

Corpo, Estado e Internet: estratégias para efetivação do direito à esterilização voluntária em mulheres sem filhos¹

Luizza Milczanowski Julianelli (UFRJ)

Introdução

A presente pesquisa tem como objetivo compreender como se dá a efetivação do acesso a direitos reprodutivos de mulheres sem filhos que desejam realizar a esterilização voluntária. Neste trabalho, busco compreender como o tema dos direitos reprodutivos - e, em particular, da esterilização cirúrgica – articula-se com a autodeterminação do corpo da mulher e sua gestão pelo Estado. Para isso, resgato, rapidamente, como surgem esses direitos, partindo da percepção de que se tratam de direitos humanos, e a sua previsão na Constituição Federal de 1988. Ainda, procuro compreender o contexto e as discussões parlamentares em torno da tramitação da Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/1996) e sua recente modificação (Lei 14.443/2022), já que esta foi a responsável por normatizar a esterilização voluntária no Brasil.

O intuito, assim, é refletir sobre os diferentes objetivos e possíveis efeitos dessa legislação e como isso se relaciona com o grupo estudado, isto é, com mulheres sem filhos que desejam realizar a laqueadura. Não pretendo me estender em uma minuciosa análise documental, mas trazer um panorama que permita entrever o pano de fundo das políticas estatais de gestão dos corpos e da sexualidade e, portanto, das práticas de esterilização.

Gênero e ciência: o corpo nas ciências sociais

Ao falar de reprodução, um fenômeno biológico que atravessa os seres vivos de forma geral, torna-se quase inevitável não pensar sobre o local em que esse fenômeno ocorre, em particular nos seres humanos, isto é, no corpo. E de que maneira, pelo menos de forma geral, dá-se esse fenômeno, isto é, pelo sexo. Em um mundo de representações, o corpo é também um constructo social, e a análise da representação desse corpo (ou corpos) nos ajuda a compreender a estrutura de uma determinada sociedade. Aquilo que é definido como “normal” ou “anormal”, as permissões e proibições, as doenças e os tabus. Mesmo o físico e o psicológico, as crenças e

¹ Trabalho apresentado no VIII ENADIR. GT04. Corpos, lei e sociedade.

os sentimentos ganham diferentes significados na vida social, reproduzindo-se e imprimindo-se no corpo humano (Rodrigues, 2006).

Logo, o corpo é um campo que converge natureza orgânica e social, aspectos individuais e coletivos. Mauss (2003), por exemplo, pensou no corpo como um meio fisio-psico-sociológico e o primeiro e mais natural instrumento utilizado pelo homem. A técnica do corpo nos é condicionada de diferentes maneiras, sendo um aprendizado ou uma coerção que se imprime em nossa forma de andar, de mexer os dedos, de olhar, de nadar, de parir e mesmo de morrer. Para o autor, talvez não haja “modo natural” de ser.

A fim de distinguir o corpo de interesse das ciências sociais do corpo das ciências naturais, Rodrigues (2006, p. 50) explica que:

tudo que for expressivo no corpo, tudo o que comunicar alguma coisa aos homens, tudo o que depender das codificações particulares de um grupo social, é objeto de estudo sociológico. Tudo o que for universal, tudo o que for apenas instrumental, tudo o que cumprir funções exclusivamente orgânicas, está fora da abordagem sociológica e pertence ao domínio dos cientistas naturais.

Aqui, portanto, penso no corpo como um fenômeno social, cujas percepções, supostamente interiores, exteriorizam-se e se articulam com outrem, em um imbricado de relações sociais multifacetadas. Tudo que nos é natural, afeta-se pelo social.

Nesse sentido, utilizo-me, sobretudo, da percepção de que o corpo é um instrumento não apenas de acesso à vida, mas de controle sobre a vida. O poder que se exerce sobre a vida e a morte, no fim, é um poder exercido sobre o corpo. Para Foucault (2007), a conversão do poder soberano sobre a morte, fenômeno recorrente da antiguidade, converte-se em uma administração calculada da vida, por meio de técnicas diversas de sujeição sobre os corpos e sobre as populações, inaugurando o que ele denomina de biopoder. Ademais, a partir dos séculos XVII e XVIII, a noção de autodeterminação, atrelada aos sentidos, sensações e sensibilidade humanas, inaugura-se nas ciências e na filosofia como uma qualidade indissociável do ser humano (Duarte, 2004).

