I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

JULIA MAURMANN XIMENES

SAMYRA HAYDÊE DAL FARRA NASPOLINI

SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO

Copyright © 2020 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais
Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI
Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo
Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)
Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – Santa Catarina
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará
Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM– Distrito Federal
Relações Internacionais para o Continente Americano
Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goías
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul Prof.
Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

---

D597

Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini; Julia Maurmann Ximenes; Saulo De Oliveira Pinto Coelho – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-040-4
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Constituição, cidades e crise

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. I Encontro Virtual do CONPEDI (1: 2020 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

I ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

O ano de 2020 tem sido um marco na utilização de Tecnologias da Comunicação e Informação. Neste sentido, o Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito – CONPEDI adaptou o formato de seu evento presencial no meio do ano para o primeiro Evento Virtual do CONPEDI. Os painéis e grupos de trabalhos foram transmitidos pela plataforma virtual, com participação de alunos e professores do Brasil e do exterior.

No Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas I, a apresentação e debates dos trabalhos ocorreu tranquilamente no dia 27 de julho, sob a coordenação dos professores Julia Maurmann Ximenes, Samyra Haydêe Dal Farra Napoli e Saulo de Oliveira Pinto Coelho.

A primeira pesquisa apresentada, de Jorge Vieira e de Othoniel Ceneceu, analisa as peculiaridades das práticas de gestão na política públicas de saúde, nos atuais tempos de Pandemia da Covid19. A pesquisa envolveu revisão da bibliografia produzida sobre o assunto e a análise matemático-estatística dos dados existentes sobre as atividades do sistema de saúde nesse período. Essa análise quantitativa permitiu, segundo os autores, corrigir algumas inferências midiáticas sobre o desempenho brasileiro no combate à pandemia.

A pesquisa de Danúbia Rodrigues, Lucas Fagundes e Jéssica Miranda aborda a temática da proteção de dados pessoais, frente à ocorrência da crise da Covid19, que gera uma situação singular quanto ao direito ao sigilo e privacidade, nessas situações. Essa dicotomia entre dever de informar e direito à privacidade foi analisada quanto às situações possíveis em que haveria direito à reparação de dano à privacidade, nas práticas relativas à contenção da Pandemia.

A pesquisa de Anna Zeifert trata da questão da desigualdade, pobreza e inclusão, partindo nas analise do CEPAL e das series histórias recentes nessa análise, com especial foco e interesse em identificar os principais sujeitos atingidos socioeconomicamente pela atual Pandemia da Covid19. A relação entre pobreza e empoderamento (capacidade de participação política) é analisada criticamente no trabalho.

O Trabalho de Ygor Távora versa sobre o direito à saúde e as situações referentes à crise da Covid19, buscando verificar as situações de aplicabilidade do princípio da reserva do possível, seu uso e as situações de aplicação excepcional do princípio frente à atual pandemia.

Rita de Cássia e Juliana Araújo apresentaram trabalho sobre a luta anti-manicomial e a política pública de drogas no brasil, analisando as transformações no sentido das políticas de cuidado e saúde do usuário e políticas e redução de danos. Analisam a questão das recentes alterações legislativas nessa seara e buscam sistematizar as críticas da literatura especializada a essas alterações legislativas recentes, avaliadas por essa literatura como retrocesso.

Rodrigo Tonel e Janaína Sturza abordam a questão das políticas públicas para a prevenção do suicídio e a necessidade de desenhos regulatórios de prevenção mais integrados a outras questões de saúde, como depressão e outros fenômenos. Fazem também considerações sobre as deficiências de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com essas situações e implementar adequadamente essas políticas.

O trabalho científico de Pablo Lemos aborda a judicialização da saúde pública na comarca de Niterói-RJ, para situações de doenças raras, quanto ao direito à duração razoável do processo. Essa pesquisa, com características de estudo de caso, se fez valer de trabalhos de campo para coletar dados mais refinados sobre o fenômeno analisado. Dentre os resultados, identificou que são fatores causadores dos problemas de celeridade a falta de comunicação sinérgica entre as instituições públicas envolvidas, além de um uso ineficiente dos núcleos de especialização técnica, por parte do judiciário.

A pesquisa de Marcus Resende, foca nas políticas públicas de dispensação de medidamentos, com recorte nas judicializações e nas contradições (em termos de regressividade) de determinadas judicializações frente ao orçamento público e a necessidade de progressividade da relação arrecadação-gasto.

Já a pesquisa de Liane Pimenta analisa, com técnicas de pesquisa empírica, nas bases de decisões judiciais, as contradições das políticas de dispensação de medicamentos e respectivas demandas judicializadas na área.

Flavia Cristina e André Pires apresentaram trabalho sobre o apoio, por meio de redes de contato, a mulheres vítimas de violência doméstica, na busca por inovar e promover melhorias incrementais na política pública de proteção instituída pela Lei Maria da Penha. As análises até então feitas pela dupla a respeito indicam que a rede de contatos produz empoderamento dessas mulheres vulnerabilizadas, permitindo maior eficácia das estratégias destinadas a evitar a reincidência dos atos de violência sofridos.

As pesquisadoras Luana Adriana e Georgia Araújo abordam a questão da igualdade de acesso ao ensino e o papel das políticas públicas de educação quanto às adaptações razoáveis para a acessibilidade na educação. Analisam a caracterização e buscam delimitar, bem como oferecer subsídios teórico-dogmáticos para operacionalizar a aplicação do conceito de adaptações razoáveis. Um dos focos de análise seria a superação da dicotomia normalidade-anormalidade, nas adaptações razoáveis.

O trabalho de Jeremias da Cunha versa sobre o Crédito Educativo como instrumento da política pública de acesso ao ensino superior no Brasil, buscando dar maior precisão as terminologias empregadas no marco regulatório deste instrumento de financiamento estudantil.

A pesquisa de Querino Tavares e Nilson Júnior trata do controle externo das políticas públicas educacionais, com analises destinadas a identificar pontos de aperfeiçoamento de tais políticas, com foco nas experiências de controle do TCE-GO e analisando a relação entre controle formal e controle material de contas, com vistas à efetividade do gasto público, para além do controle formal, mas também preocupado em evitar ativismo no controle de contas.

A pesquisa de Alberto Nogueira versa sobre a tentativa de localizar problemas nas práticas de gestão efetivadas nas políticas de acesso por cotas em concursos públicos, notadamente quanto a eventuais falhas nas comissões de hétero-identificação, segundo o autor.

A pesquisa de Caio Cela e de Amanda Alves tem por foco a análise e identificação de limites para a judicialização das políticas públicas educacionais, com foco na hipossuficiência e no mínimo existencial como dois dos importantes critérios de análise desses limites.

O trabalho apresentado por Mariana Cesco e Vladimir Brega se volta para o fenômeno da educação familiar e sua inserção ou adaptabilidade ao modelo de política pública de educação no país.

O texto de Paulo Souza trata da política nacional de educação e a ideia de educação integral, bem como, segundo o autor, os impactos e peso do binômico política-religião no desenho dos planos de educação no brasil, nos diferentes entes federativos, mas com enfoque na experiência específica do Estado do Rio de Janeiro. A análise se baseia na ideia da necessidade de conformação entre igualdade e diferenças na modulagem dessas políticas.

Manoel Macêdo, em seu trabalho, aborda a questão do tratamento socioeducativo oferecido a adolescentes infratores, no conjunto da política pública da criança e adolescente, analisando

as possibilidades de distorção do uso dessa ferramenta (instrumento), para mera contenção e privação de liberdade ao adolescente. Valeu-se de analise de dados em bases públicas para discussão da questão. Conclui que a baixa eficácia do atendimento sócio-educacional está fortemente relacionada à priorização de medidas de contenção para o adolescente infrator.

