



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO

**O “PROJETO ÁRVORE SECA” E A LUTA PELA EFETIVAÇÃO DO
DIREITO À ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA EM MULHERES SEM
FILHOS: entre mudanças legislativas, representações e estratégias de ação**

LUIZZA MILCZANOWSKI JULIANELLI MENDES

Rio de Janeiro

2024

LUIZZA MILCZANOWSKI JULIANELLI MENDES

**O “PROJETO ÁRVORE SECA” E A LUTA PELA EFETIVAÇÃO DO
DIREITO À ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA EM MULHERES SEM
FILHOS: entre mudanças legislativas, representações e estratégias de ação**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito, sob a orientação do **Professor Dr. Luiz Eduardo de Vasconcellos Figueira**.

Rio de Janeiro

2024

CIP - Catalogação na Publicação

953? Mendes, Luizza Milczanowski Julianelli
 O "PROJETO ÁRVORE SECA" E A LUTA PELA EFETIVAÇÃO
DO DIREITO À ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA EM MULHERES
SEM FILHOS: entre mudanças legislativas,
representações e estratégias de ação / Luizza
Milczanowski Julianelli Mendes. -- Rio de Janeiro,
2024.
 164 f.

 Orientador: Luiz Eduardo de Vasconcellos
Figueira.

 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Faculdade Nacional de Direito,
Programa de Pós-Graduação em Direito, 2024.

 1. Esterilização voluntária. 2. luta por
direitos. 3. laqueadura tubária. 4. lei do
planejamento familiar. 5. etnografia . I. Figueira,
Luiz Eduardo de Vasconcellos, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
SECRETARIA DO PPGD

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2024

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CCJE

(Centro)

FAULDADE DE DIREITO

(Unidade)

Ata de defesa de dissertação para concessão do grau de Mestre em Direito.

Área de concentração: Teorias Jurídicas Contemporâneas

Defesa realizada em: 28 de junho de 2024.

Candidata: LUIZZA MILCZANOWSKI JULIANELLI MENDES

Orientador e presidente da banca: Luiz Eduardo de Vasconcellos Figueira (PPGD/UFRJ)

Título da dissertação:

O "PROJETO ÁRVORE SECA" E A LUTA PELA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA EM MULHERES SEM FILHOS: entre mudanças legislativas, representações e estratégias de ação.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luiz Eduardo de Vasconcellos Figueira (orientador) – PPGD/UFRJ

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Barbosa-Fohrmann – PPGD/UFRJ - (por videoconferência)


Prof.ª Dr.ª Carolina Pereira Lins Mesquita – PPGD/UFRJ


Prof.ª Dr.ª Karina Kuschnir – IFCS/UFRJ


Prof.ª Dr.ª Laura Lowenkron – IMS/UERJ


Prof.ª Dr.ª Lucía Eilbaum – PPGA/UFF

Assinatura da candidata:

x 

Local da defesa: PPGD – UFRJ

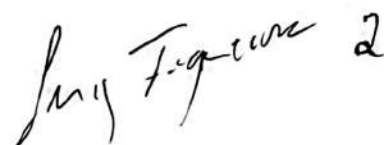
Em sessão pública, a candidata foi arguida oralmente pelos membros da banca, tendo como resultado:

- ☒ a) Aprovação da dissertação sem restrições; *Com indicação de publicação.*
- b) Aprovação da dissertação condicionada ao cumprimento de exigências feitas pela banca;
- c) Reprovação da dissertação.

Rio de Janeiro, 28 de junho de 2024.

Na forma regulamentar, foi lavrada a presente ata que é assinada pelo presidente e demais membro da banca na ordem acima e pelo candidato.

Conforme Resolução CEPG-UFRJ, n. 128/2022, o presidente da banca assina a ata da defesa em nome dos membros que participaram por videoconferência.

 2

Para Hildinha, que esteve ao meu lado até o fim e não me deixou desistir.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho não é apenas resultado do tempo de fato dedicado a ele, mas todas as circunstâncias anteriores que o tornaram possível. Sendo assim, esta pesquisa é fruto de todas as pessoas, momentos, conversas e leituras que me encontraram ao longo de vinte e seis anos.

Nesse sentido, gostaria de agradecer à minha família, por compreender minhas ausências estudando e, em especial, aos meus pais, que me ensinaram o valor do aprendizado e me permitiram ser livre para ser quem eu sou. Ao meu pai, ainda, por me ajudar na edição deste trabalho e de muitos outros.

Ao Giovanni, por ser, em termos nabokovianos, o meu primeiro e verdadeiro leitor, além de tradutor oficial: obrigada por me apoiar em todos os momentos e por me escutar falar sobre esta pesquisa tantas vezes.

Ao meu orientador, Luiz, pela amizade, companheirismo, paciência e carinho ao longo desse caminho, desde a graduação, e por estar disposto a me ouvir diante de todas as dúvidas que a vida e uma pesquisa podem suscitar. Sem você, este trabalho não seria possível.

Ainda, gostaria de agradecer a todos os meus companheiros e amigos do Núcleo de Cultura Jurídica (NCJ), grupo de pesquisa de que faço parte desde o primeiro semestre da graduação em Direito e que há oito anos é um espaço acolhedor, livre e onde aprendo não apenas o processo de fazer pesquisa, mas a como estar na academia de um jeito leve.

A todos os meus colegas e professores do PPGD-UFRJ, especialmente aos amigos da minha turma de mestrado, pelas trocas enriquecedoras e pelos ensinamentos. E, aqui, à Natália, minha amiga de todas as horas nessa jornada, por sempre ver um lado positivo quando eu mesma não consigo ver.

A todos os professores que cruzaram minha jornada acadêmica e me deram instrumentos de ver e viver o mundo, seja em eventos, conversas de corredor ou em sala de aula, e aos amigos que me deram as mãos nessa estranha narrativa chamada vida.

Às mulheres do grupo “esterilização sem filhos” que, ao compartilharem a sua experiência com a esterilização voluntária, materializaram este trabalho.

Por fim, à Ada e Hilda, minhas gatinhas, que estiveram junto de mim em todos os momentos durante o processo de escrita e até o fim. Hildinha, eu te amo para sempre.

“Eu não sou um intelectual, escrevo com o corpo.”

C. Lispector

“Podemos nos aproximar continuamente, por assim dizer, da realidade, mas nunca conseguiremos nos aproximar o suficiente, porque a realidade é uma sucessão infinita de passos, de níveis de percepção, de fundos falsos, e por isso, inesgotável, inalcançável. Podemos saber cada vez mais sobre uma coisa, mas nunca podemos saber tudo sobre uma coisa: é impossível.”

V. Nabokov

RESUMO

A esterilização, método contraceptivo definitivo, está regulamentada na Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996). No entanto, apesar da previsão legal, mulheres encontram inúmeras dificuldades para a realização do procedimento. Este trabalho, de cunho etnográfico, tem como objetivo compreender como se dá a luta pela efetivação do acesso a direitos reprodutivos de mulheres sem filhos que desejam realizar a esterilização voluntária. Para isso, busca-se descrever e analisar os diferentes processos para realização da laqueadura tubária, quais as dificuldades encontradas e estratégias utilizadas para obtê-la na rede pública e privada de saúde, e quais as representações das pacientes sobre o procedimento, por meio de relatos de experiência narrados em um grupo localizado no ciberespaço. O texto normativo é, aqui, utilizado de forma estratégica para a efetivação dos direitos reprodutivos dessas mulheres, que compartilham informações diversas umas com as outras. Ainda, os entraves para a cirurgia são percebidos, por elas, como uma ingerência indevida à liberdade sobre o próprio corpo, o que se relaciona também com a percepção de sua identidade como mulher. Essa compreensão, ainda, perpassa a noção de como o Estado gere, regulamenta ou apreende a autonomia da vontade da mulher e como isso se relaciona com as representações da maternidade e da não-maternidade em nossa cultura.

Palavras-chave: Lei do Planejamento Familiar; Direitos Reprodutivos; Esterilização voluntária; Não-maternidade.

ABSTRACT

Sterilization, a definitive contraceptive method, is regulated in the Family Planning Law (Lei do Planejamento Familiar nº 9.263/1996). However, despite legal provision, women encounter numerous difficulties in carrying out this surgery. This work, of ethnographic nature, has as its objective to understand the struggle for effective access to the reproductive rights of childless females who seek to carry out voluntary sterilization. For this purpose, this work seeks to describe and analyze the different processes for conducting the tubal ligation procedure, what difficulties are found and the utilized strategies for obtaining it in the public and private health services, and what are the patient's understanding of the procedure, by narrated accounts of experiences in a group located in the cyberspace. The normative text is, here, strategically utilized for the implementation of these women's reproductive rights, who share diverse information with one another. Still, the obstacles for the surgery are perceived, by them, as an undue mismanagement of their body's freedom, which also relates with the perception of their own identities as a woman. This comprehension, still, pervades the notion of how the state controls, regulates, or apprehends the autonomy of the woman's will and how this relates with the representation of maternity and non-maternity in Brazilian culture.

Key words: Family Planning Law; Reproductive Rights; Voluntary sterilization; Non-maternity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: dados da CMPI de 1992. Senado Federal.	30
Figura 2: CMPI de 1992. Senado Federal.	32
Figura 3: trecho do Diário do Congresso Nacional. 1991.	36
Figura 4: trecho do Diário da Câmara dos Deputados. 1995.....	41
Figura 5: trecho do Diário da Câmara dos Deputados. 1995.....	42
Figura 6: deputadas posam para foto. Plenário. Câmara dos Deputados. Youtube, 2023.	51
Figura 7: página de entrada do grupo. Print do Facebook. Arquivo pessoal.	64
Figura 8: perguntas para acesso ao grupo. Print do Facebook. Arquivo pessoal.	67
Figura 9: reações a post. Print do Facebook. Arquivo pessoal.	71
Figura 10: conversa no grupo. print do Facebook. Arquivo pessoal.	78
Figura 11: postagem no grupo. Print do Facebook. Arquivo pessoal.	80
Figura 12: postagem no grupo. print do Facebook. Arquivo pessoal.	82
Figura 13: imagem de publicação aberta. Facebook, 2024.	116
Figura 14: postagem no grupo Facebook. Arquivo pessoal.....	117
Figura 15: publicação no grupo. print do Facebook. Arquivo pessoal.	124
Figura 16: indo ao centro cirúrgico. Arquivo pessoal.	145
<i>Figura 18: atestado médico fornecido no hospital, com a CID. Arquivo pessoal.</i>	<i>147</i>
Figura 19: meu sumário de alta. Oculte apenas os nomes dos médicos. Arquivo pessoal.	148