Esse cenário nos ajuda a compreender a importância das disputas em torno da sexualidade e da reprodução. O sexo faz parte das disciplinas do corpo, mas também da regulação da população. A vida e, portanto, o corpo, torna-se objeto de disputas políticas, intervenção que se dá, por exemplo, por meio das incitações ou freios à reprodução, o que afeta, de maneira precípua, as mulheres, diante da associação que se faz entre um e outro.

Nesse sentido, vemos que a medicina, na sociedade ocidental moderna, tem um papel fundamental na construção dos corpos. Enquanto prática que se consolida como saber científico, a medicina surge no contexto histórico da formação do capitalismo, no século XIX, instituindo-se em seu papel social e político de medicalização dos indivíduos (Vieira, 2002, p. 20). O médico – por meio, sobretudo, de áreas como a medicina legal e a psiquiatria - passa a ter maior relevância social e maior influência política, associando-se às práticas estatais, e possuindo papel fundamental na normatização social. Na modernidade, a ciência é capaz de produzir verdades sociais e as desigualdades de gênero são justificadas por um saber supostamente neutro: a natureza biológica dos corpos feminino e masculino. (Alzufuir e Nucci, 2015).

Por conseguinte, há o fenômeno da medicalização do corpo feminino, fortemente atrelado à sua relação com a reprodução humana. O corpo da mulher passa, com o avanço da técnica e a aproximação dos médicos do parto, a ser um campo de saber e cuidado clínico. Surgem, assim, as medicinas próprias para a mulher, como a obstetrícia, a ginecologia e a embriologia, em que a menstruação se transforma em “distúrbio médico” e o parto em uma cirurgia. (Vieira, 2002). Enquanto o corpo masculino, visto como a norma, era estudado em suas múltiplas patologias, isto é, sem uma ciência própria, o corpo feminino, diferente, necessitava de uma ciência dedicada a ele, pois sua normalidade era instável e potencialmente patológica. (Rohden, 2001).

Ainda, o discurso médico higienista, durante o processo de urbanização das cidades, preocupava-se em controlar a mortalidade populacional, dando à mulher um novo papel dentro do círculo familiar. Os cuidados com os filhos passam a ser, de maneira precípua, uma atribuição da mãe. Responsáveis pela reprodução e pela criação dos filhos, as mulheres precisavam ser disciplinadas e ter sua moral normatizada, pois eram mais associadas à emoção e à função sexual, possuindo uma natureza degenerada. Um desvio em sua educação poderia corrompê-las, sobretudo no papel de mãe (Rohden, 2004). Na Europa, há campanhas de aleitamento materno, com o abolimento das amas-de-leite, comuns até então, no que as mulheres deveriam se reaproximar de sua natureza maternal de fêmea. A mulher, cujo corpo é visto como mais estreitamente envolvido com suas funções naturais (Ortner, 1974), nasceu para ser mãe, para cuidar e amar a prole, garantindo filhos e cidadãos saudáveis (Alzufuir e Nucci, 2015). A mulher é, portanto, percebida como um instrumento, um meio necessário para a reprodução. Essa visão garante não apenas um estreitamento do papel social da mulher como mãe, mas sua manutenção no ambiente privado do lar.

Direitos das mulheres e direitos reprodutivos

Centrada cada vez mais na individualidade humana e em seus direitos, a percepção dos direitos das mulheres como um direito humano faz parte da história recente da sociedade ocidental moderna², em uma tendência de especificação dos direitos humanos (Bobbio, 2004) que, da ideia inaugural de um homem universal, passa a pautar progressivamente a tutela de sujeitos específicos: a mulher, a criança, o idoso, a pessoa com deficiência, dentre outros. No final década de 1970, começa-se a discutir, no plano internacional, mas também no Brasil, questões sexuais e reprodutivas e o seu reconhecimento como direitos humanos, a partir de conferências, convenções, tratados e leis que institucionalizam e positivam esses direitos.