A pesquisa de Urá Lobato Martins e Vinícius Ferreira aborda, com base na biopolítica, as situações de exclusão, desrespeito aos direitos das mulheres, ausências de segmentação adequadas, outras contradições nas questões relativas políticas de controle de natalidade, com especial enfoque na questão do uso da laqueadura como uma prática revestida de muitas contradições no sistema de saúde, segundo os autores.

Em outro artigo, Urá Martins e Vinícius Ferreira realizaram análises documentais e interpretaram dados empírico para pesquisar outra situação de exclusão social e violência, relacionado ao fenômeno da impunidade na violência policial frente a homicídios de pessoas moradoras de comunidades no Rio de Janeiro, questão que também foi analisada sob a lógica da estratificação sociais e da interseccionalidade.

A pesquisa de Rebeca de Souza aborda a questão das decisões estruturais e do processo estrutural na experiência brasileira de controle de políticas públicas. Fazendo valer uma metodologia baseada uma conjugação de técnicas, a pesquisa delimitou temas específicos na área de acessibilidade e mobilidade para verificar as dificuldades e desafios da realização de processos estruturais no Brasil.

Linara Assunção, apresentou estudo científico sobre os efeitos sociais da obra pública da ponte que liga o Oiapoque (fronteira, no Estado do Amapá) e o território francês vizinho. Avalia que essa ponte binacional produziu uma transformação das práticas de fronteira, mais informais, para práticas formais para as interações que já eram estabelecidas entre as duas cidades vizinhas, em cada respectiva realidade, produzindo, contraditoriamente, uma segregação e separação entre essas populações.

O trabalho de Miriane Willers analisa a questão do custo dos direitos e a relação entre Estado Fiscal (dependência de arrecadação para prestação de serviços e utilidades públicas) e a efetividade de direitos. Analisa as dificuldade e as escolhas difíceis com as quais o Direito precisa lidar frente a essa característica do modelo de Estado fiscal.

A pesquisa de Robert Bonifácio e de Lucas Velasco aborda a construção de uma metodologia de análise de impacto legislativo na Câmara Municipal de Goiânia, em abordagem interdisciplinar com enfoque na produção de um know-how de avaliação de impacto aplicável na experiência parlamentar pesquisada.

Por fim, o trabalho científico de Darléa Carine e Rogério Nery, lança bases teóricas no campo do Direito e Políticas públicas, ao analisar o pensamento de Rawls quanto à noção de justiça como equidade, com foco na complementariedade da abordagem das capacidades desenvolvida por Nussbaum.

O desafio do primeiro evento virtual foi alcançado com êxito e vamos continuar pesquisando!

Boa leitura!

#continuepesquisando

Julia Maurmann Ximenes - ENAP

Samyra Haydêe Dal Farra Napoli - FMU

Saulo de Oliveira Pinto Coelho - UFG

Os artigos do Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas I apresentados no I Encontro Virtual do CONPEDI e que não constam nestes Anais, foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals (https://www.indexlaw.org/), conforme previsto no item 8.1 do edital do Evento, e podem ser encontrados na Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

POLÍTICA PÚBLICA, PLANEJAMENTO FAMILIAR E DIREITO REPRODUTIVO: A ESTERILIZAÇÃO COMPULSÓRIA COMO ESTRATÉGIA DA BIOPOLÍTICA

PUBLIC POLICY, FAMILY PLANNING AND REPRODUCTIVE LAW: COMPULSORY STERILIZATION AS A STRATEGY FOR BIOPOLITICS

Urá Lobato Martins [1]
Vinicius Ferreira Baptista [2]

Resumo

O artigo analisa quais os limites da intervenção estatal ao estipular políticas públicas que atuam no planejamento familiar, em especial, será analisada a prática da esterilização compulsória. Para tanto, será analisada a relação de vulnerabilidade decorrente do gênero, da raça e da classe social, segundo a perspectiva interseccional. Será contextualizada a prática da esterilização compulsória como uma estratégia de biopolítica. Ao final, temos a reflexão crítica acerca dos dados oficiais sobre o planejamento familiar, tendo como contraponto a laqueadura voluntária e a esterilização compulsória. Utilizou-se o método hipotético-dedutivo, com pesquisa bibliográfica e documental, através de abordagem quantitativa e qualitativa.

Palavras-chave: Planejamento familiar, Direito reprodutivo, Esterilização compulsória, Biopolítica, Interseccionalidade

Abstract/Resumen/Résumé

The article analyzes the limits of state intervention when stipulating public policies that work in family planning, in particular, the practice of compulsory sterilization will be analyzed. To this end, the vulnerability relationship resulting from gender, race and social class will be analyzed, according to the intersectional perspective. The practice of compulsory sterilization will be contextualized as a biopolitical strategy. At the end, we have a critical reflection on the official data on family planning, with the counterpart of voluntary sterilization and mandatory sterilization. The hypothetical-deductive method was used, with bibliographic and documentary research, through a quantitative and qualitative approach.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Family planning, Reproductive right, Compulsory sterilization, Biopolitics, Intersectionality

---

[1] Doutora em Políticas Públicas e Formação Humana pela UERJ. Mestra em Direitos Humanos pela UFPA. Advogada e Professora Universitária. Contato: uramartins@ig.com.br.

[2] Doutor em Políticas Públicas. Professor Adjunto do Dep. de Administração Pública e do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Territorial e Políticas Públicas da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Introdução

O Planejamento Familiar é regulado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, sendo definido 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" (Art. 2º). O parágrafo único do artigo 2º estabelece a proibição da utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. Logo, não pode ser usado, especificamente, para controle de fertilidade de mulheres pobres.

Em casos específicos, o §3º do artigo 10º da referida Lei estabelece que não será considerada a manifestação de vontade expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente – nestes casos, o §6º do mesmo artigo determina que a esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei. Neste ponto, importante analisar o caso de laqueaduras por meio de decisões judiciais que incidem sobre mulheres pobres.

A cesariana com Laqueadura Tubária em pacientes com cesarianas sucessivas anteriores foi incluída, pela Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), no âmbito dos Grupos de Procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS. Já a laqueadura tubária foi incluída pela Portaria nº 7 de 9 de janeiro de 2008 da SAS.

A problemática reside na necessidade de estabelecer limites à intervenção estatal, pois o Estado, ao elaborar políticas públicas que atuam no planejamento familiar, não deve violar direitos fundamentais. O estudo analisará a prática da esterilização compulsória. Para tanto, será apresentada a relação entre a vulnerabilidade decorrente do gênero, da raça e da classe social, segundo a perspectiva interseccional. A escolha pela perspectiva interseccional[1] é justificada pela necessidade de analisar a política pública que atua no âmbito do direito reprodutivo, interferindo na autonomia da mulher, razão pela qual devem ser analisadas questões sociais, de gênero e de poder.

Será contextualizada a prática da esterilização compulsória como uma estratégia de biopolítica. Ao final, será feita reflexão acerca dos dados oficiais sobre o planejamento familiar, utilizando-se como contraponto a laqueadura voluntária e a esterilização compulsória, tendo

[1] "A discriminação interseccional tem como pressuposto a existência de múltiplos fatores referentes à identidade social do indivíduo que, interagindo em sinergia, criam uma carga de discriminação única e distinta da mera soma de discriminações" (RAMOS, 2019, p. 299).

como recorte a questão de gênero, raça e classe social. Utilizou-se o método hipotético-dedutivo, com pesquisa bibliográfica e documental, através de abordagem quantitativa e qualitativa.