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
Inserção no campo e trajetória de pesquisa	13
Tema, objeto e organização do trabalho	15
A etnografia, o universo on-line e a autoetnografia: escolhas e possibilidades em um grupo de mulheres.....	17
CAPÍTULO 1 - MUDANÇAS LEGISLATIVAS E DIREITOS REPRODUTIVOS: A LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E A ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA (LEI Nº 9.263/96 E LEI Nº 14.443/22)	23
1.1 - O corpo nas ciências sociais.....	23
1.2 - Direitos das mulheres e direitos reprodutivos	25
1.3 - A CMPI da laqueadura em mulheres de 1992	28
1.4 - A tramitação da Lei 9.263/1996	35
1.5 - A tramitação da Lei nº 14.443/2022	49
1.6 - ADI 5911	53
1.7 - Controle reprodutivo e o surgimento dos métodos reversíveis de longa duração	56
CAPÍTULO 02 - DIFUNDIR A LEI E DIVULGAR MÉDICOS: ESTRATÉGIAS DE LUTA PARA O ACESSO AO DIREITO DE NÃO TER FILHOS	60
2.1. - Inserção no campo.....	62
2.2 - Regras: o que pode ser discutido e o que é proibido	66
2.3 - Estratégias de luta para efetivação de direitos: “são esses três entraves: o afetivo, o corpo físico e o arrependimento”	71
2.4 - Diferentes caminhos e diferentes métodos: o SUS e o sistema privado; a cirurgia “por vídeo”, “tipo cesárea” e a “cultura da salpi”	75
2.5 - Estratégias e saberes: o saber médico e o saber jurídico	82
2.6 - Para além do arrependimento, as consequências físicas e psicológicas.....	92
CAPÍTULO 03 - “O PROJETO ÁRVORE SECA”: SONHOS E VALORES COMPARTILHADOS NO GRUPO “ESTERILIZAÇÃO SEM FILHOS”	97
3.1 - A medicalização dos corpos e o papel da maternidade na construção da mulher	97
3.2 - Mas e o feminismo?	102
3.3 - A (não) maternidade: “Ela nunca mais vai ser uma mulher. Apenas mãe.”	104
3.4 - Contar ou não contar: o “julgamento” das outras pessoas, a combinação de métodos e o “pânico de engravidar”	117
3.5 - “Gatinhas castradas”: sonhos e relatos de si	122

CAPÍTULO 04 - MINHA ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA SEM FILHOS: UMA EXPERIÊNCIA AUTOETNOGRÁFICA	131
4.1 - A autoetnografia como método experimental e criativo.....	131
4.2 - O “direito de me arrepender”: minha experiência com médicos	133
4.3 - A escusa de consciência e o arrependimento.....	141
4.4 - “Pode tirar tudo”: a minha cirurgia de esterilização	144
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
REFERÊNCIAS	152
ANEXOS	159
ANEXO 01 - Termo de consentimento livre e esclarecido fornecido pela FEBRASGO ..	159
ANEXO 02 - material disponibilizado pela FEBRASGO para médicos	161

LISTA DE SIGLAS

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

ANS – Agência Nacional de Saúde

BEM-FAM – Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil

CADir/UNB – Centro Acadêmico de Direito da Universidade de Brasília

CCP – Central de Corte do Plenário

CID – Classificação Internacional de Doenças

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas

CMPI – Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CN – Congresso Nacional

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CPAIMC - Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil

CRM – Conselho Regional de Medicina

CSSF – Comissão de Seguridade Social e Família

DIU – Dispositivo Intrauterino

EUA – Estados Unidos da América

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

IBDFAM – Instituto Brasileiro de Direito de Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPFAM – Instituto Planejamento Familiar

IPPF – International Planned Parenthood Federation

LARC – long-acting reversible contraception

MNU – Movimento Negro Unificado

NUDEM – Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher

ONG – Organização Não-governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PL – Projeto de Lei

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPGD – Programa de Pós-graduação em Direito

PSB – Partido Socialista Brasileiro

SIMEPAR – Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS– Unidade Básica de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

INTRODUÇÃO

Inserção no campo e trajetória de pesquisa

Durante o Ensino Médio, eu não sabia muito bem o que queria fazer. Ou melhor, sabia apenas que queria escrever ficção, mas essa era uma escolha que não envolvia necessariamente uma graduação. Assim, em 2016, influenciada pela família, ingressei na Faculdade Nacional de Direito, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FND-UFRJ), mas nunca me habituei bem à dogmática jurídica e às sociabilidades a que somos submetidos, ao longo de cinco anos, para nos tornarmos operadores do Direito, com vestimentas, linguajar e postura, isto é, um *ethos* muito específico, marcado por uma certa liturgia jurídica. No entanto, no mesmo ano, em meu primeiro semestre na universidade, comecei a acompanhar as reuniões do Núcleo de Cultura Jurídica (NCJ), grupo de pesquisa coordenado pelo professor Luiz Eduardo Figueira, que busca trazer o olhar da etnografia para o campo do Direito, especialmente no que diz respeito às práticas estatais. Ali, tive o interesse despertado pela possibilidade de enxergar o mundo jurídico a partir de outra perspectiva, para suas práticas cotidianas e a relação entre os seus atores. Descobrir, afinal, para parafrasear Geertz, o que eles pensavam que estavam fazendo.

Frequentando semanalmente o grupo de pesquisa e inserida no universo cibernético a maior parte da vida, comecei, em torno de 2018, a vê-lo como possível campo etnográfico, quando me deparei com os discursos produzidos em torno do Queermuseu, exposição que, naquele período, foi cancelada duas vezes sob acusações morais diversas, dentro de um contexto de diversas exposições e manifestações artísticas de alguma forma impedidas de ocorrer no Brasil¹. Até então, não havia tido muito contato com pesquisas empíricas na internet, mas sabia que, cada vez mais presente no cotidiano e transpassando as relações, o ciberespaço apresentaria interessantes dinâmicas sociais.

Em 2022, já no programa de pós-graduação (PPGD-UFRJ), ao acessar alguns grupos na rede social Facebook, chamou-me especial atenção um grupo voltado para mulheres sem filhos que buscavam a laqueadura tubária, um método irreversível de contracepção. Estava ali, primeiro, como possível interessada naquela cirurgia, mas fui capturada por uma curiosidade etnográfica, um entusiasmo e interesse que me fizeram abandonar o tema que vinha

¹ Minha monografia teve como tema essa exposição, o seu posterior cancelamento e os desdobramentos do caso nas mídias sociais, buscando compreender os sentidos e usos políticos da liberdade de expressão no Queermuseu ao explorar as narrativas ao redor do caso. Acesso em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/16873/1/LMJMendes.pdf>

desenvolvendo até então, relativo à liberdade de expressão na arte. Em primeiro lugar, fiquei impressionada com o tamanho e os detalhes dos relatos produzidos por essas mulheres e a quantidade de interação nos comentários de cada postagem. Assim, ao me deparar com o tema da esterilização voluntária, minhas primeiras indagações foram: O que aquelas narrativas trazem? Por que mulheres sem filhos relatam dificuldade em realizar a esterilização voluntária? Por que fazer uma laqueadura parece tão difícil? Afinal, sendo um procedimento previsto em lei, por que tantas mulheres estão ali, compartilhando dicas e formas para realizá-la? Em que contexto surge a Lei do Planejamento Familiar e sua mudança? Por que médicos se recusam a realizar o procedimento em algumas mulheres?

Nesse sentido, esta pesquisa se centra nos relatos produzidos por mulheres sem filhos em um grupo localizado no ciberespaço, voltado para a esterilização. A escolha do grupo se deu por ser um espaço de orientações, com estratégias compartilhadas para a realização da cirurgia, além de trocas de experiências, dúvidas, planejamento e relatos detalhados de como essas mulheres conseguiram realizar o procedimento ou não, com listas de médicos que aceitam ou recusam a prática em cidades de todo o Brasil. A comunidade, com cerca de doze mil mulheres², é voltada apenas para aquelas que não possuem filhos e pretendem realizar a esterilização. Logo, trata-se de um campo dinâmico, auto-organizado e fecundo de observação, que me permitiu perceber diferentes aspectos do meu objeto de maneira empírica. Passei cerca de um ano e seis meses inserida nesse espaço, de setembro de 2022 a março de 2024, acompanhando quase diariamente as publicações, comentários e interações entre as participantes.

O recorte no processo de esterilização em mulheres e, em especial, em mulheres sem filhos, justifica-se pela compreensão de que há uma certa identidade partilhada e experiências específicas para obtenção da cirurgia, o que explica a necessidade de uma comunidade voltada para essas pessoas. O grupo surge justamente a partir da percepção de diferenciação entre mulheres sem filhos e com filhos para obtenção da cirurgia³. Dentre essas diferenças está a maior dificuldade em realizar o procedimento e o medo de “julgamento” de familiares, amigos e médicos. Esses entraves justificam a necessidade da criação de estratégias para efetivação dos seus direitos reprodutivos e a percepção de que esses direitos têm sofrido a ingerência indevida por parte de atores diversos, principalmente da área médica.

² O grupo contava, em outubro de 2022, com mais de onze mil e duzentas mulheres. Em abril de 2023, esse número cresceu para onze mil e setecentas mulheres e, no final de junho de 2023, o grupo possuía doze mil membros, o que indica um interesse crescente pelo assunto.

³ Informação dada pela criadora e administradora do grupo em entrevista.

Como veremos, diversos fatores influenciam a forma como a esterilização será tratada, sendo certas determinantes sociais a posição familiar e financeira da mulher, a política demográfica, a economia e o nível de instrução (Barroso, 1984). Em uma cultura que se constitui no entorno da maternidade como destino inexorável da mulher, mulheres sem filhos percebem-se e são percebidas muitas vezes como sujeitos desviantes por desejarem um método irreversível de contracepção. Como corpos aptos à reprodução, e por vezes desejáveis para tal, a negativa do papel de gestar encontra diferentes empecilhos por parte de agentes diversos.

Tema, objeto e organização do trabalho

Este trabalho busca compreender como se dá a efetivação do acesso a direitos reprodutivos de mulheres sem filhos que desejam realizar a esterilização voluntária, por meio de relatos de experiência narrados em um grupo localizado no ciberespaço. Para isso, procuro descrever e analisar os diferentes processos para realização da laqueadura tubária; as dificuldades e estratégias de luta para obtê-la na rede pública e privada de saúde; as representações das pacientes sobre o procedimento; as representações da maternidade no grupo; e de que maneira e sob quais justificativas os agentes de saúde autorizam ou recusam a realização da cirurgia. O intuito é perceber como são utilizadas estratégias diversas, em especial o uso da norma jurídica, para obter direitos. O texto normativo é, aqui, utilizado como meio para a efetivação dos direitos reprodutivos dessas mulheres. Apesar da previsão legal, elas encontram inúmeras dificuldades para a realização da cirurgia, no que se justifica o compartilhamento de informações umas com as outras. Ainda, os entraves para a cirurgia são percebidos, por elas, como uma ingerência indevida à liberdade dos seus corpos, o que se relaciona também com a percepção de sua própria identidade como mulher. A noção de Estado, por sua vez, é utilizada aqui no sentido de práticas e relações construídas por sujeitos concretos e localizados, isto é, um conjunto de agências estatais cotidianas e heterogêneas, e não como ente abstrato e despersonalizado. Essa compreensão perpassa, ademais, a noção de como o Estado gere, regulamenta ou apreende a autonomia da vontade da mulher e como isso se relaciona com as representações da maternidade e da não-maternidade em nossa cultura.