A reprodução, comumente associada à sexualidade, apesar de poderem ser pensadas de formas distintas, é normalmente associada como questão própria do direito das mulheres. Conforme demonstra Rohden (2001), até o surgimento da sífilis, não havia preocupação com a regulação da sexualidade masculina, que não era associada à reprodução. Em 1975, é realizada a primeira Conferência Mundial sobre a Mulher, no México, e, em 1979, a ONU aprova a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. Em 1984, ocorre o Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, expandindo-se a ideia de direitos reprodutivos, com ênfase nas políticas de controle demográfico e na necessidade de métodos contraceptivos, que parte das noções de direito ao próprio corpo, autonomia e liberdade (Scavone, 1999). Já em 1994, ocorre a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD), conhecida como Conferência do Cairo, marco para as políticas populacionais e para os direitos sexuais e reprodutivos. Nessa conferência, a queda da fecundidade e a conseqüente diminuição demográfica foi tida como fundamental para o desenvolvimento do bem-estar populacional e a erradicação da pobreza.

Além disso, os direitos sexuais e reprodutivos pautam-se, dentro dos movimentos feministas, como os direitos de livre escolha à contracepção, ao aborto e à maternidade, no contexto em que a mulher, de forma ampla, deixa de fazer parte apenas da vida privada do lar para ser inserida no mercado de trabalho³. O surgimento da pílula anticoncepcional permite que a mulher evite de forma relativamente segura uma gravidez indesejada, sem depender

² Utilizo aqui o termo “sociedade ocidental moderna” pensando no que autores como Duarte (2004) caracterizam como uma sociedade capitalista marcada sobretudo pelo individualismo.

³ Autoras como Bell Hooks (2020), no entanto, apontam para a assimetria entre as pautas feministas de mulheres burguesas e brancas e, por outro lado, de mulheres pobres e negras, que sempre constituíram força braçal de trabalho, ainda que não assalariado.

diretamente do homem, dissociando as práticas sexuais da reprodução. Modifica-se, assim, a prática da maternidade e dos papéis sociais da mulher no meio social.

No Brasil, em um primeiro momento, havia a valorização da natalidade, isto é, do crescimento da população brasileira em detrimento da sua mortalidade. Já a partir da década de 1960, a pílula e o dispositivo intrauterino (DIU) foram introduzidos no Brasil, acompanhados de campanhas contra a superpopulação mundial. Organismos internacionais, principalmente oriundos dos Estados Unidos, buscavam conter o crescimento populacional em países da América Latina, associando-os à pobreza e ao perigo comunista, principalmente após a revolução cubana. A política demográfica brasileira e os estudos sobre métodos anticoncepcionais atribuem essa decisão ao casal, mas focam apenas na mulher casada, ignorando as condições em que essa escolha é feita e havendo poucos dados sobre a vasectomia, conforme aponta Barroso (1984). Políticas internacionais de redução da natalidade, mudanças políticas e sociais do papel feminino e a convicção de que a reprodução é responsabilidade da mulher contribuíram para o aumento do uso da pílula anticoncepcional, apesar dos seus efeitos muitas vezes nocivos à saúde, assim como favoreceram o aumento de métodos irreversíveis de contracepção, tal qual a esterilização (Pedro, 2003).

Em 1985, foi criado no Brasil o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), órgão vinculado ao Ministério da Justiça, e que possui papel importante na expansão do número de mulheres parlamentares e na mobilização do movimento feminista na Assembleia Nacional Constituinte, cujas demandas consubstanciaram-se na Carta da Mulher Brasileira aos Constituintes, e na luta pela implementação de direitos das mulheres na Constituição⁴. Dentre essas previsões, merece destaque aqui o artigo 226 da Constituição, inserido no capítulo VII, intitulado “DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DO JOVEM E DO IDOSO”:

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.

⁴Oliveira, Januária Teive de. Lobby das meninas: a mulher na constituinte de 1987/88. março 2020. Disponível em: <http://querepublicaessa.an.gov.br/temas/213-lobby-das-meninas.html>. Acesso em 29/05/2023.

Previsto junto a direitos conjugais e familiares, o § 7º atesta ao casal o direito ao livre planejamento familiar, competindo ao Estado garantir o exercício desse direito, propiciando recursos educacionais e científicos para tal.