1. Direito reprodutivo e política pública: uma perspectiva interseccional

Crenshaw (2004, p. 8) ressalta que é preciso "reconhecer que as experiências das mulheres negras não podem ser enquadradas separadamente nas categorias da discriminação racial ou da discriminação de gênero". A interseccionalidade, segundo Crenshaw (2002), foca nas consequências estruturais e dinâmicas que surgem através da interação entre dois ou mais eixos da subordinação, analisando de que forma "o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as possíveis relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outra". (CRENSHAW, 2002, p. 177)

A título de exemplo, Crenshaw (2002) destaca algumas políticas públicas que utilizam justificativas que acabam comprometendo os direitos reprodutivos de mulheres pobres e de minorias, como ocorre no caso da esterilização; controle da natalidade; punições econômicas e outros instrumentos que visam desestimular a gravidez. Em tais casos, segunda a autora, "desestímulos à gravidez, são, muitas vezes, baseadas em **imagens preexistentes de mulheres pobres ou étnicas como sendo sexualmente indisciplinadas**. Isso poderia ser enquadrado como **discriminação interseccional**", pois, segundo a autora, as imagens resultam "simultaneamente, de estereótipos de gênero preexistentes que apontam diferenças entre mulheres, baseados em percepções da conduta sexual e, também, de **estereótipos raciais e étnicos, os quais caracterizam alguns grupos como sexualmente indisciplinados**" (CRENSHAW, 2002, p. 179) (grifo nosso).

Davis (2016, p. 232), por sua vez, destaca que "a luta contra a prática abusiva da esterilização tem sido empreendida principalmente pelas mulheres porto-riquenhas, negras, de origem mexicana e indígenas. Sua causa ainda não foi encampada pelo movimento de mulheres como um todo". Isso é ressaltado por Collins (2019) na relação das estruturas de poder que entrecruzam gênero, raça e classe.

Cabe destacar que a Lei n. 9.263/2016 trata sobre o planejamento familiar, permitindo, em seu art. 10, a esterilização voluntária em alguns casos, sendo que o § 6º do referido artigo determina que "a esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei." Porém, o art. 4, II, do Código Civil Brasileiro, considera que os viciados em tóxico são relativamente incapazes

(modificação introduzida pela Lei n° 13.146/2015). Atualmente, só há uma causa de incapacidade total, qual seja, menores de 16 anos.

No Brasil, a Lei nº 9.263 de 1996, no parágrafo único do artigo 2º, veda a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. Com relação à esterilização voluntária, a referida lei em seu art. 10, arrola as situações nas quais será permitido tal procedimento[2]. Além disso, a manifestação da vontade em documento escrito é requisito para proceder à esterilização voluntária (§ 1º do art. 10), sendo que o § 3º estabelece que "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" (BRASIL, 1996). No âmbito internacional, através da Recomendação Geral nº 24 do Comitê sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, ao interpretar o artigo 12 da Convenção que a criou, veda a esterilização sem consentimento.

No caso da esterilização compulsória da mulher, por ser pobre e supostamente dependente química (Caso Janaína), há flagrante violação ao princípio da dignidade da pessoa humana, bem como ofensa aos direitos sexuais e reprodutivos. Demonstrando, assim, como a questão das mulheres ainda precisa considerar a questão racial, de gênero e de classe social. Além disso, fica claro o uso de mecanismo de controle como estratégia da Biopolítica, conforme será delineado nas próximas linhas.

2. Biopolítica e controle de corpos: o caso da esterilização compulsória

Agamben (2007, p. 16) usa a categoria *vida nua* como sendo aquela "vida matável e insacrificável do *homo sacer*, cuja função essencial na política moderna". Agamben (2007, p. 125) ensina que Foucault definia biopolítica como sendo "a crescente implicação da vida natural do homem nos mecanismos e nos cálculos do poder."

Para Giacoia (2008), no século XX os direitos humanos revelam seu condicionamento histórico, revelando-se inexequíveis no que tange aos seres desprovidos. O autor explica que, ao lado da função emancipatória das declarações de direitos fundamentais, é necessário entender os mecanismos de poder que atuam de forma violenta sobre a vida nua. Logo, a vida

[2] "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." (BRASIL, 1996).

biológica sofre a interferência e o controle do Estado, sendo que este biopoder atua no âmbito "individual dos corpos adestrados pelas disciplinas, como no registro genérico das populações, cujos ciclos vitais de saúde e morbidez, natalidade e mortalidade, reprodução, produtividade e improdutividade, devem ser calculados em termos de previdência e assistência social." (GIACOIA, 2008, p. 284-285)

Foucault (2018, p. 204) ensina que no final do século XVIII surgiu uma espécie de Biopolítica[3] da espécie humana, sendo assim, "trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc". Na verdade, segundo o autor, a Biopolítica trabalha com a categoria população, sendo "a população como problema político, como problema a um só empo científico e político, como problema biológico e como problema de poder." (FOUCAULT, 2018, p. 206)

Para o autor, a tecnologia de poder da Biopolítica trabalha com estimativas estatísticas, medições globais, no intuito de regular, "manter uma média". Em outras palavras, enquanto "a soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em **fazer viver e em deixar morrer**" (FOUCAULT, 2018, p. 207) (grifo nosso).

Dessa forma, a Biopolítica deve ser usada para "designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana" (FOUCAULT, 1988, p. 134). Foucault (2019) trabalhou com a hipótese de que o capitalismo que foi se desenvolvendo no final do século XVIII e início do século XIX, teve como primeiro objeto o corpo como força de produção e força de trabalho. Dessa forma, o "controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo (...) **O corpo é uma realidade biopolítica**. A medicina é uma estratégia biopolítica" (FOUCAULT, 2019, p. 144) (grifo nosso).

Foucault (1988, p. 131), ao analisar a Biopolítica da população, ensina que esta ocorre "no processo biológico: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores".

A disciplina exercida sobre o corpo, bem como as formas de regular a população, segundo Foucault (1988, p. 131), representam os dois polos do poder sobre a vida. Para o autor,

[3] No ano de 1974, pela primeira vez, Foucault tratou o conceito de Biopolítica durante Conferência realizada no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tal palestra foi publicada em 1977 com o título "O Nascimento da Medicina Social" em sua obra Microfísica do Poder (2019).

o exercício desse biopoder foi indispensável para o desenvolvimento do capitalismo, o qual foi garantido em função da "inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos" (FOUCAULT, 1988, p. 132).

Há, assim, um micropoder sobre o corpo, segundo o autor. Desde o século XIX, a sexualidade tem sido analisada de forma detalhada, sendo que "o sexo tornou-se o alvo central de um poder que se organiza em torno da gestão da vida, mais do que da ameaça da morte". Para tanto, são utilizadas técnicas disciplinares e procedimentos reguladores, como ocorreu no caso da "histerização das mulheres, que levou a uma medicalização minuciosa de seus corpos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade". (FOUCAULT, 1988, p. 137-138)

Esposito (2010, p. 210) ensina que "não foi a biopolítica que foi um produto do nazismo, mas quando muito foi o nazismo o resultado extremo e perverso de uma particular versão da biopolítica". Logo, o autor ressalta que o fim do nazismo não representou o fim da biopolítica. Ao contrário, "os anos que nos separam da queda do regime constituem a melhor prova disso: não só a relação direta entre política e vida não se atenuou de modo algum, mas, pelo contrário, parece em contínuo crescimento" (ESPOSITO, 2010, p. 210). A Biopolítica pode ser visualizada nas tentativas de segregação racial, através de mecanismos e estratégias eugênicas. Ao tratar sobre Eugenética, Esposito (2010, p. 189) destaca que além da segregação racial, a esterilização é a modalidade mais radical, pois interfere no ponto original da vida.

No caso em questão, a Biopolítica ocorre na interferência na autonomia e corpo da mulher, buscando uma normalização e disciplina de acordo com interesses políticos, econômicos e sociais. Daí surge a necessidade de impor limites à intervenção estatal. O Estado, ao estabelecer políticas públicas que tenha como objeto o planejamento familiar, não pode estabelecer controle demográficos, através da imposição de práticas violadoras de direitos, como ocorre no caso da prática da esterilização compulsória.

A prática da esterilização compulsória revela, concretamente, a perspectiva de Foucault (2018) no sentido de que a sexualidade foi controlada e normalizada. Ocorre um controle disciplinar permanente e individualizado.

