direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília In: CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria): IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 3. ed. Coimbra (Portugal): Livraria Almedina, 1999. 1414 p. ISBN 972 40 1217 4

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. **O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas de saúde: determinantes históricos**. Rev. Esc. Enf. USP, v.34, n.1, p.37- 44, mar 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342000000100005>>. Acessado em: 10/10/2020.

COOK, R. J. **International Human Rights and Women's Reproductive Health**. In: Studies in Family Planning. vol. 24, n.2 (Mar. Apr., 1993), pp. 73 86. Disponível em: <[http://www.jstor.org/stable/2939201?seq=2#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/2939201?seq=2#page_scan_tab_contents)>. Acessado em: 15/10/2020.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P. M.; ALVES, J. E. D. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico conceitual e sistema de indicadores**. In: S. Cavenaghi (coord.). Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil**. In: GIFFIN, K. and COSTA, SH. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319-335. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-18.pdf>>. Acessado em: 11/10/2020.

COSTA, A. M. **Metáforas do desejo: a esterilização como processo de defesa**. Revista de Ciências Médicas, v. 12, 2012.

COSTA, A. M. **Planejamento familiar no Brasil**. Revista Bioética, v. 4, n. 2, 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/416/379](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/416/379). Acessado em: 11/10/2020.

DEL PRIORE, M. Magia e medicina da colônia: o corpo feminino. In: DEL PRIORE, M.; BASSANEZI, C. **História das mulheres no Brasil**. 7ª. ed. São Paulo: Contexto, 2004. p. 78-114.

DIAS, M. B. **Manual de direito das famílias**. 4ª. ed. São Paulo: RT, 2007.

DORA, D. D.; SILVEIRA, D. D. (orgs). **Direitos Humanos, Ética e Direitos Reprodutivos**. Porto Alegre: THEMIS, 1998.

FÁVERO, M. H. **Psicologia do gênero: psicobiografia, sociocultura e transformações**. Curitiba: UFPR, 2012.

FONTENELE, C. V.; TANAKA, A. C. d'Andretta. **O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!: laqueadura e novas tecnologias reprodutivas**. Saude Soc., São Paulo, v. 23, n. 2, p. 558-571, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000200558&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200558&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 13/10/2020,

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. In: Rev. Eletr. Enf. Internet, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acessado em: 10/10/2020.

GELEDÉS. **Esterilização: impunidade ou regulamentação**. Cadernos Geledés, São paulo, v. 2, 1991. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2015/05/Esterilizao-Impunidade-ou-Regulamentao.pdf>>. Acessado em: 11/10/2020.

GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GONÇALVES, T. A. **Direitos humanos das mulheres e a comissão interamericana de direitos humanos: uma análise de casos admitidos entre 1970 e 2008**. Dissertação (Mestrado em Diretos Humanos) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. doi:10.11606/D.2.2011.tde-31052012-162759. Acessado em: 11/10/2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Projeção da População do Brasil**, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acessado em: 15/10/2020.

JARDIM, R. T. **Esterilização feminina na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle de natalidade**. In: Revista Jus Navigandi, ISSN 1518 4862, Teresina, ano 10, n. 793, 4 set. 2005. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/7212>>. Acessado em: 10/10/2020.

LIMA, F. D. S. "Meu corpo, minhas regras": A judicialização dos direitos reprodutivos da mulher no Supremo Tribunal Federal À luz da Legal Mobilization. In: NOWAK, B., et al. **Constitucionalismo feminista**. Salvador: JusPodivm, 2019. p. 253-283.

MATTAR, L. D. **Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos**. Revista internacional de direitos humanos, v. 5, n. 8, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452008000100004>>. Acessado em: 10/10/2020.

MORAES, M. C. B.; TEIXEIRA, A. C. B. **Comentário ao artigo 226**. In: CANOTILHO, J. J. G.; MENDES, G.; SARLET, I.; STRECK, L. (Coordenadores). **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013, p. 2115-2123.

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. **Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino?** In: Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v.9, n.3, set/dez.

2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000300007>>. Acessado em: 10/10/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4ª. ed. Brasília: Editora MS, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acessado em: 13/10/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acessado em: 13/10/2020.