Regulando práticas: a CPMI da Laqueadura e a Lei do Planejamento Familiar

Até o final da década de 1990, a esterilização cirúrgica acontecia sob certa clandestinidade, pois não existia uma regulamentação específica para o procedimento, que era registrado com outro nome ou realizado durante cesarianas (Osis *et al*, 2009). As mulheres, muitas delas jovens e pobres, não eram devidamente informadas sobre o procedimento, seus efeitos ou riscos. A falta de uma política efetiva voltada para o planejamento reprodutivo e a realização de esterilização compulsória por entidades privadas com financiamento internacional, cujo objetivo era o controle demográfico no país, resultou no aumento expressivo da laqueadura como método contraceptivo. Em 1992, a laqueadura era o método mais utilizado no Brasil, representando 44% das mulheres em idade fértil e que utilizavam algum método contraceptivo e 27% das mulheres em idade fértil⁵. Esses dados resultaram na criação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, a CPMI da laqueadura em mulheres, para investigar a situação da esterilização em massa no país.

Em suas conclusões, a CPMI destacou que, naquele momento, à revelia do Sistema de Saúde, a esterilização cirúrgica enquadrava-se nos crimes de lesão corporal com perda de função ou exposição de vida ou da saúde de outrem a perigo. Ademais, a maioria dos depoentes defendeu a inclusão da esterilização voluntária no rol de métodos contraceptivos, devendo ser, para isso, devidamente regulada. Dentre as recomendações feitas pela comissão ao Legislativo, estava a discussão e a votação do Projeto de Lei visando regulamentar o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal.

Assim, conforme expõe o relatório, as altas taxas de esterilização se explicavam pela falta de apresentação de alternativas contraceptivas e a falta de políticas públicas efetivas, alinhadas ao interesse internacional no controle demográfico em países da América Latina. Também há o fator do aumento da urbanização e da entrada da mulher no mercado de trabalho, o que reflete na saída dessa mulher do ambiente exclusivamente familiar, a falta de quem

⁵ Esses dados, obtidos pelo IBGE, estão no relatório da CPMI. COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO. CPMI - Esterilização da Mulher - 1991. Brasília: Senado Federal, 1991. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/85082>>. Acesso em: 25 jun. 2023.

cuidasse das crianças e a necessidade de diminuição da prole. Deveria haver, conclui a CPMI, um efetivo planejamento familiar, de livre escolha do casal.

Em 1991, foi proposto o projeto de lei nº 209/1991, pelo então deputado Eduardo Jorge, do PT/SP. O projeto original dispunha de normas mais rígidas para o processo de esterilização do que as que viriam a ser sancionadas, com idade mínima de 30 anos para ambos os gêneros e espera de 06 meses entre a manifestação da vontade e a cirurgia. A justificativa do projeto enfatizava a polêmica que envolve a temática: por um lado, a limitação da reprodução; por outro, o freio ao uso indiscriminado e abusivo da laqueadura, principalmente em mulheres pobres e negras.

Ao longo da tramitação na Câmara, foram realizados uma série de acordos e concessões de emendas para que o Projeto fosse votado e seguisse para o Senado. As discussões giraram em torno, principalmente, da possibilidade de realizar a laqueadura no parto e os requisitos para a realização da cirurgia, tal qual acrescentar a exigência de relatório escrito e assinado por dois médicos designados pelo Conselho Regional de Medicina. Alguns deputados preocupavam-se, em particular, com a possibilidade de a cirurgia ser realizada com a mera assinatura do interessado. Em 1995, o PL, substitutivo do Senado, já se delimitava de forma mais similar à lei sancionada, com previsão com idade mínima de 25 anos ou dois filhos vivos, requisito mais rígido do que o decidido inicialmente pela Câmara dos Deputados, que previa apenas a capacidade civil plena.

Alvo de muitas discussões e disputas políticas, a Lei 9.263/1996 demorou mais de cinco anos para ser sancionada e entrar em vigor, em 1997. Os deputados não conseguiam estabelecer um acordo quanto a diversos aspectos da norma, sobretudo acerca da idade mínima e demais critérios para a realização da cirurgia. A lei possuía o intuito de evitar o grande número de partos por cesariana, quando muitas vezes era realizada a laqueadura, além de diminuir o número de esterilizações no país, possibilitando que a mulher fosse mais bem informada sobre os demais métodos contraceptivos. A lei também exigia a outorga conjugal para a realização da cirurgia.

Apesar de tratar tanto da esterilização feminina quanto masculina, as discussões centravam-se na laqueadura e as críticas que se teciam à outorga conjugal diziam respeito à autorização marital de que necessitaria a mulher para fazer a cirurgia, sem que nada se discutisse acerca da vasectomia em homens.