A título de exemplo, será analisado o caso emblemático de Janaína (TJSP 2017), considerando o grave dano causado, em que houve violação de direitos humanos e da própria lei que regula a questão do Planejamento Familiar. No caso, trata-se de mulher em união estável, com cinco filhos (na época), moradora de bairro periférico e pobre da cidade de Mococa, no

Estado de São Paulo. Segundo o Ministério Público de São Paulo (TJSP 2017), Janaína apresentava quadro de dependência química (usuária contumaz de álcool e outras substâncias). Além disso, o Ministério Público alegou na ação que os filhos de Janaína foram acolhidos, pelo fato de a mãe não ter condições para satisfazer as necessidades das crianças, também pelo fato de já ter colocado tais crianças em potencial risco. (TJSP, 2017)

Diante disso, o Ministério Público de São Paulo ajuizou em 2017 uma Ação de Obrigação de Fazer (processo digital n 1001521-57.2017.8.26.0360), com pedido de tutela de urgência para que o Município de Mococa fosse obrigado a providenciar a laqueadura tubária de Janaína. A ação teve como fundamento na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, com base nas seguintes alegações: 1) discernimento da paciente que autorizava o procedimento (apesar da lei expressar o contrário); 2) paciente usuária de drogas (cuja lei impede o processo); 3) a não autorização do cônjuge (em união estável, quando a lei à época não prevê este estatuto); 4) caso ser localizado como indutor de planejamento familiar (tendo em vista a paciente ter vários filhos e alegar não ter condições à criação) (TJSP, 2017).

Foi julgada procedente a ação, sendo que a Janaína foi submetida à cirurgia no dia 14 de fevereiro de 2018. O Município de Mococa chegou a apelar, tendo obtido êxito, mas a laqueadura já tinha sido feita (TJSP, 2018).

Cabe ressaltar que no ano de 2019, o Promotor de Justiça que ajuizou a referida ação foi suspenso por 15 (quinze) dias, sem remuneração, através de recente decisão proferida no dia 14 de agosto de 2019 pelo Órgão Especial do Colégio de Procuradores de Justiça do Ministério Público de São Paulo, por maioria dos votos (24 a 7). Tal Promotor teria solicitado a laqueadura de várias mulheres. Segundo o relatório de investigação, havia um denominador comum na maioria dos casos, pois as mulheres eram pobres e viciadas em alguma substância química (PAGNAN, 2019).

A pergunta é a seguinte: uma mulher com dependência química, mas branca e de classe média alta, teria o mesmo destino? Eis a questão. No caso, há uma inversão da lógica, ocorre a culpabilização da mulher (como também ocorre no caso de violência doméstica) por sua condição de saúde (dependência química) e por não dispor de recursos suficientes (desigualdade social), sem sequer questionar quais políticas públicas o Brasil vem adotando para enfrentar tais questão. Como veremos a seguir, existe uma dimensão de renda e cor/raça em dados.

De fato, a proposta de esterilização de mulheres pobres também pode ser uma estratégia de biopolítica da modernidade, na busca de padrões impostos, controle de pessoas e fins de disciplinamento, conforme ensina Agamben (2007). Logo, seria uma espécie de corpos

sem direitos (vida nua), existindo vida à margem das relações de poder estabelecidas, que pode ser até aniquilada, caso necessário (FOUCAULT ,1988).

3. O planejamento familiar e o controle da família sustentável pela estigmatização da pobreza e base racial

O planejamento familiar é um método de prevenção e de intervenção na saúde da família, que deve considerar a unidade familiar e não apenas a mulher e que índices de mortalidade materna de mulheres pobres possam ser reduzidos pela melhoria dos serviços de pré-natal, parto e pós-parto. Para Sanches e Simão-Silva (2016, p. 79), pensar o planejamento familiar é pensar a sexualidade considerando o consentimento do/a parceiro/a e as questões relacionadas com a parentalidade, fundamentado no princípio da autonomia, ou seja, "no direito de escolher livremente uma opção sem pressões paternalistas ou autoritárias e com o limite de que a opção escolhida não afete a terceiros". Aqui, podemos ter uma crítica à Lei nº 9.263/1996 que praticamente desconsidera a educação sexual no contexto do planejamento familiar, que propicie meios adequados aos que não querem ter filhos, porém desejam ter vida sexual ativa – isto é, considerar Direitos Reprodutivos plenamente, distante da ideia de que se vincula ao desejo de reprodução.

Em 1992, o Congresso Nacional instalou Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar o fenômeno da esterilização cirúrgica feminina em massa no Brasil. De acordo com o relatório da CPI, no período anterior a 1970, a proporção de mulheres esterilizadas no Brasil correspondia a 5,3% do total de mulheres esterilizadas em 1986. Entre 1970-1974 a taxa de mulheres esterilizadas aumenta 9,5%; entre 1975-1979, aumenta em 21%; entre 1980-1982, ascende 26,5%; entre 1983-1985 cresce 28%; por fim, ao longo de 1986, em apenas 9 meses do ano, aumenta 9,2% (BRASIL, 1993, p. 34) – o que configura um claro problema público de magnitude de grande proporção, se considerarmos que, em alguns estados à época, índices de esterilização alcançavam 30% do total de mulheres em alguns estados brasileiros (BRASIL, 1993, p. 36).

O texto do relatório da CPI é surpreende e taxativo: até 1993 a esterilização cirúrgica feminina não era considerada um método contraceptivo adotado pelo Ministério da Saúde, ainda que, na prática fosse usualmente concebido como tal – o quantitativo de 5.900.238 mulheres de 15 a 54 anos (15,8% do total) que se encontravam esterilizadas no Brasil em 1986 evidencia tal fato, mais ainda, a informação de que pouco mais de um terço das mesmas usavam algum método contraceptivo além da esterilização. Dentre as mulheres esterilizadas, 61,8%

(16,9% do total) eram brancas, 37,5% (14,3% do total) eram negras e pardas, sendo que 83% das mulheres esterilizadas eram de localidade urbana. (BRASIL, 1993)

À época, o maior percentual de esterilização (17,8%) estava nas mulheres de renda mensal *per capta* acima de dois salários mínimos à época e o menor percentual de esterilização (14,3%) nas de menor renda *per capta* e as classes intermediárias concentravam 36,8%. O relatório ainda revela que no período, 68,2% do total de esterilizações foram realizadas em hospitais, clínicas ou consultórios particulares, 5,4% em estabelecimentos públicos e 22,6% em unidades conveniadas – o que corrobora com a dimensão do acesso, à época, de esterilização voluntária segura por intermédio particular e não em âmbito público, mesmo que o procedimento não fosse colocado como método contraceptivo nem fizesse parte do sistema público de saúde até então e que 40% dos procedimentos de esterilização gratuitos tivessem sido realizados na rede pública de saúde. Os dados podem apresentar distorção, pelo fato da região Norte do país não ter sido contabilizada. (BRASIL, 1993)

O planejamento familiar, tanto do ponto de vista constitucional, quanto da ótica programática, foco de programas na área da saúde, sutando a importância da família como sistema e prioridade para a saúde pública. Todavia, Santos e Freitas (2011, p. 1814) ensinam que "o planejamento familiar apresenta restrições quando aplicado a mulheres que pertencem a classes sociais menos favorecidas", não atendendo às demandas de mulheres pobres. Fonseca-Sobrinho (1993) já sustentava este caráter descoordenado da informação pública em programas de governo, assim como a questão da educação nas escolas e as políticas de acompanhamento da saúde familiar, especialmente, em localidades mais fragilizadas.