Ainda, para compreender esta pesquisa, é importante ressaltar que ela foi realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGD-UFRJ), cuja área de concentração, Teorias Jurídicas Contemporâneas, possui três linhas de pesquisa: Sociedade, Direitos Humanos e Arte; Teorias da decisão e da interpretação e justiça;

e Democracia, Instituições e Desenhos Institucionais⁴. O meu trabalho se insere na primeira linha, Sociedade, Direitos Humanos e Arte, que se propõe justamente a articular esses sentidos – com destaque para a percepção dos direitos reprodutivos como direitos humanos – e permite, pelo perfil do próprio programa, diferentes incursões para pensar o direito de maneira criativa.

Nesse sentido, o trabalho se divide em quatro momentos:

No primeiro capítulo, busco compreender como o tema dos direitos reprodutivos – e, em particular, da esterilização cirúrgica – articula-se com a autodeterminação do corpo da mulher e a gestão desse corpo pelo Estado. Para isso, resgato, rapidamente, como surgem esses direitos, partindo da percepção de que estes são direitos humanos, e a sua previsão na Constituição da República de 1988. Ainda, procuro compreender o contexto e as discussões parlamentares ao longo da tramitação da Lei do Planejamento Familiar (Lei n.º 9.263/1996) e sua recente modificação (Lei n.º 14.443/2022), já que esta foi a responsável por normatizar a esterilização voluntária no Brasil, por meio de documentos estatais, tais quais a Constituição Federal de 1988, a Lei n.º 9.263 de 1996, a Lei n.º 14.443 de 2022, e documentos produzidos ao longo da sua tramitação, disponíveis em diários no site do Congresso Nacional, assim como os relatórios e documentos diversos da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CMPI) de 1992. Isso é importante não apenas para fins de contextualização, mas porque essa norma é utilizada de forma estratégica pelas pacientes para obter a cirurgia. Apesar das dificuldades encontradas, é a lei que garante que elas possam realizar a esterilização.

Já no segundo capítulo, procuro focar nas estratégias utilizadas por mulheres sem filhos, em um grupo no Facebook, para conseguirem realizar a cirurgia de esterilização voluntária, assim como as informações e orientações compartilhadas entre elas. O intuito é perceber como essas estratégias são utilizadas, de que maneira e sob quais justificativas os agentes de saúde autorizam ou recusam a realização da cirurgia, e quais os procedimentos para sua realização, pensando em noções tais como identidade, autoridade e resistência. Nesta parte, também falo sobre o funcionamento do grupo, a sua organização e dinâmicas discursivas, permissões e proibições, e de como me inseri nesse campo.

Na terceira parte, pretendo trazer um pouco do universo compartilhado entre as mulheres da comunidade, principalmente no que diz respeito à questão da ausência de filhos, para compreender os significados atrelados à negação da maternidade e as noções de desvio e “juízo”. Para isso, primeiro falo um pouco sobre a construção da mulher enquanto mãe,

⁴ Para saber mais: <https://ppgd.direito.ufrj.br/linhas-de-pesquisa/>

utilizando-me principalmente de autoras da Antropologia voltadas ao gênero e à medicalização dos corpos, para entender o lugar da maternidade – e, portanto, da não-maternidade – em nosso imaginário social. No mais, falo um pouco acerca dos relatos para realizar a cirurgia presentes no grupo. Para essas mulheres, a esterilização é não apenas uma cirurgia, mas uma decisão que materializa sentidos sociais e existenciais, um planejamento e uma escolha de como estar no mundo – diante da negação do papel de mãe – e um “sonho” que se dá diante de muitos empecilhos.

No quarto e último capítulo, inspirada em estudos da autoetnografia, busco explorar minha própria experiência com a realização da cirurgia de esterilização voluntária⁵, principalmente no que diz respeito ao contato com médicos e outros profissionais de saúde, refletindo sobre os aspectos sociais dessa experiência, isto é, no que ela se relaciona com as diferentes trajetórias vivenciadas por mulheres no campo estudado, refletindo sobre como isso poderia contribuir para a compreensão do meu objeto.

Por fim, a escolha do título deste trabalho, um tanto longo, justifica-se pela necessidade de me adequar ao mundo do direito e à minha presença em um programa de pós-graduação nessa área, condensando a temática que me proponho a abordar. Já a expressão “projeto árvore seca” foi retirada da fala de algumas mulheres no grupo estudado, que se utilizam de termos diversos para se referir ao ato da esterilização e que veremos mais adiante. Acredito que esse efeito, de uma árvore seca, elucide bem os sentidos que são produzidos por essas mulheres, representando o que significa a cirurgia de esterilização voluntária para elas: a escolha definitiva de não gestar, ou melhor, de não dar frutos.

A etnografia, o universo on-line e a autoetnografia: escolhas e possibilidades em um grupo de mulheres

A pesquisa empírica em direito se interessa pelo direito em suas práticas, para o fazer jurídico realizado por meio dos sujeitos ou atores no campo, contrapondo-se, conforme apontam Kant de Lima e Lupetti Batista (2013), à dogmática jurídica e à lógica do dever-ser, expondo no que a prática e a teoria se aproximam e afastam no fazer cotidiano.

Para a realização deste trabalho, busquei utilizar como base a etnografia, uma maneira particular de olhar para as práticas e para os sujeitos, descrever e analisar a realidade, procurando compreender o outro por meio de um exercício de alteridade. Propõe, assim, a partir

⁵ Como veremos, realizei a cirurgia da esterilização voluntária durante o processo de realização desta pesquisa, em julho de 2023.

de um deslocamento de olhar, a perceber “através de que os outros percebem” (Geertz, 2014, p. 89), por meio da apreensão de que a realidade é construída por um conjunto de fatores sociais, decorrentes da ação humana (Berger e Luckmann, 2014). O uso da etnografia no direito permite não apenas um deslocamento de olhar para as práticas jurídicas, possibilitando vê-las sob outra luz, mas permite descrever densamente as práticas e os sentidos produzidos pelos atores e a sua relação com o campo jurídico, em especial no que não é possível obter por meio da análise fria dos preceitos legais.

Segundo Peirano (2014), uma das características da etnografia, que irrompe no âmbito da Antropologia, é a sua criatividade. A Antropologia apenas existe por meio da pesquisa empírica. O conhecimento da disciplina sobre o método etnográfico se funda, diz a autora, em pesquisas etnográficas anteriores, daquilo que deu ou não deu certo na literatura. A pesquisadora chama a atenção para o fato de que mesmo ao se utilizar de alicerces teóricos, a etnografia é uma construção criativa do etnógrafo e é sempre inovadora, já que é um método que recusa uma orientação pré-definida. Nesse sentido, todo antropólogo inventa e reinventa a Antropologia, cujas descobertas não se dão em um espaço fechado, por meio de abstrações, mas na prática, nas descobertas de campo, tratando-se de uma atividade reflexiva. Assim, é um fazer artesanal, que vai descobrindo seus meios a partir do campo e do objeto estudado (Peirano, 2014).

Importante, ainda, destacar a relevância do conceito de descrição densa para o fazer etnográfico e, em particular, para esta pesquisa. Para Clifford Geertz (1978, p. 14), o que define a etnografia não é o método ou as técnicas, mas um tipo específico de “esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma descrição densa”. A descrição etnográfica é, portanto, marcada pelas seguintes características: ela é interpretativa e microscópica. Trata-se de uma rede complexa de estruturas conceituais sobrepostas. O trabalho do etnógrafo é apreender e dar sentido a essa complexidade, buscando conclusões a partir de pequenos fatos densamente entrelaçados. Trata-se de uma redução de escala, em que se perde em generalidade e se ganha em detalhes, por meio de uma descrição densa daquilo que é observado (Geertz, 1978). Trata-se de um “bordejar dialético contínuo, entre o menor detalhe nos locais menores, e a mais global das estruturas globais, de forma que ambos possam ser observados simultaneamente”, isto é, uma articulação entre o local e o universal (Geertz, 2014, p. 105).

A Antropologia é, pois, uma ciência interpretativa (Da Matta, 1978), cuja necessidade reside em tentar enxergar através do ponto de vista do outro (ou do nativo, para utilizar um termo comum nesta disciplina). Cuida-se de uma atividade construtivo-criativa, uma representação de uma representação do universo simbólico do outro. Geertz (2014, p. 89)

resume a importância do esforço etnográfico em “descobrir que diabos eles acham que estão fazendo”, na busca de enxergar pelas lentes do interlocutor. No entanto, o autor alerta para o fato de que o etnógrafo não percebe o que o outro percebe, propriamente, mas de que forma o outro percebe. Em outras palavras, é perceber através do que ou de que maneira o outro percebe o mundo e a si mesmo. Não apenas como se dão as experiências, mas como se dão as experiências para o nativo. Logo, parte-se da ideia de que é preciso tempo de convívio com os interlocutores e com o campo (Velho, 1978). Esse contato exige um trabalho consciente do pesquisador, isto é, de se saber participante de uma dinâmica que se modifica com a sua presença. Os dados, obtidos a partir da interação com o campo, são importantes, assim como sob quais condições eles foram obtidos. Para Silva (2009), uma pesquisa etnográfica só é confiável quando o pesquisador se inclui na paisagem.

Nesse sentido, a partir da apreensão do universo simbólico do outro, é preciso sistematizar todas as informações percebidas no campo e “traduzi-las” para o texto, tornando-o inteligível em termos de pesquisa acadêmica. Por isso mesmo, Geertz (1978) alerta que, como ciência interpretativa, o texto etnográfico é composto, em si mesmo, por interpretações. O etnógrafo funde a visão do ponto de vista do nativo com o próprio ponto de vista para estabelecer sentidos. Esse esforço de conexão é fundamental para a pesquisa etnográfica (Oliveira, 2018). Trata-se de uma espécie de diminuição do próprio olhar para observar melhor como vive o interlocutor.

Sendo assim, o fazer etnográfico se situa em relação aos atores sociais estudados e os territórios por eles habitados (Silva, 2009). O objeto de pesquisa é um mosaico de minúcias e complexidades visto de dentro pelo etnógrafo, pois ele não deixa de estar inserido na sociedade. Ao trazer essas questões da relação do etnógrafo com a cidade, isto é, de onde ele está situado como pesquisador, Hélio Silva (2009) aborda a questão da etnografia como um livro de andar e ver. Pois, afinal, a prática etnográfica se traduz em andar, ver e escrever. O olhar do pesquisador é um olhar que busca saciar dúvidas, angústias, um não-saber do campo.

Isto posto, pode-se concluir que o fazer etnográfico é marcado por uma descrição densa, interpretativa e microscópica, que se dá pelo trabalho de campo, pela conexão com o nativo e pelo esforço de tradução de evidências simbólicas.

A etnografia, assim como não se limita mais aos estudos de tribos distantes, também passa a se entrelaçar com o mundo digital, muito presente no cotidiano e nas dinâmicas sociais atuais. A internet passa a se tornar objeto de interesse da Antropologia a partir da década de

1990, apesar de certa desconfiança de pesquisadores tradicionais, e ganha novos contornos com a pandemia do Covid-19 (Freitas, Lins e Parreiras, 2020).

A internet é um fenômeno que, permeando o cotidiano, produz sentidos, tem sua própria linguagem, dinâmica e relações, conforme esclarece Christine Hine em uma entrevista para o pesquisador Bruno Campanella (2015). A etnografia do mundo digital possui o objetivo de tentar compreender, nas palavras de Hine (2015), o modo como a atividade *on-line* produz sentido. Há uma crescente dificuldade em separar a pesquisa realizada da não realizada *on-line*, distinção que hoje parece ter perdido sentido diante da presença intensa do mundo cibernético no cotidiano (Campanella, 2015).