Em 2023, entrou em vigor a Lei 14.443/2022⁶, que alterou a Lei do Planejamento Familiar, revogando a autorização conjugal para a realização da esterilização e diminuindo a idade mínima de 25 anos para 21 anos ou dois filhos vivos. A lei foi votada dentro de diversas pautas pelo Dia das Mulheres, sendo colocada como um importante avanço para os seus direitos, teoricamente facilitando seus requisitos e dando maior liberdade de escolha para a mulher. Nas discussões, enfatizou-se a esterilização como escolha individual e a existência de gestações precoces em meninas jovens.

A (não) maternidade, o controle dos corpos e a esterilização em mulheres

Na década seguinte à lei do planejamento familiar de 1996, houve uma diminuição no número de mulheres laqueadas e um aumento no número de vasectomias no Brasil⁷. Pensada de forma a regular o acesso à esterilização, propiciando uma decisão informada, a lei acabou, também, por restringir esse acesso, conforme apontam autoras como Brandão e Cabral (2021). Os serviços de saúde, à revelia do disposto na lei e nas portarias ministeriais, criaram regras próprias para realizar o procedimento, em especial para mulheres jovens, sendo comum a interpretação de que o critério “25 anos **ou** dois filhos vivos” se tratava de “25 anos **e** dois filhos vivos”. Outros trabalhos apontam a discordância de profissionais de saúde quanto aos critérios legais, considerados muito permissivos, e adaptações diversas desses requisitos em diferentes

⁶ Os principais dispositivos da lei que tratam da esterilização e sua mudança assim dispõem (grifos meus):

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;~~

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (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, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce; (Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022) Vigência

(...)

~~§ 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.~~

§ 2º A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas. (Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022) Vigência

(...)

§ 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 expreso de ambos os cônjuges.~~ (Revogado pela Lei nº 14.443, de 2022) Vigência

⁷ De acordo com dados do PNDS (2006). Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em 19 jun. 2023.

municípios brasileiros, tais quais: o critério de 25 anos ser utilizado pelo casal, independente de quem solicitava a cirurgia; idade mínima de 28 anos e três filhos; 30 anos e dois filhos; 30 anos e dois filhos vivos, com cinco anos de união conjugal estável. (Osis *et al*, 2009).

Assim, apesar de, hoje, ser devidamente regulada por lei, são muitos os relatos acerca da dificuldade de realizar a esterilização voluntária por parte de mulheres. Essa dificuldade se acentua quando a mulher em questão não possui filhos ou não os possui em número considerado suficiente, ou mesmo quando é vista como jovem demais por médicos ou outros profissionais de saúde. Os argumentos para a negativa, em geral, dizem respeito ao arrependimento, à idade e à possibilidade de a mulher encontrar um parceiro que deseje ter filhos.

O médico, que detém a técnica, dispõe de mecanismos para a intervenção nas escolhas da vida reprodutiva das mulheres. Há, consoante aponta Fonseca, Marre e Rifiotis (2021), uma moralidade de gênero que se reconstitui nos consultórios médicos.

O grupo “laqueadura sem filhos”

Para compreensão do meu objeto de maneira empírica, este trabalho se centra em relatos produzidos por mulheres em um grupo localizado no ciberespaço, na rede social Facebook, que denomino aqui de “laqueadura sem filhos”. Criada em 2017, trata-se de uma comunidade privada⁸ que permite a entrada apenas de mulheres que, sem filhos, desejam realizar a laqueadura. Com cerca de 12 mil membros⁹, não é possível afirmar que todos seguem de maneira fidedigna esse parâmetro, senão pela checagem feita pelas administradoras, que fazem o controle daquelas que pedem para entrar e, segundo as regras do grupo, realizam uma varredura esporádica para retirar perfis inativos ou sem foto de perfil. Na comunidade, é proibido, dentre outras coisas, o desestímulo à laqueadura ou perguntas sobre reversão da cirurgia, mas é permitido tratar de outros temas relativos a métodos contraceptivos, sexualidade, adoção ou aborto.

Trata-se de uma comunidade de trocas, conselhos, dicas, orientações e apoio mútuo. As postagens versam sobre dúvidas diversas relacionadas à reprodução, sexualidade e autonomia do corpo, mas as principais postagens são relatos de pacientes que estão no processo ou

⁸ Na linguagem e na lógica do Facebook, isso significa que o grupo pode ser procurado nas abas de pesquisa, mas o seu conteúdo só pode ser acessado com um pedido de entrada e sob aceitação das administradoras.