A relação entre status socioeconômico e efetividade do planejamento familiar se mostra mais evidente ao situar a historicidade do segundo como a aplicação de métodos para controlar o número de filhos por famílias. Neste contexto, Fonseca-Sobrinho (1993) destaca que o critério econômico tem sido prevalece em um princípio da sustentabilidade familiar, ao passo que Lam e Marteleto (2004) argumentam que há um contexto de projeção do processo de adequação do número de filhos à renda familiar, em que recursos básicos para os membros familiares se torna critério de desenvolvimento social. Santos e Freitas (2011) ressaltam que inúmeras crises fragilizam o ciclo de vida de famílias de baixa renda, com prejuízos socioeconômicos e psicossociais e empobrecimento emocional que limitam a capacidade de escolha dos membros da família.

Sanches e Simão-Silva (2016) defendem que é preciso atentar para a distinção entre políticas de planejamento familiar e políticas de controle de natalidade, tendo em vista que a primeira é pensada também do ponto de vista político, em que os contextos ambientais de

gravidez e nascimento de crianças seriam assunto de interesse social, portanto, as condições em que são geradas e criadas deveriam ter espaço de construção política das políticas públicas de planejamento familiar, sem de remeter ao controle reprodutivo dos considerados "inaptos", leia-se, sem condições financeiras.

Há, ainda, o perigo da estigmatização da família pobre como disfuncional e que não satisfaz as necessidades de seus membros, prejudicando o desenvolvimento das mesmas – a pobreza se torna, assim, estigma caracterizador de miséria e de impotência em círculo vicioso e perpétuo, configurando o contexto básico de intervenção do planejamento familiar no âmbito de políticas públicas, tendo em vista a família ideal. A extirpação da família pobre e sua limpeza é mote deste planejamento e não a miséria e pobreza em si – não há pessoas miseráveis e pobres, se as famílias forem impedidas de "reprodução", caracterizando um modelo verticalizado e inferiorizante de planejamento familiar. Não obstante, tal caracterização também se dá racialmente.

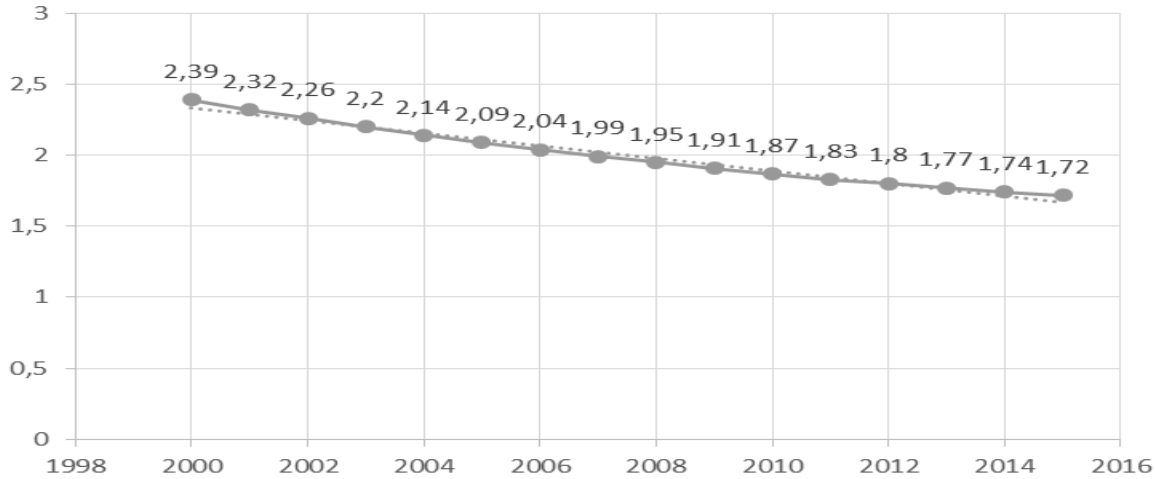
Silva et al (2011, p. 2417), ao analisarem o significado do planejamento familiar dado por mulheres em idade fértil, destacam que o planejamento familiar usualmente é expresso por mulheres sob a dimensão econômica, independência e liberdade ou controle da fecundidade – este último, "relacionado a um exercício de poder da mulher sobre seu corpo, regulando seu destino biológico da procriação". Assim, o controle da fertilidade (não natalidade) é algo que coloca o exercício do poder nas mãos das mulheres para com relação aos homens – neste ponto, este elemento não reforçaria o sentido de controle de corpos e a ênfase dos sistemas de saúde em continuarem com políticas direcionadas exclusivamente às mulheres no que se refere às políticas de planejamento familiar? Será que existe a dualidade entre se ter maior leque de controle de fertilidade às mulheres e isso ser usado "contra" no âmbito do foco reprodutivo recair apenas nas mesmas?

Consideremos que, em 1996, 40,1% das mulheres no país, com vida sexual ativa, realizaram essa cirurgia; já, em 2006, esse índice caiu para 36,7% (NICOLAU et al, 2011) e, se considerarmos a proporção de mulheres de 15 a 49 anos em união laqueadas teremos 29,1% (CAETANO, 2014). Ainda, assim, vemos a laqueadura com presença forte no sentido de mecanismo contraceptivo, que apresenta forte caráter de controle de fecundidade pleno e sem potencial de erro. Não obstante, convém destacar que a história da laqueadura no Brasil vem associado com confrontos religiosos, políticos, éticos, sociais e, inclusive, debatido na lógica do controle populacional associado com redução das taxas de natalidade.

As contradições teórico-ideológicas associadas à crise do crescimento populacional conjugam o planejamento familiar, em que o aumento da pobreza e das consequências desta

circundavam o aumento indiscriminado da população (SANTOS; FREITAS, 2011) – por outro lado, ao observarmos o Brasil, marcado por taxas de fecundidade baixas em regiões mais desenvolvidas, se contrasta com altas taxas nas regiões mais fragilizadas. Comparativamente no âmbito internacional, a taxa de fecundidade brasileira em 2006 era de dois filhos por mulher, próxima à de países desenvolvidos como França (1,9) e Suécia (1,7), e igual à dos Estados Unidos, também se configurando como uma das mais baixas da América Latina e, em 2015, a taxa é de 1,72 filhos por mulher. Podemos observar na figura 1, que a Taxa de fecundidade total no Brasil entre 2000 e 2015 vem diminuindo progressivamente.

Figura 1. Taxa de fecundidade total no Brasil entre 2000 e 2015



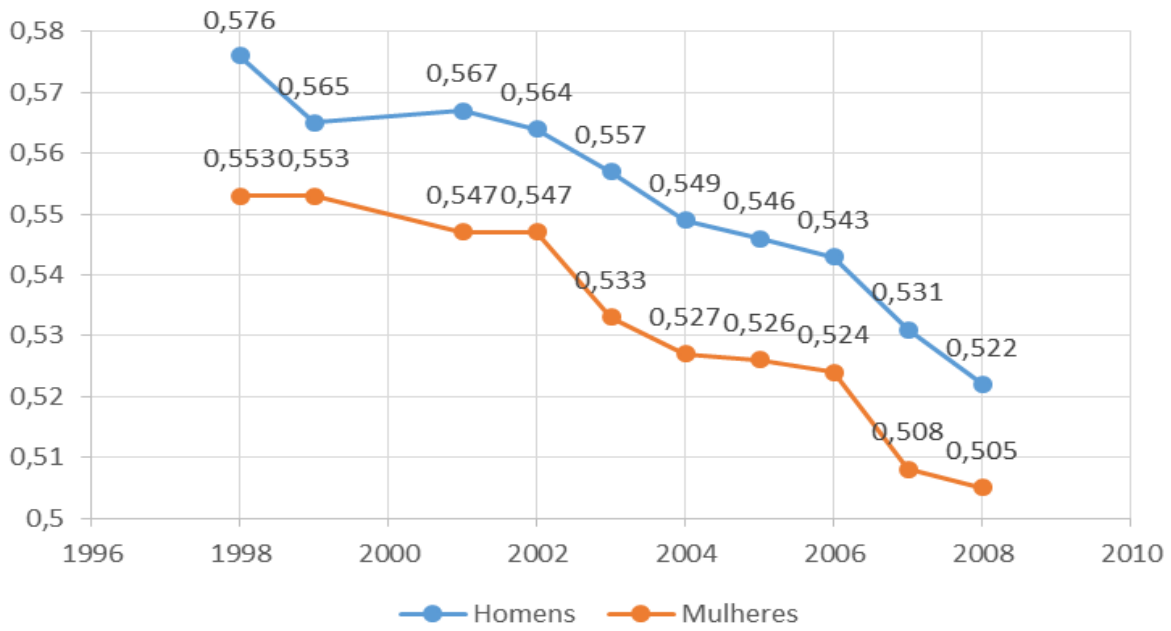
Fonte: https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html.