Tem-se a internet como uma “interface cotidiana da vida das pessoas e lugar de encontro que permite a formação de comunidades, grupos estáveis e a emergência de novas formas de sociabilidade” (Mercado, 2012). Ainda que exista uma dinâmica que envolva o mundo *on-line* e o mundo *offline*, essa separação se torna cada vez menos flagrante. A forma como o mundo é percebido e a relação entre os sujeitos vêm se modificando com a presença de novas tecnologias, o que não pode passar despercebido nos estudos em ciências sociais. Assim como a Antropologia deixa de se deslocar apenas para tribos distantes, o pesquisador passa a poder realizar o campo ao sentar-se em sua cadeira e ligar o computador, acessando um universo particular, que possui suas próprias dinâmicas. Mais do que um lugar estranho, hoje a internet é um espaço comum para muitas pessoas, estando em nosso cotidiano mais do que como uma ferramenta, mas como um ambiente familiar a que acessamos diariamente. Com o surgimento dos chamados *smartphones*⁶, esse contato se ampliou, possibilitando o acesso à internet em todo o lugar e a qualquer momento. O campo virtual é possível porque o campo é onde as relações se estabelecem, sejam elas como forem, não se resumindo a um ambiente físico bem delimitado.

Dito isto, portanto, o meu esforço se centrou na observação do grupo “esterilização sem filhos⁷”, por cerca de um ano e meio, de setembro de 2022 a março de 2024. Acompanhava as postagens quase diariamente, pelo computador e pelo celular, ainda que existisse a dificuldade de ler todo o grande fluxo de postagens e comentários. Em certo momento, o grupo passou a

⁶ Termo utilizado para designar celulares que comportam ferramentas próprias de computadores pessoais, como aplicativos e acesso à internet.

⁷ Maneira que escolhi denominar o grupo.

ter *chats*⁸, mas decidi, por impossibilidade fática, não os acompanhar. Foi um período interessante, além disso, porque nesse meio tempo, em março de 2023, a mudança na Lei do Planejamento Familiar (Lei n.º 14.433/2022) entrou em vigor, e eu poderia acompanhar se, com o novo texto legal, haveria mudanças na dinâmica do campo.

Minha primeira dificuldade foi em como organizar esse vasto material e como apresentá-lo para o leitor. Em um primeiro momento, tudo parece interessante, estranho, curioso. Depois, os padrões vão se formando e dando pistas de como sistematizar os dados a partir de categorias de sentido produzidas pelos interlocutores. Em termos de organização, certas postagens que me pareciam interessantes eram copiadas e coladas em uma página do *Word*, com a data da publicação, assim como os seus comentários. Outras, particularmente longas e com muitos comentários, eu salvava na própria plataforma, que possui a ferramenta “salvar publicação”, separada em uma aba para o usuário consultar. Também utilizei os *prints*, que são imagens de capturas de tela, utilizadas também pela possibilidade de abarcar uma dimensão imagética própria das redes sociais. O uso dessas imagens está por todo o trabalho, uma escolha que fiz apropriando-me de um recurso próprio do mundo digital, e que poderia ser, no mundo analógico, transformado em fotografias de campo feitas com um telefone celular ou uma câmera. Por fim, especialmente no final do tempo dedicado ao campo, também utilizei a ferramenta de busca no próprio grupo, que permite a pesquisa por palavras ou termos na plataforma, com o intuito de encontrar com mais facilidade publicações específicas.

Ademais, tanto no uso de imagens, quanto nas publicações transcritas, mantive a grafia e a forma de expressão dos nativos, apenas ocultando nomes e informações pessoais que poderia comprometê-los, preservando assim a sua identidade e privacidade, o que destaco nas notas de rodapé. Para os nomes, escolhi utilizar apenas uma letra inicial, que não corresponde à inicial dos nomes originais, mas que recorda ao leitor o anonimato dos sujeitos. Por se tratar de diversas mulheres, médicos e outros agentes, não faria sentido inventar um nome para cada um, parecendo-me mais prático e mais fácil utilizar apenas uma letra, que não se repete entre elas. Em transcrições de publicações com muitos comentários, utilizo a numeração correspondente ao comentário da postagem original, identificando apenas se tratar de pessoas distintas. As notas de rodapé também buscaram abarcar os diversos usos de termos próprios do mundo digital, como abreviações, neologismos, dentre outros. Por fim, também utilizo as aspas para marcar

⁸“Sistema de comunicação escrita em tempo real, entre dois ou mais usuários de uma rede de computadores, notadamente da Internet.” **“chat”**, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2024, <https://dicionario.priberam.org/chat>.

conceitos ou categorias nativas, isto é, termos próprios dos interlocutores no campo, e não para relativizar ou ironizar o que é dito por eles. Por vezes, questioneimei-me se as transcrições estariam excessivas, mas mantive-as, principalmente no terceiro capítulo, por sua relevância e pela oportunidade de ter, de forma direta, a fala (ou escrita) dos interlocutores, com suas maneiras particulares de expressão, e que nos dão pistas sobre quem são esses sujeitos.

Além disso, no último e quarto capítulo do trabalho, explorei o tema da autoetnografia e a possibilidade de trabalhar a afetação, talvez de forma mais explícita ou intensa, do sujeito pesquisador em campo. O aspecto de ser afetado ou de se deixar afetar é muitas vezes escamoteado ou mesmo ignorado por pesquisadores, que negam “o seu próprio lugar na experiência humana” ou os reduz a meros constructos sociais (Favret-Saada, 1990, p. 155). Indo de encontro a isso, a autoetnografia se centra na dimensão individual do pesquisador, mas em como essa dimensão se incorpora no coletivo, ao mesclar os papéis de sujeito e objeto (Gama, 2020)⁹. Trata-se, em resumo, de narrar a si mesmo, e não o outro, a partir de um esforço etnográfico.

Assim, a partir da minha própria vivência, espero conseguir refletir sobre o meu objeto, e ainda trazer um pouco da voz dos médicos com quem conversei nesse processo. Em um trabalho cujo cerne é o corpo, parece-me adequado falar do meu próprio corpo e das intervenções – físicas e emocionais – que o perpassaram ao longo da pesquisa. A possibilidade de experimentação fornecida pela autoetnografia, e de destacar a experiência etnográfica por meio do corpóreo, interessou-me também pelo meu lugar de artista, que se coloca antes ou em conjunto ao lugar que ocupo como estudante de pós-graduação. Essas múltiplas identidades – pesquisadora, paciente, artista – possibilitam a construção deste trabalho da maneira em que ele se apresenta e isso não poderia ser ignorado por mim e nem ceifado do leitor.

⁹ Isso será mais bem explorado na quarta parte do trabalho.

CAPÍTULO 1 - MUDANÇAS LEGISLATIVAS E DIREITOS REPRODUTIVOS: A LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E A ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA (LEI Nº 9.263/96 E LEI Nº 14.443/22)

“Estudar a apropriação social do corpo é estrategicamente importante para os cientistas sociais, uma vez que ele é sem dúvida o mais natural, o mais concreto, o primeiro e mais normal patrimônio que o homem possui.”

J. C. Rodrigues

“Tudo em nós todos é imposto”.

M. Mauss

Neste capítulo, busco compreender como o tema dos direitos reprodutivos - e, em particular, da esterilização cirúrgica - articula-se com a autodeterminação do corpo da mulher e a gestão desse corpo pelo Estado. Para isso, resgato, rapidamente, como surgem esses direitos, partindo da percepção de que são direitos humanos, e a sua previsão na Constituição Federal de 1988. Ainda, procuro compreender o contexto e as discussões parlamentares ao longo da tramitação da Lei do Planejamento Familiar (Lei n.º 9.263/1996) e sua recente modificação (Lei n.º 14.443/2022), já que esta foi a responsável por normatizar a esterilização voluntária no Brasil, por meio de documentos estatais, tais quais a Constituição Federal de 1998, a Lei n.º 9.263 de 1996, a Lei n.º 14.443 de 2022, e documentos produzidos ao longo da sua tramitação, disponíveis em diários no site do Congresso Nacional, assim como os relatórios e documentos diversos da CMPI de 1992.

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

1.1 - 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: no corpo. E de que maneira, pelo menos de forma geral, dá-se esse fenômeno: 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 os sentimentos ganham diferentes significados na vida social, reproduzindo-se e imprimindo-se no corpo humano (Rodrigues, 2006). Assim, mais do que saber que a realidade é socialmente construída, é importante tentar compreender como se dá essa construção e por quê.

O corpo, portanto, é um campo que converge natureza orgânica e social, aspectos individuais e coletivos. Mauss (2003), por exemplo, pensou no corpo como um meio fisiopsico-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 Rodrigues (2006, p. 50).

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 (1988), 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, florescem 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. Assim,

insere-se, simultaneamente, nos dois registros; dá lugar a vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todo um micropoder sobre o corpo; mas, também, dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a intervenções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente. O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie (Foucault, 1988, p. 158/159).

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. Bourdieu (2023), ao tratar da visão androcêntrica, centrada na dominação masculina, explica que não são as diferenças biológicas que constroem as diferenças sociais, mas o oposto:

Não é o falo (ou a falta de) que é o fundamento dessa visão de mundo, e sim é a essa visão de mundo que, estando organizada segundo a divisão em gêneros relacionais, masculino e feminino, pode instituir o falo, constituído em símbolo de virilidade, do ponto de honra (nif) caracteristicamente masculino, e instituir a diferença entre os sexos, no sentido de gêneros construídos como duas essências sociais hierarquizadas (Bourdieu, 2023, p. 44).

Para Bourdieu (2023), portanto, o paradoxo da construção social dos corpos e da divisão sexual entre o masculino e o feminino se dá justamente porque são essas construções que instituem as diferenças biológicas e suas hierarquias, isto é, “o mundo social constrói o corpo como realidade sexualizada e como depositário de princípios de visão e divisão sexualizantes” (Bourdieu, 2023, p. 26). Essa visão é de tal maneira enraizada na realidade da ordem social que sua perpetuação parece aceitável e natural, já que “sempre foi assim”.

Sendo assim, no processo de divisão sexual (Bourdieu, 2023), o corpo da mulher, e mais precisamente o útero, torna-se não um agente, mas um meio, um objeto passivo para a reprodução.

1.2 - Direitos das mulheres e direitos reprodutivos

Centrado cada vez mais na individualidade humana e em seus direitos, a percepção dos direitos reprodutivos como um direito humano faz parte da história recente da sociedade ocidental moderna¹⁰, em uma tendência de especificação dos direitos humanos 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 (Bobbio, 2004). No final década de 1970, começa-se a discutir, no plano internacional, mas também no

¹⁰ Utilizo aqui o termo “sociedade ocidental moderna” pensando no que autores como Duarte (2004) caracterizam como uma sociedade capitalista marcada sobretudo pelo individualismo.

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 direitos¹¹.