⁹ Em outubro de 2022, o grupo contava com 11.226 membros e duas administradoras. Em junho de 2023, esse número cresceu para 12 mil membros.

conseguiram a cirurgia. Esses relatos normalmente tratam de longas jornadas e diversas recusas até a realização da laqueadura. Relatos bem-sucedidos são muito comemorados, enquanto recusas são lamentadas, normalmente com conselhos sobre o que fazer a seguir para conseguir a cirurgia.

Há uma série de orientações que são passadas e repetidas no grupo para impedir que a cirurgia seja recusada ou permitir que profissionais sejam denunciados em caso de descumprimento da lei. As mais comuns dizem respeito a: levar a lei impressa, para mostrar ao médico; pedir que a recusa seja dada por escrito ou gravar as consultas para posterior comprovação. Isso fica bem evidente neste comentário de uma integrante do grupo:

Primeiro de tudo VOCÊ TEM QUE SABER DA LEI!! Aqui embaixo o link da lei, leia com calma, IMPRIMA e LEVE EM TODAS A SUAS CONSULTAS E QUANDO FOR SOLICITAR!! Quem sabe da lei não é enganado. (...) É imprescindível estar com a lei e mostrar durante a solicitação, isso diminuí as chances de você ser negada ou te enganarem! Diga que você quer solicitar com base na lei no artigo que diz "25 anos ou 2 filhos vivos". É importante deixar claro a todo momento que você está solicitando um DIREITO previsto na constituição!! (...) A maioria nega com base em requisitos que nem existem na lei, muitos profissionais estão desatualizados, desconhecem a lei, ou têm preconceitos, então estar bem-informada é o PRIMEIRO e mais importante passo!! (grifos meus)

A internet é, portanto, utilizada como estratégia para a busca de informações (Vargas, 2010), que permite contrapor o saber médico com o saber jurídico. Com as informações obtidas, essas mulheres se sentem mais preparadas para lidar com os agentes de saúde e confrontar as informações que recebem destes. A utilização de termos técnicos é corrente no grupo, como: salpingectomia bilateral, laqueadura tradicional, ANS, CFM. Para obter a cirurgia, é preciso primeiro se encaixar nos parâmetros legais, mas não apenas: é preciso também convencer médicos, enfermeiros e, por vezes, psicólogos. São esses sujeitos que detêm a autoridade (Bourdieu, 2008) para definir se aquela mulher deve ou não operar. Ao se confrontarem com o discurso autorizado¹⁰ da ciência, na figura dos médicos, as mulheres compartilham de estratégias sobre o que dizer (ou não dizer) e como dizer. É preciso mostrar que se “conhece a lei” e “os seus direitos”.

¹⁰ Para Bourdieu, o poder da palavra não reside na palavra em si, naquilo que é dito, mas por quem é dito – a autoridade do discurso reside fora do próprio discurso. Nas palavras do autor: “a linguagem, na melhor das hipóteses, representa tal autoridade, manifestando-a e simbolizando-a (...) o uso da linguagem, ou melhor, tanto a maneira como a matéria do discurso, depende da posição social do locutor que, por sua vez, comanda o acesso que se lhe abre à língua da instituição, à palavra oficial, ortodoxa, legítima.” (2008, p. 86/87)

Os relatos de cirurgia costumam se iniciar com uma narrativa de experiências negativas antes de chegar ao final positivo, quando as integrantes conseguem o procedimento. Muitas mobilizam a dimensão do sonho, dizendo que a cirurgia é um “sonho que se realiza”. Antes do relato, as mulheres costumam colocar a idade, o fato de não terem filhos, o local de realização da cirurgia, o nome do médico, o convênio médico ou o posto de saúde e a técnica cirúrgica utilizada. Há uma explicação detalhada não apenas sobre o procedimento em si, mas todo o caminho percorrido até sua realização. Muitas acrescentam, ainda, uma foto de si no hospital, após a cirurgia.

Considerações finais

Mulheres sem filhos, muitas vezes, percebem-se e são percebidas como sujeitos desviantes por desejarem um método irreversível de contracepção. Em uma sociedade que se constrói na valorização da maternidade, elas precisam desenvolver estratégias para convencer médicos e outros profissionais acerca da sua escolha.