A relação status socioeconômico e efetividade do planejamento familiar se mostra evidente ao situar a historicidade do segundo como a aplicação de métodos para controlar o número de filhos por famílias. Aqui, Fonseca-Sobrinho (1993) ensina que o critério econômico tem sido prevalece em um princípio da sustentabilidade familiar, ao passo que Lam e Marteleto (2004) argumentam que há um contexto de projeção do processo de adequação do número de filhos à renda familiar, em que recursos básicos para os membros familiares se torna critério de desenvolvimento social. Santos e Freitas (2011) mencionam que inúmeras crises fragilizam o ciclo de vida de famílias de baixa renda, com prejuízos socioeconômicos e psicossociais e exaustão emocional que limitam a capacidade de escolha dos membros da família.

Silva et al (2011, p. 2417-2418) demonstram em seu estudo que as mulheres associam a ideia de uma “vida menos sofrida” e “certas dificuldades vivenciadas na família e na sociedade” como critérios para a escolha de ter filhos ou não ao se considerar “necessidades básicas insatisfeitas” das experiências as quais as mulheres tenham vivido ou vivem – com

maior peso para não ter filhos, que, de fato, é uma possibilidade de planejamento familiar. Na figura a seguir, o IBGE destaca que o Brasil reduziu sua concentração de renda entre 1998-2008, sobretudo, quando observamos o índice de Gini, que mede o grau de desigualdade existente entre indivíduos segundo diversos fatores (qualidade de vida, educação, por exemplo) e dentre eles, o rendimento. Neste ponto, pensar as políticas de planejamento familiar é pensar nestes índices que apontam ainda alto grau de desigualdade interna de uma país (que dirá, territorialmente localizado, que pode ser ainda mais díspare).

Figura 2. Índice de Gini - Pessoas ocupadas com rendimento mensal de trabalho (todos os trabalhos), por sexo no Brasil entre 1998-2008.



Fonte:https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=7&op=2&vcodigo=FDT809&t=indice-gini-pessoas-ocupadas-rendimento-mensal.

A questão é se políticas públicas e programas de governo dão conta desta perspectiva de garantir os recursos básicos para o desenvolvimento integral e pleno de todos os membros dentro de uma mesma família, evidenciando a proposta do planejamento familiar como desenvolvimento socioeconômico e respaldado nas perspectivas constitucionais e das leis relativas ao assunto. O planejamento familiar não pode considerar um modelo ideal de família e conjugação familiar distante da realidade social, tendo em vista que as reverberações do modelo situarão consequências diretas nas famílias, causando efeitos potenciais no desenvolvimento delas.

4. O planejamento familiar e as laqueaduras no SUS

No âmbito da Saúde, a CID-10[4] foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. O Capítulo XXI que trata sobre "Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde", compreende 7 grupos entre Z00 e Z99, que nos interessa é o Grupo entre Z30 e Z39, "Pessoas em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução", especificamente, o Z30.2 Esterilização, que compreende os seguintes procedimentos: 1) 04.09.04.024-0 Vasectomia; 2) 04.09.06.018-6 Laqueadura Tubária; 3) 04.09.07.010-6 Colpotomia; 4) 04.11.01.004-2 Parto Cesariano c/ Laqueadura Tubária. Situamos que os dados do SUS são apenas sobre laqueaduras voluntárias.

A Cesariana com Laqueadura Tubária em Pacientes com Cesarianas Sucessivas Anteriores foi incluída, pela Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Atenção à Saúde, no âmbito dos Grupos de Procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS. Já a laqueadura tubária foi incluída pela Portaria nº 7 de 9 de janeiro de 2008 da SAS.

No âmbito da Tabela SUS[5], padrão de referência para pagamento dos serviços prestados por estabelecimentos conveniados e filantrópicos que atendem a rede pública de saúde, os sistemas se apresentam com preços defasados já desde 2002. Os custos hospitalares totalizam R$339,02 sem considerar internação, anestesia e medicamentação, que pode elevar custos, a depender da localidade, para entre R$1.500,00 até R$4.000,00.

No caso dos planos de saúde, a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, trata da temática, destacando a cirurgia de esterilização feminina (laqueadura tubária/ laqueadura tubária laparoscópica), foram situadas as diretrizes para cobertura de consulta/sessão com psicólogo e dos procedimentos necessários para tal.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, observou a concentração no uso de dois métodos contraceptivos: a laqueadura tubária e a pílula (40% e 21%, respectivamente), em que a prevalência da primeira é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias (MS, 2004, p. 32).

---

[4] Consultado em http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060203 em 21 de fevereiro de 2020.
[5] Consultado em http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0409060186/02/2020 em 21 de fevereiro de 2020.

Caetano (2014, p. 312) destaca que a contracepção moderna foi a fundamental determinante associada da queda da fecundidade no Brasil, a partir da década de 1960, em que "a demanda crescente por regulação da fecundidade foi suprida principalmente pelo aumento da utilização da laqueadura tubária, a partir de 1980, especialmente nas áreas mais pobres e nos estratos de baixa renda", em paralelo à "ausência de políticas públicas que fizessem face à crescente demanda por contracepção moderna".

As laqueaduras tubárias no SUS via Lei n. 9.263/1996 se iniciaram a partir de 1998 com 293 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH)[6] registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Ao longo de 1990, registros da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1996, situavam como determinantes complexificantes: a conduta dos médicos e profissionais de saúde, as fragilidades do sistema de saúde, a atitude não colaborativa dos parceiros e maridos para com à contracepção, desinformação sobre o próprio corpo e métodos contraceptivos e a indisponibilidade do acesso ao leque de métodos reversíveis e pobreza (CAETANO, 2014, p. 313).

Caetano (2014) destaca sobre laqueaduras realizadas no Brasil ao longo de 2000 a 2006, o total de 3.371.523 mulheres de 15 a 49 anos que foram cirurgicamente esterilizadas no Brasil, das quais 66,2% obtiveram o procedimento em um serviço do SUS e, dentre estas, 5,2% pagaram pelo procedimento, situando que os serviços do SUS respondem por dois terços da demanda. Ainda nestes dados, 45,9% das laqueaduras foram acopladas ao parto cesáreo – lembremos que o procedimento permite reembolso por meio de AIH de parto cesáreo com laqueadura tubária e, também já destacamos as estratégias utilizadas para redução de custos e invisibilização de procedimentos. O estudo também identificou que 7,2% laqueaduras foram realizadas no pós-parto em desacordo com a Portaria n. 48, de fevereiro de 1999.

Em acesso ao DataSUS[7], foram realizadas no Brasil, no âmbito dos serviços públicos de saúde, 777.516 Laqueaduras Tubárias (código 0409060186) e Partos Cesarianos com Laqueaduras Tubárias (código 0411010042) entre maio de 2008 e novembro de 2019 com, respectivamente, 357.363, 188.229, 104.687, 73.503 e 53.734 procedimentos nas regiões Sudeste, Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte, com as regiões Sudeste e Nordeste concentrando 70% dos casos. Convém notar que os aumentos expressivos se encontram entre 2007 e 2008,

[6] Tratam-se de registros administrativos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS para acompanhamento e pagamento de internações e procedimentos cirúrgicos

[7] Verificar em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em 10 de fevereiro de 2020.

muitos deles mais de 2000%, em todas as regiões brasileiras, como pode ser visto nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Casos de Laqueadura Tubaria e Parto Cesariano c/ Laqueadura Tubaria entre 2007 e 2013 no Brasil.