A reprodução, comumente associada à sexualidade, apesar de poderem ser pensadas de formas distintas, é normalmente suscitada como uma questão própria do direito das mulheres e sob sua responsabilidade. 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, como expõe Scavone (1999), parte das noções de “direito ao próprio corpo, baseado nos princípios de autonomia e de liberdade, expressos na máxima “nosso corpo nos pertence”.” 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, por exemplo, a queda da fecundidade e a consequente diminuição demográfica foi tida como fundamental para o desenvolvimento do bem-estar populacional e 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, dentro de um contexto em que a mulher, de forma ampla, deixa de fazer parte apenas da vida privada do lar para ser inserida no mercado de trabalho¹². O surgimento da pílula anticoncepcional permite que a mulher evite de forma relativamente segura uma gravidez indesejada, sem depender diretamente do parceiro, dissociando de vez as práticas sexuais da reprodução (Vieira, 2002). Modifica-se, assim, a prática da maternidade e dos papéis sociais da mulher no meio social, como veremos mais detidamente no próximo capítulo.

¹¹ Kimberlé Crenshaw (2002, pp. 171/172) assim resume: “Em nível formal, o princípio da igualdade de gênero, no que se refere à fruição dos direitos humanos, baseia-se na Carta das Nações Unidas e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, sendo depois explicitado na Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres (Convention for the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women/CEDAW). Essas garantias foram detalhadas através de uma série de conferências mundiais, incluindo as do Cairo, de Viena e de Beijing. Tais detalhamentos realmente constituíram avanços conceituais, pois expandiram os direitos humanos para além dos seus parâmetros iniciais, que marginalizavam os abusos de direitos relacionados ao gênero que atingissem especificamente as mulheres. O relativo sucesso de tais esforços baseou-se em uma mudança significativa de perspectivas quanto à relevância da diferença de gênero no projeto de ampliação do escopo dos direitos humanos das mulheres”.

¹² 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.

Dentro desse contexto, até a década de 1960, a atenção médica ao corpo da mulher se dá principalmente no que diz respeito à função reprodutiva, valorizando em especial o momento gravídico, sob a justificativa da mortalidade infantil. No entanto, é a partir dessa época que se expande o desenvolvimento de tecnologias voltadas para a contracepção, pautada em uma lógica, após Segunda-Guerra Mundial, dos malefícios do crescimento populacional desenfreado, principalmente nos países de terceiro mundo (Vieira, 2002).

No Brasil, até então, havia a valorização da natalidade, isto é, do crescimento da população brasileira em detrimento da sua mortalidade. Aqui, diferente do que ocorreu em países europeus, a associação entre a natalidade e o desenvolvimento da nação não deixou de existir em determinados setores (Fonseca, Marre e Rifiotis, 2021). No entanto, a introdução da pílula e do dispositivo intrauterino (DIU) no país, ainda nos anos 1960, surgem acompanhadas 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 a decisão acerca da contracepção e da concepção 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 noção de que a reprodução é responsabilidade da mulher contribuem para o aumento do uso da pílula anticoncepcional, apesar dos seus efeitos muitas vezes nocivos à saúde, assim como favorecem 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 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 Constituição¹³.

¹³ Oliveira, Januária Teive de. Lobby das meninas: a mulher na constituinte de 1987/88. março 2020. Disponível em: <http://querepublica.ans.gov.br/temas/213-lobby-das-meninas.html>. Acesso em 29/05/2023.

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.

(grifo meu)

Previsto junto de 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. Os termos “planejamento familiar” e “casal”, dentro do artigo que diz respeito à família, demonstram para quem foi pensado o tema do planejamento reprodutivo, em um enfoque que parece ser dado à família matrimonial, isto é, formada por pai, mãe e filhos.

Apenas em 1996, quase sete anos após a promulgação da Constituição Federal, esse dispositivo é regulamentado pela Lei n.º 9.263/96, chamada de Lei do Planejamento Familiar. Apesar de manter o termo, a lei inclui em suas disposições, para além do casal, o homem e a mulher, como vemos no art. 2º, por exemplo:

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole **pela mulher, pelo homem ou pelo casal**.

(grifo meu)

As palavras produzem sentidos particulares. Ao denominar as ações de regulação da fecundidade ou da reprodução de planejamento familiar, infere-se as ideias de senso comum do que se denomina como família, incutindo que são desses indivíduos que a constituição e a lei tratam.

1.3 - A CMPI da laqueadura em mulheres de 1992

Até o final da década de 1990, a esterilização cirúrgica acontecia, em alguma medida, de forma clandestina, já que não existia uma regulamentação específica para o procedimento, que era registrado com outro nome ou realizado durante cesarianas (Osis *et al*, 2009). Na década de 1970, difunde-se entre mulheres de classe média por meio de redes particulares e na década seguinte entre mulheres das classes populares (Corossacz, 2009). Mulheres, muitas vezes jovens e de classes sociais mais baixas, 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 em um aumento expressivo da laqueadura como método contraceptivo¹⁴. Corossacz (2009) resume como elementos recorrentes que levam à escolha pela esterilização o papel atribuído à mulher na família, o papel da reprodução e da procriação na dinâmica social, as dificuldades na utilização dos métodos anticoncepcionais, o fato de ser a única responsável pela contracepção, a ilegalidade do acordo e o condicionamento da sexualidade feminina.

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 fértil¹⁵. Esses dados resultaram na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, a CPMI da laqueadura em mulheres, criada por meio do Requerimento 796 - CN, de autoria da deputada Benedita da Silva (PT/RJ), para investigar a situação da esterilização em massa no país (Brasil, 1993). Segundo Medeiros (2023), no entanto, para compreender a CPMI de 1992, é preciso ter em mente que esta não foi a primeira CPI a tratar da questão do planejamento familiar no Brasil. Em 1983, foi realizada uma CPI voltada ao aumento populacional, debatendo a necessidade da implementação de um planejamento familiar no país, cuja preocupação voltava-se, sobretudo, para o crescimento populacional. Para a autora, a CPI de 1984 é fundamental para compreender como o planejamento reprodutivo se relacionava, naquele momento, ao controle populacional da sociedade brasileira. Diferentes relações de poder, aponta, constroem os sujeitos objetos das políticas de planejamento familiar no país, o que perpassa não apenas o gênero, mas raça, classe social e território (Medeiros, 2023). A autora analisa os debates em torno da Lei do Planejamento Familiar a partir de três dimensões de território: o Brasil, o Nordeste brasileiro e o útero enquanto território do corpo feminino. Isso porque o território brasileiro, para ela, não pode ser analisado de forma homogênea. Há a associação, ao longo dos debates da CPI de 1984, entre a falta de planejamento familiar e a miséria, assim como à degeneração da sociedade brasileira, especialmente na região Nordeste: “Ao longo do relatório da CPI de 1984, elaborado pelo senador Almir Pinto (PDS/ CE), a pobreza é reiteradamente associada ao Nordeste e, em menor medida, à população rural” (Medeiros, 2023, p. 16).

¹⁴ 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: 25/06/23.

¹⁵ 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: 25/06/23.

Nesse sentido, podemos verificar que os estados da federação mais afetados pela laqueadura tubária, chegando a quase 80% das mulheres em idade fértil, eram os do nordeste, centro-oeste e norte¹⁶:

1ª) A evidência de que 45% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva estão esterilizadas. Os mais altos índices, conforme dados do IBGE/PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), segundo as Unidades da Federação, estão assim definidos:

— Maranhão	79,8%
— Goiás	74,7%
— Alagoas	64,3%
— Pernambuco	64,1%
— Piauí	62,7%
— Mato Grosso do Sul	61,3%
— Mato Grosso	55,5%
— Amazonas	55,4%
— Distrito Federal	55,5%
— Rio Grande do Norte	51,3%
— Paraíba	47%
— Paraná e Bahia	47%
— Rio de Janeiro	46,3%
— São Paulo	44,9%
— Minas Gerais	42,3%
— Santa Catarina	30,9%
— Rio Grande do Sul	22,6%

Figura 1: dados da CMPI de 1992. Senado Federal.

Em abril de 1992, foi apresentado o requerimento para abertura da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito pelos deputados Benedita da Silva (PT/RJ), autora da proposta, e Eduardo Suplicy (PT/SP). Assinado por 172 parlamentares, na CPMI destaca-se o caráter discriminatório e eugenista da medida, que se concentrava na população pobre e negra; na alta taxa de arrependimento, diante da falta de esclarecimento da irreversibilidade da cirurgia; o caráter eleitoreiro da medida e mesmo denúncias no sentido de que mulheres precisaram atestar a realização da esterilização para ingressar no mercado de trabalho. Foram realizadas onze reuniões públicas e quatro internas para deliberação de medidas necessárias para o enfrentamento do problema. Foram ouvidos: o movimento de mulheres organizadas; presidentes de CPIs estaduais em curso ou concluídas sobre esterilização de mulheres; entidades

¹⁶ COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO. CPMI - Esterilização da Mulher - 1991. Brasília: Senado Federal, 1991, p. 10. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/85082>>. Acesso em: 25/06/23.

médicas; instituições que prestam serviços em saúde reprodutiva; demógrafos; representantes da igreja católica; instituições do Sistema Único de Saúde; a assessoria legislativa do Senado Federal; Sônia Beltrão, mulher esterilizada à sua revelia no Rio de Janeiro; e José Hidasí, médico e político denunciado por uso eleitoreiro da esterilização¹⁷.

O relatório final da comissão (Relatório nº 2/1993), formada por 30 parlamentares, sendo 15 deputados e 15 senadores, é uma fonte rica para compreender a questão da concepção e da contracepção no Brasil até então, em seu aspecto político, o que nos ajuda a entender em que contexto surge a Lei do Planejamento Familiar e com que intuito ela foi criada (Medeiros, 2023). Com a ajuda de especialistas diversos, o relatório aponta para a queda acentuada da taxa de reprodução no Brasil ao longo das décadas de 1950 a 1980. Em um primeiro momento, havia a valorização da natalidade, isto é, do crescimento da população brasileira. Já na década de 1960, com a influência internacional, - cujo interesse crescente se voltava para o controle de natalidade, sob enfoque da teoria positivista malthusiana¹⁸, principalmente nos chamados países de terceiro mundo, - organizações como o IPPF (*International Planned Parenthood Federation*), ONG voltada para a divulgação de métodos contraceptivos, instalaram-se no país.

Ainda, diante de forte influência dos Estados Unidos, junto da conjuntura política interna¹⁹, surge a Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil, a BEM-FAM. Essa sociedade, que se disseminou no interior do país a partir da década de 1970, não recebia qualquer forma de fiscalização das suas ações, que se voltavam para o planejamento familiar em larga escala. Em 1975, foi criado o CPAIMC, Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança, que possuía como atividade principal o treinamento de médicos para o planejamento familiar, cuja prática consistia, em essência, na laqueadura tubária. Ambas as organizações eram

¹⁷ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

¹⁸ A teoria populacional malthusiana, criada por Thomas Malthus, dizia que os meios de subsistência crescem em progressão aritmética e a população cresce em progressão geométrica. Assim, com o aumento da natalidade e a diminuição da mortalidade, a situação mundial seria insustentável, no que a melhoria da humanidade só seria possível com limites à reprodução. Encyclopædia Britannica. Thomas Malthus. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/Thomas-Malthus>. Acesso em: 25/06/23.