MIRÓ, C. A. **As políticas de população na América Latina em meados de 1985: um panorama confuso**. Revista Brasileira de Estudos de População, Campinas, v. 4, p. 87-94, 1987. Disponível em: <[https://rebec.org.br/revista/article/view/602/pdf\\_574](https://rebec.org.br/revista/article/view/602/pdf_574)>. Acessado em: 10/10/2020.

MOREIRA, M. H. C.; ARAÚJO, J. N. G. **Planejamento Familiar: autonomia ou encargo feminino**. Psicologia em Estudo, v. 9, n. 3, p. 389-98, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a06>>. Acessado em: 14/10/2020.

NEGRI, B. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher**, 4ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

NICOLAU, A. I. O. et al. **História reprodutiva de mulheres laqueadas**. In: Acta paul. Enferm., São Paulo, v. 23, n. 5, pág. 677-683, outubro de 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500015&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 14/10/2020

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (Brasil). **ONU mulheres Brasil, 1979**. Disponível em: <[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao\\_cedaw1.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf)>. Acessado em: 11/10/2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (Pequim). **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, 1995**. Disponível em: <[http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao\\_pequim1.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim1.pdf)>. Acessado em: 14/10/2020.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; CRESPO, E. R.; ESPEJO, X.; PÁDUA, K. S. **Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde**. In: Cadernos de Saúde Pública, vol.20 n.6, Rio de Janeiro, 2004.

OSIS, M. J. M. D. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. In: Cadernos de Saúde Pública, vol.14 n.1, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>>. Acessado em: 10/10/2020.

PGR. Processo: ADI/5097. **Supremo Tribunal Federal**, 2015. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=4542708>>. Acessado em: 09/11/2020.

PINTO, C. R. J. **Feminismo, história e poder**. Revista de Sociologia e Política, v. 18, n. 36, Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782010000200003>>. Acessado em 10/10/2020.

PIOVESAN, F.; IKAWA, D. **Grupo de Trabalho de Direitos Humanos**. In: Direitos humanos no cotidiano jurídico. São Paulo, 2004.

PIROTTA, K. C. M. **Estudo do Comportamento Reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP**. In: Tese de Doutorado. São Paulo, 2002.

PSB. Processo: ADI/5911. **Supremo Tribunal Federal**, 2018. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5368307>>. Acessado em: 08/11/2020.

ROCHA, M. I. B. **A constituinte e o planejamento familiar: um roteiro das sugestões, emendas e propostas**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Belo Horizonte, 1988. 637-674.

SARMENTO, D. Os princípios constitucionais da liberdade e da autonomia privada. In: LEITE, G. S. **Dos princípios constitucionais: considerações em torno das normas principiológicas da Constituição**. São Paulo: Malheiros, 2003.

SCAVONE, L. **Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero**. Estudos de sociologia, v. 5, n. 9, 1999.

SILVA, A. C. Q.; SILVA, A. L. G. **Análise da Inconstitucionalidade da vedação legal à laqueadura tubária em parto cesariano**. In: Revista Direito e Liberdade, Natal, v. 16, n. 1, 2014.

SOARES, R. M. F.; VASCONCELOS, L. C. S. **A centralidade do princípio da dignidade da pessoa humana e a tutela dos direitos**. Direito e Justiça Social - Revista jurídica da UVV-ES, 2016.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Apelação Cível nº 1.0647.13.008279-3/002. Apelante: Vanessa Aparecida Mosqueti. Apelado: Município São Sebastião Paraíso, Estado de Minas Gerais. Relator: Desembargador Marcelo Rodrigues. Data de Julgamento: 23/06/2015, Câmaras Cíveis / 2ª CÂMARA CÍVEL, Data de publicação: 29/06/2015. **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**. Disponível em: <<http://www.tjmg.jus.br/portal.tjmg/>>. Acessado em: 16/10/2020.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª. ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2009.

VIEIRA, E. M. **O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas**. In: Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, 2007.

Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000500001>>. Acessado em: 10/10/2020.

WEBER, T. Autonomia e dignidade da pessoa humana em Kant. **Revista brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça**, v. 3, n. 9, p. 232-259, 30 dez. 2009.

YAMAMOTO, S. T. **Desencontros entre direitos e desejo da mulher e a decisão da equipe médica na prática da esterilização cirúrgica**. 2017. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. doi:10.11606/T.6.2018.tde-15022018-154445. Acessado em: 11/10/2020.