No entanto, não é possível ignorar que, enquanto algumas mulheres encontram tais dificuldades, há casos recentes de laqueadura compulsória em mulheres negras e em maior vulnerabilidade social e econômica. Conforme expõe Barroso (1984, p. 175): *“os médicos e as instituições de planejamento familiar tendem a pressupor que as mulheres, e especialmente as pobres e de baixo nível de instrução, são incapazes de usar métodos anticoncepcionais que requeiram a sua participação ativa”*. De uma forma de outra, o corpo feminino torna-se um campo de intervenção.

No caso das mulheres do grupo “laqueadura sem filhos”, percebe-se que elas não representam o enfoque ou o objeto de interesse da lei do planejamento familiar, pensada, sobretudo, para o controle de natalidade de um determinado grupo de mulheres, em especial daquelas com um número considerado grande de filhos e em vulnerabilidade social. Ao buscarem romper com a possibilidade da maternidade de forma definitiva, desafiam uma certa moralidade reprodutiva e o papel social da mulher como mãe.

Assim, apesar de ser uma escolha individual, as possibilidades que permitem que uma mulher decida pelo método da esterilização encontram-se permeadas por fatores políticos, culturais, sociais, raciais e demográficos, que facilitam ou dificultam a concepção e a contracepção. Portanto, a questão da reprodução, da concepção e da contracepção diz respeito

ao controle estatal e social dos corpos, em especial dos femininos, e de quantos filhos se estimula ou desestimula uma mulher a ter. Isso se explicita, por exemplo, no incentivo à laqueadura, ou mesmo sua compulsoriedade com relação a determinadas mulheres, e o seu impedimento ou desincentivo com relação a outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALZUGUIR, Fernanda; NUCCI, Marina. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, v. 20, n. 1, p. 217-238, 2015.

BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 18: 179-180, 1984

BOBBIO, Norberto. A Era dos Direitos. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOURDIEU, Pierre. A Economia das Trocas Linguísticas: O que Falar Quer Dizer I - 2. ed., I^a reimpr. -São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

BRASIL, LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em 11 jun. 2023.

Brasil. Congresso Nacional. **Projeto de Lei nº 7364/2014**. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-7364-2014>. Acesso em: 19 jun. 2023.

COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO. CPMI - Esterilização da Mulher - 1991. Brasília: Senado Federal, 1991. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/85082>>. Acesso em: 25 jun. 2023.

DUARTE, Luiz F. D. A sexualidade nas ciências sociais: leitura crítica das convenções. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARRARA, Sergio. (Orgs.) **Sexualidades e Saberes: Convenções e Fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, p. 39-80, 2004

FONSECA, Claudia; MARRE, Diana e RIFIOTIS, Fernanda. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 27, n. 61, p. 07-46, set./dez. 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade. I. A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

MAUSS, Marcel. As técnicas do corpo. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, pp.399-422. 2003 [1934]

OLIVEIRA, Januária Teive de. **Lobby das meninas: a mulher na constituinte de 1987/88**. março 2020. Disponível em: <http://querepublicaessa.an.gov.br/temas/213-lobby-das-meninas.html>. Acesso em 29/05/2023.

ORTNER, Sherry. Is female to male as nature is to culture? In: ROSALDO, Michelle; LAMPHERE, Louise. (Orgs.) **Woman, culture, and society**. Stanford, CA: Stanford University Press, p. 68-87, 1974.

OSIS, Maria José Duarte et al. Atendimento à demanda pela esterilização cirúrgica na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil: percepção de gestores e profissionais dos serviços públicos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 2009, v. 25, n. 3, pp. 625-634. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300017>>. Epub 16 Mar 2009. ISSN 1678-4464.

PEDRO, Joana M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, 23(45), p. 239–260. 2003.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do Corpo**. 7ª ed. Ver. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ROHDEN, Fabíola. A obsessão da Medicina com a questão da diferença entre os sexos. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARRARA, Sergio. (Orgs.). **Sexualidades e Saberes: Convenções e Fronteiras**, Rio de Janeiro: Garamond, 2004, p. 183-196.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2ª edição, 2001.

SCANOVE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu** (16), 2001: pp. 137-150.

VARGAS, Eliane Portes. Saúde, Razão Prática e Dimensão Simbólica dos Usos da Internet: notas etnográficas sobre os sentidos da reprodução. **Saúde Soc.** São Paulo, V. 19, N. 1, p. 135-145, 2010.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2002. 84 pp.