¹⁹ Para Corossacz (2009, p. 164), “É importante evidenciar as contradições que caracterizam o caso brasileiro: embora o regime militar dos anos 1960 e 1970 nunca tenha assumido abertamente nenhum tipo de política demográfica e tenha valorizado mais a ideia de povo brasileiro como entidade fundadora da identidade nacional, tolerou a presença e a atividade de organismos internacionais dedicados à difusão dos métodos anticoncepcionais.”

subsidiadas com recursos internacionais. Os dados do IBGE do número de mulheres esterilizadas ao longo dos anos representam bem esse crescimento²⁰:

Segundo o IBGE, no período anterior a 1970, era mínimo o número de mulheres esterilizadas: 312.418, número que corresponde a 5,3% do total das mulheres que se encontravam esterilizadas em 1986. Essa taxa se eleva gradualmente nos períodos seguintes:

1970/1974 — 9,5%
1975/1979 — 21,0%
1980/1982 — 26,5%
1983/1985 — 28,0%

Figura 2: CMPI de 1992. Senado Federal.

Assim, apesar de não constar oficialmente como método reprodutivo, a laqueadura tubária era um método amplamente utilizado no Brasil. Dados do IBGE de 1986 apontam, ainda, que a região com o maior índice de mulheres esterilizadas era o Centro-Oeste. Já quanto aos Estados, o Maranhão era o maior responsável pelo número de mulheres esterilizadas com relação àquelas que utilizavam algum método contraceptivo. Já o menor número de mulheres laqueadas se encontrava na região Sul. Ademais, a maior parte das mulheres laqueadas vivia em áreas urbanas, e o maior número de esterilizadas estava entre as que possuíam rendimento mensal familiar acima de dois salários-mínimos, enquanto as menos esterilizadas eram a de menor percentual de renda, até meio salário-mínimo²¹.

Já quanto à faixa etária, a maior concentração de esterilizações feitas era em mulheres de 25 a 34 anos. A maior parte dessas mulheres possuía mais de três filhos e 22% possuíam dois filhos, contra 2,8% que possuíam apenas um filho. Não são apresentados dados relativos a mulheres sem filhos. Em parte, isso se dá pelo fato de que a maior parte das laqueaduras ocorria no parto, o que pode explicar a alta taxa de cesáreas no Brasil, que representavam, na época, 32% dos nascimentos. A PNAD²² constatou que 68,2% das esterilizações ocorriam em hospitais, clínicas ou consultórios particulares, enquanto 22,6% ocorriam em unidades de saúde

²⁰ COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO. CPMI - Esterilização da Mulher - 1991. Brasília: Senado Federal, 1991. P. 34. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/85082>>. Acesso em: 25/06/23.

²¹ 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: 25/06/23.

²² Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, feita pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

do INAMPS²³ ou conveniadas, contra 5,4% em unidades públicas. Isso nos ajuda a entender por que as mulheres laqueadas, nessa pesquisa, possuíam, em sua maioria, certa renda familiar. 59,5% das mulheres esterilizadas em 1986 declararam ter pago pelo procedimento, enquanto 40,2% teriam realizado a cirurgia de forma gratuita. No Nordeste, por outro lado, constatou-se a prevalência da gratuidade.

Em 1983, o Ministério da Saúde criou o PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, voltado para assistência à saúde feminina, mas que teve uma implementação pouco efetiva. No relatório, a implementação genuína do programa no Sistema Único de Saúde é apontada como um fator importante para diminuir o número de laqueaduras no país.

Ainda, há depoimentos que apontam o uso da esterilização para troca de votos em diferentes regiões do país, por meio de denúncias feitas em CPIs estaduais sobre o tema, nas quais políticos realizavam ou contratavam quem realizasse laqueaduras em troca de votos. Constatou-se também que empregadores estariam exigindo atestado de laqueadura para admissão de trabalhadoras em algumas empresas privadas no país.

Apesar do discurso acerca da omissão do estado brasileiro, Medeiros (2023, p. 10) conclui que essa suposta omissão é na verdade uma ação ou um atuar do Estado:

Se, porém, na prática os convênios entre as ONGs e os entes públicos existiam e produziam o efeito de esterilizar diversas mulheres no país, especialmente dentro de hospitais públicos, isso aponta mais para atuação do que para omissão governamental. Também indica que nesses casos não havia uma linha bem definida entre o legal e o ilegal.

Em seu depoimento na CPMI, Luiza Barrios, a Coordenadora Nacional do Movimento Negro Unificado (MNU), denunciou que a população negra, até pouco tempo não quantificada no Censo, sofreu mais com o fenômeno da esterilização involuntária, contestando os dados da PNAD de 1986. Para ela, o número menor de mulheres negras esterilizadas apresentada pela pesquisa não incorporou a esterilização involuntária e a existência de um maior número de mulheres negras do que consta nos dados oficiais.

²³ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) constituía a política de saúde antes da criação do SUS, dando assistência aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. As camadas da população que não contribuíam, não podiam acessar esse sistema.

Os dados acerca do uso de métodos anticonceptivos nas décadas de 1980 e 1990 não são discriminados segundo a cor ou etnia. A afirmação de que mulheres negras seriam mais esterilizadas surge a partir do fato de que a maior parte da população pobre - mais atingida pela esterilização - é formada por não-brancos (Corossacz, 2009).

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, com exceção da igreja católica e de alguns médicos e deputados, 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, está a discussão e a votação do Projeto de Lei visando regulamentar o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. De forma similar ao que depois veio a ser a Lei do Planejamento Familiar, o projeto traz, dentre outros requisitos, a idade mínima de 30 anos para os homens e de 25 anos para as mulheres. É a única versão do projeto que teve contato que traz alguma diferenciação de critérios entre os gêneros. Vejamos²⁴:

Art. 8. É vedada a esterilização cirúrgica como método de contracepção, ressalvado o disposto no art. 9º desta lei.

Art. 9º. Excetuam-se à vedação do art. 8º as seguintes hipóteses, em que a esterilização voluntária é permitida:

I – Aos homens de 30 (trinta) anos ou mais e às mulheres de 25 (vinte e cinco) anos ou mais, desde que observado o prazo de 6 (seis) meses entre a data da manifestação de vontade e a do ato cirúrgico, momento no qual será propiciado ao interessado acesso aos demais meios e métodos de regulação de fertilidade;

II – Quando a gestação implicar alto risco à vida ou à saúde da mulher, consignado em laudo precedido de relatório escrito e assinado por 02 (dois) médicos.

§ 1º A pessoa que irá submeter-se à esterilização será informada dos riscos cirúrgicos, das dificuldades de sua reversão e das opções de contracepção reversível, registrando expressa manifestação da vontade em documento devidamente firmado.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de gestação, parto, pós-aborto ou puerpério, salvo o disposto no inciso II deste artigo.

²⁴ COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO. CPMI - Esterilização da Mulher - 1991. Brasília: Senado Federal, 1991. P. 123. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/85082>>. Acesso em: 25/06/23.

§ 3º A esterilização cirúrgica somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, vedada a histerectomia para este fim.

§ 4º Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Art. 10. É vedada a indução individual ou coletiva à prática de esterilização.

Art. 11. É vedada a exigência de atestado de esterilização para qualquer fim.

Art. 12. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, observada a esfera de competência, autorizar, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições, unidades e profissionais habilitados a realizar ações de planejamento familiar.²⁵
(grifo meu)

Logo, as altas taxas de esterilização se explicam, expõe o relatório²⁶, pela falta de apresentação de alternativas contraceptivas e a falta de políticas públicas efetivas, alinhado 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 cuidasse das crianças e uma necessidade de diminuição da prole. Essa queda, por fim, também se associa a um novo *éthos*, cujo modelo de família pouco numerosa é associado à riqueza, ao bem-estar e ao desenvolvimento (Corossacz, 2009). Deveria haver, conclui o relatório, um efetivo planejamento familiar, de livre escolha do casal.

1.4 - A tramitação da Lei n.º 9.263/1996

Em 1991, foi proposto o Projeto de Lei nº 209/1991, pelo então deputado Eduardo Jorge, do PT/SP, que:

²⁵ COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO. CPMI - Esterilização da Mulher - 1991. Brasília: Senado Federal, 1991. P. 123. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/85082>>. Acesso em: 25/06/23.

República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

²⁶ COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO. CPMI - Esterilização da Mulher - 1991. Brasília: Senado Federal, 1991. P. 123. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/85082>>. Acesso em: 25/06/23.

Estabelece normas e condições para o exercício dos direitos referentes a saúde reprodutiva e coíbe o atual processo de esterilização indiscriminada da população brasileira e determina outras providências. Nova ementa da lei: regulamenta o parágrafo sétimo do artigo 226 da constituição federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidade e dá outras providências²⁷.

O projeto original dispunha de normas mais rígidas para o processo de esterilização do que viria a ser sancionado, com idade mínima de 30 anos para ambos os gêneros e espera de 06 meses entre a manifestação da vontade e a cirurgia, como vemos no Diário do Congresso Nacional:

Art. 3º - A esterelização cirúrgica voluntária será feita através da laqueadura tubária, da vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, não sendo permitida a esterelização por histerectomia.

Art. 4º - A esterelização cirúrgica voluntária é admitida para homens e mulheres, de 30 (trinta) anos de idade ou mais, desde que o método usado para realizá-la seja de comprovada segurança e não impliquem em risco para a saúde do paciente.

I - É vedada a esterelização para pessoas com menos de 30(trinta) anos de idade.

II - Para a realização da intervenção cirúrgica de esterelização é obrigatório observar-se um período de espera de 06 (seis) meses, durante o qual lhe será propiciado acesso aos serviços de regulação da fertilidade incluindo a aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a prática da esterilização precoce.

III - A pessoa interessada em esterilizar-se, deve ser perfeitamente informada dos riscos da cirurgia, das dificuldades de sua reversão e das opções de contracepção reversíveis, legais, existentes no Brasil, registrando expressa manifestação de vontade, em documento escrito e devidamente firmado.

Figura 3: trecho do Diário do Congresso Nacional. 1991.

A justificativa do projeto enfatiza 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.

Em 1992, a deputada Fátima Palaes (Democratas/AP) solicitou a tramitação conjunta desse Projeto com outro, o PL 273/91, que dispunha sobre “*normas para o exercício do planejamento familiar*”²⁸. Já em 1994, foi solicitada urgência para a tramitação, com decisão

²⁷ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, Ano XLVI – n. 22. Sexta-feira, 22 de março de 1991. Brasília – DF. Acesso em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22MAR1991.pdf#page=21>. Acesso em 08/05/23.

²⁸ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLVII – n. 116. Terça-feira, 28 de julho de 1992. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD28JUL1992.pdf#page=9>. Acesso em 08/05/23.

em turno único. O projeto, já emendado, foi distribuído à Comissão de Seguridade Social e Família, optando a deputada Fátima Pelaes “*pelo oferecimento de substitutivo o qual, a nosso ver, foi constituído de forma técnico-legislativa mais adequada*”, segundo o relator, o deputado José Maria Eymael (PDC/SP), que dispôs em seu voto²⁹:

Estabeleceu o substitutivo no inciso 11 do § único do art. 3 que as instâncias³⁰ gestoras do SUS devem garantir assistência ao parto e ao puerpério, esquecendo de se referir ao recém-nascido, que é o resultado principal, o interesse primário do direito à saúde reprodutiva.