	Ano						
Região	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norte	163	3782	3770	3787	3941	4508	3737
Nordeste	378	16625	13312	14483	15435	16850	13108
Sudeste	913	26313	25420	27624	29305	30060	28024
Sul	345	10958	10236	8994	8185	8006	8239
Centro-Oeste	278	5265	5501	5331	5716	5891	5370
Total	2077	62943	58239	60219	62582	65315	58478

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 2. Casos de Laqueadura Tubaria e Parto Cesariano c/ Laqueadura Tubaria entre 2014 e 2019 no Brasil.

	Ano						
Região	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Norte	4090	3924	4326	5152	6443	6111	53734
Nordeste	15530	14072	15784	14876	19562	18214	188229
Sudeste	30620	29171	28988	32194	35135	33596	357363
Sul	8085	7793	8110	8473	9001	8262	104687
Centro-Oeste	5864	6097	6124	6830	7761	7475	73503
Total	64189	61057	63332	67525	77902	73658	777516

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Desagregando os dados quanto aos casos da Laqueadura Tubária (TS, código 0409060186), observamos que São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Rio Grande do Sul e Paraná foram os Estados com mais intervenções deste tipo no Brasil entre 2007 e 2019, 120.733, 54.722, 42.271, 28.237 e 24.086 concentrando 60% dos 446.084 casos no mesmo período. Não obstante, apenas as regiões Sudeste e Nordeste concentram 70% das intervenções. No caso da região Sudeste, São Paulo e Minas Gerais abrangem 91% dos casos, sendo o primeiro estado, sozinho, responsável por 62% das Laqueaduras. Notemos também que o ano de 2007 é atípico na contabilização dos dados deste tipo de intervenção (com apenas 15 registros em todo o Brasil), sofrendo forte impacto a partir dos anos seguintes. Consideremos, sobretudo, que o

estado do Amapá registra seus primeiros casos apenas a partir de 2018 com 42 casos registrados, assim como o estado de Alagoas cujos registros situam apenas 176 casos entre 2007 e 2019 e cinco estados que não alcançam 1.000 laqueaduras tubárias em um único ano, a saber, Rondônia, Tocantins, Piauí, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal.

No âmbito da competência de gestão, os níveis estaduais e municipais se apresentam como a base de contabilização do quantitativo dos procedimentos de esterilização realizados. Assim, podemos situar que a esfera municipal corresponde a 316.780 das laqueaduras tubárias realizadas entre 2008 e 2019, correspondendo a 71% dos procedimentos no Brasil.

Por região, os municípios também concentram a realização dos procedimentos, a exemplo da Região Sul com 60%, Norte com 63%, Sudeste com 72%, Centro-Oeste com 75% e Nordeste com 77%. Tais dados demonstram que a base territorial da gestão pública, notadamente representada pela figura do município, é a responsável por acolher as solicitações de laqueaduras no Brasil – em alguns estados isso se inverte, com amplo quantitativo de competência estadual, a exemplo, de Acre, Roraima e Tocantins na região Norte, Santa Catarina e Distrito Federal.

No caso da natureza jurídica, ou seja, entidade que gerencia, dirige ou administra o estabelecimento de saúde, vemos a complexidade dos dados, em que, na Região Norte, os estabelecimentos que realizaram os procedimentos de laqueadura tubária entre 2008 e 2019 são de natureza pública muito próximas entre estado e município – o Estado do Pará abrange os pouco mais de 800 casos de procedimentos realizados por entidades Contratadas ou Filantrópicas. No caso da região Nordeste, vemos que os estabelecimentos de origem Municipal ou Filantrópica concentram mais da metade dos casos e, deve ser ressaltado o quantitativo de 44.782 casos em que não há informação sobre a natureza jurídica do estabelecimento de saúde, o que dificulta interpretação dos dados.

Na região Sudeste, as unidades Filantrópicas, Municipais e Estadual concentram os casos nesta ordem – destaque para o Estado de Minas Gerais, em que as unidades filantrópicas possuem duas vezes mais casos que as unidades do estado e dos municípios mineiros. Na região Sul, o maior caso de inflexão, onde as unidades Filantrópicas superam, em muito os registros das unidades do estado e dos municípios, se repetindo nos três estados da região, ainda que, nesta região, as unidades federais superem também as do estado e município, sendo a única região e que isto acontece. Em seguida, na região Centro-Oeste, as unidades municipais concentram a realização das laqueaduras, seguida pelas Filantrópicas e do estado – destaque para o Distrito Federal que, por sua competência constitucional, é considerado como Estado, logo, não possui casos municipais, o que desequilibra os dados nesta região.

Por fim, podemos situar que dos 446.084 casos de laqueaduras tubárias no sistema público de saúde entre 2008 e 2019 no Brasil, as unidades filantrópicas concentram quase 29% dos casos, seguidas das unidades municipais com 21%, as estaduais com 10%, as contratadas com 4%, as federais com 2% e outros 151.871 (34%) de casos em que a natureza jurídica é ignorada – o que denota que a maior parte das laqueaduras são realizadas considerando os custos e a possibilidade de pagamento em unidades filantrópicas, provendo maior acesso às pessoas sem condições de pagar ou com melhores condições para tal, ao mesmo tempo em que mais de um terço (35%) dos procedimentos são realizados em unidades de saúde estritamente públicas de uma das três esferas governamentais, situando o impacto das unidades públicas ao concentrar os casos; não obstante, o alto quantitativo de 34% de casos ignorados revela a possibilidade de erro sistemático no registro dos casos, impossibilitando planejamento efetivo para estrutura do sistema público de saúde, prejudicando a formulação de políticas públicas.

Na relação público e privado, o DataSus informa que na Região Norte, 65% dos casos de Laqueadura Tubária foram realizados em estabelecimentos públicos de saúde, com 32% de casos ignorados; nas regiões Nordeste e Sudeste vemos equilíbrio de quase um terço para cada (público, privado e casos ignorados), com destaque de a região Nordeste possuir o maior caso de registros ignorados com 37%; na Região Sul, a que apresenta inflexão vemos apenas 20% de casos registrados em unidades públicas e 49% em unidades privadas, com 34% de casos ignorados; e a região Centro-Oeste com relativo equilíbrio. No Brasil, dos 446.084 casos de laqueaduras tubárias, 34% em âmbito público, 32% no privado e 34% de registros ignorados.

Assim, o impacto do setor público na estruturação de laqueaduras tubárias no país é predominante – considerando a distorção apresentada pela Região Sul do país, notadamente o estado com o maior número proporcional de registros no setor privado, seguido de Sergipe, Minas Gerais, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, os estados em que o setor privado supera o setor público; ainda registramos o fato de o Distrito Federal possuir apenas 13% de casos ignorados, na contramão dos números gerais. Veja na tabela 3.

Tabela 3. AIH aprovadas por Região e Regime entre Mai/2008-Nov/2019

Região	Público	%	Privado	%	Ignorado	%	Total
Região Norte	18765	65%	843	3%	9272	32%	28880
Região Nordeste	37284	31%	37949	32%	44782	37%	120015
Região Sudeste	63299	33%	63426	33%	65546	34%	192271
Região Sul	13318	20%	32207	49%	19784	30%	65309
Região Centro-Oeste	16972	43%	10150	26%	12487	32%	39609
Total	149638	34%	144575	32%	151871	34%	446084

Fonte: construído a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O que podemos retirar da discussão até o momento, situando os estudos empíricos citados, com os dados referentes ao SUS e Relatório da CPI (Brasil, 1993), em cotejo com documentos normativos que investigaram a dimensão quantitativa da laqueadura no Brasil, é que sua perspectiva inicial se deu, entre 1950-1970 mediante conflito entre grupos sociais vistos como inadequados para a criação de crianças em meio a bolsões de pobreza, ao passo que, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, a relação família-trabalho se aguda. Posteriormente, ao longo de 1970-1990 o sentido criado é o da laqueadura como mecanismo contraceptivo que permite às mulheres não ter a dimensão masculina como fator importante na tomada de decisão pelo método contraceptivo (tal sentido ainda se mantém).