Ainda no inciso VI do § único do art. 3, aparece de maneira indevida, a matéria relativa a interrupção voluntária da gravidez, que consideramos não deva ser jogada de forma tão simplificada no conteúdo de proposição determinada a regular os aspectos pertinentes a saúde reprodutiva e coibição da esterilização em massa.

Mais, adiante, nos artigos 7º e 8º, percebemos a expressão “salvo o disposto nesta lei”, que está colocada de forma imprópria, no aspecto da análise técnico - legislativa, pois através da interpretação atenda dos dispositivos, devem se substituídas pela expressão “Salvo o disposto em lei”.

Ante o exposto, votamos pela constitucionalidade e juridicidade, e oferecemos as seguintes emendas, com interesse da adequar o texto do substitutivo a forma técnico - legislativa indicada. Pelo exposto, opino pela constitucionalidade, juridicidade, técnica legislativa do Projeto de Lei nº 209/91, bem como as referidas emendas que ora apresento.³¹
(grifos meus).

Um dos aspectos que chama atenção nos processos de emenda e modificação do projeto foi a retirada da previsão ao aborto, considerada matéria estranha ao projeto, do art. 3º, parágrafo único, inciso III, que aborda atividades básicas de assistência do SUS, além do inciso VI, que fala sobre atendimento nos casos de interrupção voluntária da gravidez previstos em lei, suprimindo assim as referências à assistência médica no caso de aborto, mesmo que legal. Considerado sensível, o tema do aborto, mesmo que só no sentido de assistência médica, foi retirado da lei. Mais, a interrupção da gravidez é afastada do tema da saúde reprodutiva, como se dela não fizesse parte, enquanto salienta-se que o recém-nascido, “resultado principal, o interesse primário do direito à saúde reprodutiva” foi esquecido³².

²⁹ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

³⁰ Mantida a grafia original da publicação no Diário do Congresso, neste e nos demais enxertos.

³¹ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

³² República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

No entanto, não foram apenas essas as discussões suscitadas na Câmara dos Deputados acerca do projeto. O deputado Carlos Sant'Anna (PMDB/BA) foi contra a votação em caráter de urgência, já que “é um assunto que envolve problemas de ordem médica, científica, sociológica, antropológica, demográfica, religiosa, moral e ética. E, subitamente, um assunto de tanta complexidade vem à votação sem que sequer os Deputados em sua grande maioria que votarão hoje conheçam direito o projeto de lei³³”.

E continuou:

Ora, Sr. Presidente, na Constituinte, pretendeu-se sobretudo evitar que pudessem os agentes de saúde produzir alterações definitivas, danos definitivos à condição de reprodução do ser humano. Qualquer contracepção cirúrgica feita por circunstâncias sejam sociais, sejam do Sistema Único de Saúde sejam até mesmo aparentemente pessoais, poderia, evidentemente, ser feita, mas que se usassem os meios contraceptivos reversíveis, de acordo com a circunstâncias de vida de cada um. Mas, no substitutivo que acredito terá preferência para a votação, no seu art. 9º ou 10º o homem ou a mulher que manifestar por escrito e assinar que deseja sofrer esterilização cirúrgica, depois de um aconselhamento de uma equipe multidisciplinar, será submetido a essa esterilização. Ora, isto é extremamente polêmico do ponto de vista religioso, moral, ético, antropológico, demográfico, tanto mais que o próprio projeto de lei admite que entidades públicas e privadas possam fazer essa contracepção definitiva, cirúrgica em homens e mulheres que decidiram por escrito que estão de acordo. Quanto a decidir por escrito, conheço o que acontece no interior do meu Estado. O chefe da família, que é o homem, diz à mulher que assine autorizando que ela seja cirurgicamente esterilizada. Então, com aquele documento, depois de ouvir uma comissão do SUS, ela será esterilizada. Isto está na lei. Está escrito aqui, e vamos votar e aprovar.

Essa votação tem caráter de emergência! Ninguém preparou destaque supressivo para isso! Passou pela Comissão de Seguridade Social e Família. Reconheço que a lei tem pontos altos. Não estou negando que a lei tenha pontos positivos. Agora, chega de emergência!

Estou lendo aqui, apressadamente, o projeto de lei, que diz que para que aconteça a contracepção cirúrgica definitiva basta que alguém assine um documento. Isso não pode ser votado numa Casa como esta. Se aprovarmos essa matéria, as reações, sejam religiosas, sejam de grupos sociais, serão tão grandes que o Poder Legislativo ficará ainda mais vulnerável. Estamos praticamente sem saber direito o que estamos votando.

Será que não poderia ser dado um tempo para reflexão? Sempre ouço dizer que os Líderes examinam a matéria antes de aprová-la. Estranho que os Líderes, tendo examinado antes este projeto de lei, não tenham sido advertidos e chamados a atenção para um assunto tão delicado, tão

³³ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

dramático. Até do ponto de vista religioso isso causará repercussões extremamente fortes³⁴.

Em seguida, o deputado Max Rosenmann (PRN/PR) manifestou que concordava com Sant'Anna (PMDB/BA) sobre a importância do projeto, mas que:

Esse projeto se encontra na Casa desde 1991. Foi amplamente discutido com a sociedade. Tivemos aqui vários encontros. A um deles compareceram oitocentas entidades. A Igreja Católica, inclusive, participou ativamente das discussões, e houve espaço para que assuntos de sensibilidade e importância tão grande fossem exaustivamente discutidos. O projeto, do qual somos um dos co-autores, teve como preocupação maior a saúde da mulher, dentro do princípio de que a vontade individual fosse respeitada e, ao mesmo tempo, de que todos os brasileiros tenham o direito de conhecer todas as formas de concepção e contracepção, de conhecer o seu corpo e como funciona a reprodução humana. Dentro dessa visão, o art. 9º dispõe que, para o exercício do direito de planejamento familiar, antes de qualquer decisão, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo-se a liberdade de opção. Então, trata-se de um projeto muito maduro e muito bom, que realmente se preocupa com a saúde do povo brasileiro e, principalmente, com a saúde da mulher³⁵.

Já a deputada Jandira Feghali (PcdoB/RJ) chamou atenção para o longo vácuo legislativo e os perigos deste para a saúde da mulher:

Sr. Presidente, depois de dez anos de debate e, nesta legislatura, dois anos e meio de discussão - desde 1991 estamos discutindo este projeto em várias audiências públicas, com a presença de representantes de centenas de entidades e de muitos Parlamentares - chegamos a um projeto que inclusive, não é o ideal. **Existe discordância sobre vários pontos, mas houve o acordo possível na Comissão de mérito desta Casa**, que foi a Comissão de Seguridade Social e Família, que contou com representantes da Igreja e com a aprovação de Deputados ligados às várias crenças religiosas.³⁶ (grifos meus).

O deputado Eduardo Jorge (PT/SP) também enfatizou a longa tramitação do projeto, e suas modificações e apensos, a partir de outros projetos apresentados na Câmara sobre o planejamento familiar. Disse que há um apelo para a votação do projeto por parte da sociedade, em matérias de jornal. Acerca da preocupação do aborto, afirmou que o planejamento seria um

³⁴ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

³⁵ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

³⁶ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

mecanismo de diminuição da interrupção clandestina da gravidez. Conforme vimos, na mesma época a Comissão Parlamentar de Inquérito investigou o processo de esterilização em massa de mulheres (CPI da Esterilização). O projeto acolheu, segundo Eduardo Jorge (PT/SP), as recomendações da CPI, estabelecendo “penas muito rigorosas” para casos de descumprimento do processo de esterilização regulado pela lei. Os deputados a favor do projeto ressaltaram a participação de entidades religiosas para a realização do projeto, em especial da igreja católica³⁷.

Eduardo Jorge (PT/SP) afirmou, ainda:

Quer o projeto que a Nação brasileira, o Governo brasileiro, o Sistema de Saúde tomem as rédeas e controle, reprima esse processo de esterilização em massa do País, ao contrário do que afirma o Deputado Carlos Sant'Anna. O que se quer, na verdade, é reprimir um processo incontrolável, semi-clandestino, onde quem paga mais caro são as mulheres, que muitas vezes fazem a esterilização em condições desumanas. Operações de cesáreas são forçadas e colocam o Brasil como campeão mundial nesse tipo de cirurgia. Por quê? Porque durante a cesariana é feito o acordo para se fazer a esterilização. É uma cesárea artificialmente orientada para se fazer a esterilização, criando um risco adicional de vida à mulher naquele momento, ao provocar uma cirurgia num procedimento que deveria ser natural.³⁸

Assim, ao longo da sessão³⁹, foram realizados uma série de acordos e concessões de emendas para que o Projeto fosse votado e pudesse seguir para o Senado, o que foi destacado por alguns deputados que discordavam de algumas previsões, mas que desejavam que o projeto fosse votado. 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 ou não a exigência de relatório escrito e assinado por dois médicos designados pelo Conselho Regional de Medicina. Alguns deputados, em especial Sant'Anna, preocupavam-se com a possibilidade de a cirurgia ser realizada com a mera assinatura do interessado. A escolha, assim, não deveria recair exclusivamente sobre a mulher.

Longe de representar autonomia feminina, a regulamentação das cirurgias de esterilização deveria se cercar de outras autoridades capazes de avaliar e referendar a decisão da mulher. As duas comissões parlamentares de inquérito

³⁷ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

³⁸ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

³⁹ República Federativa do Brasil. Diário do Congresso Nacional, seção I, ano XLIX – n. 90. Quarta-feira, 22 de junho de 1994. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD22JUN1994.pdf#page=49>. Acesso em 08/05/23.

apresentavam versões opostas sobre os corpos das mulheres brasileiras e suas funções reprodutivas a partir de perspectivas biopolíticas. Em um primeiro momento, elas eram responsáveis pela procriação de filhos indesejados à nação brasileira; pobres demais, dependiam do Estado para sobreviver, causando abalo nas contas públicas e inviabilizando a própria prestação de serviços público. Já em 1993, as mulheres eram tidas como corpos reprodutivos que deveriam exercer suas funções e produzir uma quantidade de filhos suficiente para a manutenção da paridade (...) (Medeiros, 2023, p. 20).

Em 1995, o PL, substitutivo do Senado, já se delimitava de forma mais similar à lei sancionada, com previsão da idade mínima de 25 anos ou dois filhos vivos, requisito mais rígido do que o decidido pela Câmara dos Deputados, que previa apenas a capacidade civil plena⁴⁰. Não pude encontrar, até então, informações mais detalhadas sobre as discussões ocorridas no Senado Federal, mas cita-se que houve uma grande comunhão de representantes para que o projeto fosse aceito por aquela casa legislativa.

A câmara previa⁴¹:

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

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena, desde que observado o prazo mínimo de 60 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 conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois (02) médicos, autorizados pelo Conselho Regional de Medicina.

Figura 4: trecho do Diário da Câmara dos Deputados. 1995.

Já pelas modificações do Senado Federal⁴²:

⁴⁰ Não consegui, até então, encontrar detalhes das discussões travadas no Senado.