Ao longo do fim da década de 1990 e anos 2000, os dados indicam que as mulheres vêm reduzindo o quantitativo de filhos, ao passo em que sua desigualdade de renda vem diminuindo. Aqui, a dimensão de aliar família-trabalho dá lugar à dimensão das famílias "sustentáveis", onde vemos a concentração de laqueaduras em localidades percebidas no contexto socioeconômico e demográfico como frágil. Neste ponto, o papel do Sistema Único de Saúde, por intermédio das unidades públicas e instituições filantrópicas é nítido: elas garantem o acesso à baixo custo às mulheres das regiões Norte, Nordeste e Sudeste a usarem o recurso da esterilização. A questão colocada é a relação entre exercício do direito social por intermédio das políticas públicas de acesso à saúde reprodutiva ou o controle de natalidade das famílias "insustentáveis".

Considerações finais

Neste trabalho procuramos situar a laqueadura tubária na ótica do não alcance por mulheres pobres que, ao recorrer ao Sistema Único de Saúde, podem não conseguir realizar o procedimento, diferentemente de mulheres que detenham as condições financeiras para tal. Assim, a laqueadura apresenta dimensão de impedimento por aspectos de classe. Igualmente, o corpo é uma realidade biopolítica, em que a laqueadura, por intermédio da situação procedimental, envolve certas regras como a idade de 25 anos, consentimento do cônjuge, já ter tido filhos e acompanhamento psicológico e psiquiátrico em certos casos, diferentemente do que ocorre no âmbito de procedimentos de esterilização de homens, compreendendo dimensão por aspectos de gênero.

Os dados demonstram que a laqueadura nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste ocorre, predominante, no setor público, especificamente, em unidades de saúde municipais e unidades filantrópicas, o que permite que mulheres com menores condições financeiras possam utilizar

a esterilização. A questão é se isso incide em acesso ao Direito Reprodutivo ou se isso é controle de corpos de pessoas que não possuam condições "sustentáveis" para criação de filhos.

Evidencia-se, assim, que a esterilização como contraceptivo apresenta uma linha tênue entre o direito reprodutivo pela capacidade escolha, assim como de punição às mulheres que não possuem condições familiares – em que sentido de punição recai com maior ênfase às mulheres do que em homens (pautando dimensão de gênero), ao passo em que atinge mulheres pobres de zonas periféricas que dependem de unidades públicas que disponibilizem laqueadura a baixo custo (situando dimensão de classe) e, também, as mulheres negras e pardas (situando dimensão de cor/raça).

Dados da CPI da esterilização (BRASIL, 1993) corroboram a análise jurídica e empírica deste trabalho, destacando a esterilização em massa no Brasil entre 1950/1990, em três bases: 1) entre 1950-1970 mediante conflito entre grupos sociais vistos como inadequados para a criação de crianças em meio a bolsões de pobreza; 2) ao longo de 1970-1990 o sentido da laqueadura como mecanismo contraceptivo que permite às mulheres não ter a dimensão masculina na decisão; 3) década de 1990 e anos 2000, em que a dimensão das famílias "sustentáveis" se prepondera no discurso.

No caso específico de Janaína ocorrido em 2018, a ação ajuizada pelo Ministério Público de São Paulo apresenta alguns dados relevantes, quais sejam: 1) a localização periférica de um bairro pobre do Estado de São Paulo; 2) a questão de uma mulher ser alvo de esterilização e não o cônjuge; 3) ser uma mulher em condição de vulnerabilidade financeira; 4) ser paciente em condição de dependência de drogas (TJSP, 2017). No caso, houve reforma da sentença, no entanto, o dano irreparável à Janaína já havia sido causado.

Portanto, a proposta de esterilização compulsória é uma estratégia de biopolítica da modernidade, segundo a perspectiva agamberiana e foucaultiana. Tal estratégia revela, também, uma tentativa de segregação racial e social, através de mecanismos e estratégias eugênicas, ocorrendo a interferência na autonomia e corpo da mulher. É necessário evitar a estigmatização da família pobre "insustentável" como disfuncional e que não satisfaz as necessidades de seus membros.

Logo, resta clara a necessidade uma limitação da interferência estatal no âmbito privado, pois o Estado, ao estabelecer políticas públicas que tenha como objeto o planejamento familiar, não pode estabelecer controle demográficos (seja por motivos políticos, econômicos ou sociais), através da imposição de práticas violadoras de direitos fundamentais, como ocorre no caso da esterilização compulsória.

Referências

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I**. Tradução: Henrique Burigo. 2ª reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar]. **Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017**. Disponível em: < https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>. Acesso em 21 de fevereiro de 2020.

BRASIL. **Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada para Exame da incidência da esterilização em massa de mulheres no Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1993.

BRASIL. **Lei n. 9.263, aprovada em 12 de janeiro de 1996**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em 21 de fevereiro de 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em 21 de fevereiro de 2020.

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

COLLINS, Patricia Hill. **Intersectionality as Critical Theory**. Londom: Duke University Press, 2019.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. Tradução de Liane Schneider. Revisão de Luiza Bairros e Claudia de Lima Costa. **Estudo Feministas**, ano 10, p. 171-188, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf. Acesso em 02 de março de 2020.

CRENSHAW, Kimberlé. A Intersecionalidade na Discriminação de Raça e Gênero. **Cruzamento: raça e gênero.** Brasília: Unifem, 2004.

DAVIS, Angela. Racismo, controle de natalidade e direitos reprodutivos. In: DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

ESPOSITO, Roberto. **Bios – Biopolítica e Filosofia**. Trad.: M. Freitas da Costa. Lisboa: Edições 70, 2010.

FONSECA-SOBRINHO, Délcio. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

GIACOIA JUNIOR, Oswaldo. Sobre direitos humanos na era da biopolítica. **Kriterion**, v. 49. Belo Horizonte, n. 118, p. 267-308, 2008.

LAM, David; MARTELETO Letícia. **A dinâmica da escolaridade das crianças brasileiras durante a transição demográfica: aumento no tamanho da coorte versus diminuição no tamanho da família**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004

MS [Ministério da Saúde]. **Portaria nº 48 de 11 de fevereiro de 1999**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html>. Acesso em 21 de fevereiro de 2020.

MS [Ministério da Saúde]. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira et al. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 55-61, 2011.

PAGNAN, Rogério. Promotor que determinou laqueadura em moradora de rua é punido com 15 dias de suspensão. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 14 de agosto de 2019. Disponível em https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/08/promotor-que-determinou-laqueadura-em-moradora-de-rua-e-punido-com-15-dias-suspensao.shtml. Acesso em: 05 de março de 2020.

RAMOS, André de Carvalho. **Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional**. – 7. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

SANCHES, Mário Antônio; SIMAO-SILVA, Daiane Priscila. Planejamento familiar: do que estamos falando**? Revista Bioética**, *Brasília*, v. 24, n. 1, p. 73-82, 2016.

SANTOS, Júlio César dos; FREITAS, Patrícia Martins de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1813-1820, 2011.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2415-2424, 2011.

TJSP – RIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. A**ÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER ajuizada pelo Ministério Público do Estado de São Paulo**, Processo Digital nº: 1001521-57.2017.8.26.0360. São Paulo, 29 de maio de 2017.

TJSP – TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Apelação nº 1001521-57.2017.8.26.0360**, tendo como apelante PREFEITURA MUNICIPAL DE MOCOCA e apelado MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Relator PAULO DIMAS MASCARETTI RELATOR. São Paulo, 23 de maio de 2018.