⁴¹ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L – n. 035. Sexta-feira, 24 de novembro de 1995. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD24NOV1995.pdf#page=29>. Acesso em 08/05/23.

⁴² República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L – n. 035. Sexta-feira, 24 de novembro de 1995. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD24NOV1995.pdf#page=29>. Acesso em 08/05/23.

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 de futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Figura 5: trecho do Diário da Câmara dos Deputados. 1995.

De volta à Câmara dos Deputados para apreciação, a deputada Fátima Palaes resumiu as mudanças mais significativas introduzidas pela Casa revisora, dentre as quais:

sobre o artigo 7º, que vedava a participação de empresas e organizações internacionais ou de capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar. O texto original ressaltava da vedação o disposto em lei, e condicionava a autorização, a fiscalização e o controle ao órgão de direção nacional do SUS. Modificação introduzida permite esta participação, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo mesmo órgão. O artigo 8º-, que impunha as mesmas restrições às experiências com seres humanos no campo de regulação da fecundidade, foi modificado no mesmo sentido. Foi também retirada a vedação à propaganda comercial de métodos e técnicas de concepção e contracepção, originalmente incluída no artigo 9º. No artigo 10 foram incluídas maiores exigências quanto às características de homens e mulheres passíveis de optar pela esterilização voluntária, quais sejam a capacidade civil plena, idade superior a vinte e cinco anos de idade ou, no mínimo, dois filhos vivos. O texto do Substitutivo permite, ainda, no § 2º, a esterilização cirúrgica durante os períodos de parto e aborto em casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Exige, também regulamentação legal para esterilização cirúrgica de pessoas absolutamente incapazes.⁴³

A seguir, como relatora, manifestou-se favoravelmente às modificações feitas pelo Senado, diante da manutenção de sua essência pela casa revisora, ressaltando a importância da aprovação da lei. Uma das preocupações originais do projeto, isto é, a possibilidade de influência e aporte estrangeiro no processo de contracepção nacional, sofreu mudanças significativas, com a derrubada da proibição dessa participação, que agora se condicionava à autorização e fiscalização internas. Já as exigências para a realização da laqueadura e da vasectomia foram dificultadas, com o aumento da idade mínima para 25 anos ou dois filhos vivos⁴⁴.

⁴³ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L- n. 408, 13 de dezembro de 1995. Brasília, DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1995.pdf#page=141>. Acesso em 18/06/23.

⁴⁴ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L- n. 408, 13 de dezembro de 1995. Brasília, DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1995.pdf#page=141>. Acesso em 18/06/23.

Em voto favorável, o deputado José Pinotti, do PMDB/SP, destacou o propósito do controle de natalidade, ressaltando que “trinta e cinco por cento das mulheres brasileiras em idade fértil foram esterilizadas, e mais da metade delas antes dos trinta anos, sem qualquer formação sobre o que significa ser o fim definitivo da capacidade reprodutiva”⁴⁵, sendo o programa brasileiro de planejamento familiar financiado até então por potências estrangeiras, com objetivo de controlar a natalidade do país, o que resultou em uma quebra de 50% da fertilidade nos últimos 25 anos⁴⁶.

O deputado Inocêncio Oliveira (Bloco-PFL/PE), por sua vez, destacou a diferença entre planejamento familiar e controle de natalidade. O primeiro, explicitou, diz respeito a propiciar meios para que as famílias decidam a quantidade de filhos que “*podem ter e educar*”, enquanto o segundo se trata de medida coercitiva. E acrescentou: “Quem está planejando ter filhos em nosso país? As classes mais abastadas, mais ricas, mais favorecidas, continuando os pobres, porque não têm informação nem meios materiais de planejar suas famílias, reproduzindo-se aleatoriamente. Normalmente, têm filhos as classes mais baixas, que não podem criá-los nem educá-los.”⁴⁷

Já para a deputada Jandira Feghali (PCdoB/RJ), o mérito do projeto era evitar a intervenção de entidades estrangeiras no controle demográfico no país, cujo percentual de mulheres jovens e de baixa renda esterilizadas era bem alto. Diferente dos outros deputados, ela considerava as mudanças feitas pelo Senado prejudiciais, dando maior permissividade às entidades estrangeiras e adicionando o critério da idade mínima e do número de filhos, que feririam o princípio da cidadania da mulher. Ainda, disse que o projeto saiu da Câmara com um defeito grave, isto é, da previsão de necessidade de autorização conjugal para realização da cirurgia, votando contra o substitutivo do Senado. Alexandre Cardoso (bloco-PSB/RJ) também votou contra o substitutivo. Eduardo Jorge, do PT/SP, por outro lado, foi favorável às modificações do Senado, relatando que

⁴⁵ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L- n. 408, 13 de dezembro de 1995. Brasília, DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1995.pdf#page=141>. Acesso em 18/06/23.

⁴⁶ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L- n. 408, 13 de dezembro de 1995. Brasília, DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1995.pdf#page=141>. Acesso em 18/06/23.

⁴⁷ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L- n. 408, 13 de dezembro de 1995. Brasília, DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1995.pdf#page=141>. Acesso em 18/06/23.

houve, naquela Casa, um ano e meio de discussões em busca de um acordo, com participação, segundo ele, de todos os partidos e do Ministério da Saúde⁴⁸.

Por fim, o PDT, o PSB, o PcdB e o PPS votaram contra o substitutivo e pela manutenção do texto da Câmara, enquanto o PT, o bloco PL/PSC/PSD, o PPB, PSDB e o bloco PFL/PTB votaram a favor do substitutivo do Senado⁴⁹.

Dessa forma, o projeto foi aprovado e seguiu para sanção. No entanto, o Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, valendo-se do que dispõe o artigo 66, § 1º da Constituição Federal de 1988, vetou parcialmente o projeto, justamente no que dizia respeito à esterilização, isto é, os artigos 10, 11, parágrafo único do artigo 14 e artigo 15, por considerar que estes contrariavam o interesse público⁵⁰.

CF. Art. 66. A Casa na qual tenha sido concluída a votação enviará o projeto de lei ao Presidente da República, que, aquiescendo, o sancionará.

§ 1º - Se o Presidente da República considerar o projeto, no todo ou em parte, inconstitucional ou contrário ao interesse público, vetá-lo-á total ou parcialmente, no prazo de quinze dias úteis, contados da data do recebimento, e comunicará, dentro de quarenta e oito horas, ao Presidente do Senado Federal os motivos do veto⁵¹.

Em sua manifestação, o Presidente baseia a decisão em declaração do Ministério da Saúde, sendo esta:

A esterilização, condicionada apenas à vontade das pessoas, não deve ser praticada, porque se trata de clara mutilação, com perda da função, possível apenas quando haja precisa indicação médica, para eliminar dano maior à saúde da paciente ou quando for irreversível a afecção do órgão reprodutor.

Se o fato ocorre com a participação de outrem, ainda que médico, caracterizada está a lesão corporal, tipificada como crime no Código Penal. A pesquisa da antijuridicidade do fato punível pode, é verdade, ser ultrapassada pela lei nova, mas esta nunca afastá-la, se não há fundamento médico, mas apenas conveniência pessoais, sociais e econômicas.

Nesse quadro, avulta a esterilização de incapazes, em que se incluem os menores de idade e os privados de faculdades para a manifestação de vontade. No último caso, é preciso ter a advertência de que a incapacidade, enquanto não declarada judicialmente, supõe habilitação para atos da vida civil,

⁴⁸ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L- n. 408, 13 de dezembro de 1995. Brasília, DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1995.pdf#page=141>. Acesso em 18/06/23.

⁴⁹ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L- n. 408, 13 de dezembro de 1995. Brasília, DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1995.pdf#page=141>. Acesso em 18/06/23.

⁵⁰ República Federativa do Brasil. Lei 9263 de 1996. Mensagem n. 66. Veto. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/anterior_98/VEP-LEI-9263-1996.pdf

⁵¹ República Federativa do Brasil. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

podendo daí resultar induzimento de pessoas em tais condições a aceitar a esterilização.

A autorização judicial, de outro lado, não é garantia contra possível violação da integridade física do incapaz, porque a iniciativa do processo supõe que o seu interesse estaria sendo ajuizado por outra pessoa. É certo que, por não endereçar disposições reguladoras do processo judicial, a esterilização, em tal hipótese, estará inviabilizada, razão bastante havendo, por isso mesmo, para que sequer seja prevista, como mínimo de cautela para não trair uma intenção suficientemente clara.

Em igual objeção incorre a esterilização, como se quer, a pretexto de risco para saúde do futuro concepto, mediante relatório de dois médicos. Trabalha-se, aqui, com a perspectiva de evento futuro incerto e não com critério de clareza, de resto inexistente, salvo em raríssimas condições. Não se estimou, ao menos, o grau de severidade das afecções a que estaria exposto o futuro concepto e até mesmo a perspectiva de sua reversão, ainda no útero materno ou depois de nascido⁵². (...)

Assim como alguns deputados, expressou-se uma preocupação de que mulheres e aqueles considerados incapazes fossem influenciados à esterilização, que não deveria ser pautada apenas em uma escolha pessoal, mas fundada em critérios de necessidade médica. De outra forma, isto é, “condicionada apenas à vontade das pessoas”, a esterilização se resumia à mutilação com perda da função reprodutiva⁵³.

Derrubando o veto presidencial, por outro lado, foi sancionada a lei⁵⁴ integralmente, com as supressões sugeridas pela Câmara no que diz respeito ao aborto, e sem a necessidade de que os médicos fossem autorizados pelo CRM no ato de assinatura do termo. No entanto, a previsão da idade mínima passou a ser de 25 anos, como estabelecido pelo Senado, ao invés das previsões anteriores, que estabeleciam primeiro trinta anos e depois apenas a capacidade civil plena. Acrescentou-se, também, a possibilidade de participação de entidades estrangeiras, antes vedadas⁵⁵.

A partir daí, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 144, de 1997, passou a incluir a cirurgia de trompas e do cordão espermático como procedimentos no sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde.

⁵² República Federativa do Brasil. Lei 9263 de 1996. Mensagem n. 66. Veto. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/antecedente_98/VEP-LEI-9263-1996.pdf

⁵³ República Federativa do Brasil. Lei 9263 de 1996. Mensagem n. 66. Veto. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/antecedente_98/VEP-LEI-9263-1996.pdf

⁵⁴ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L – n. 048. Quarta-feira, 13 de dezembro de 1995. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1995.pdf#page=141>. Acesso em 08/05/23.

⁵⁵ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L – n. 048. Quarta-feira, 13 de dezembro de 1995. Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1995.pdf#page=141>. Acesso em 08/05/23.

Podemos observar aqui, portanto, uma série de disputas, barganhas e acordos para que a lei pudesse ser votada e aprovada pelas duas casas do Congresso Nacional, o que resultou em uma tramitação que durou cerca de cinco anos. Considerado um tema polêmico, havia especial preocupação com a reação social e os efeitos da lei no que diz respeito ao controle de natalidade e à quantidade de laqueaduras no país, tornando a cirurgia mais ou menos facilitada. Apesar da lei não fazer distinção entre a esterilização de homens e mulheres, a discussão se voltou, invariavelmente, à questão feminina, sem que se tenha discutido a cirurgia de vasectomia em homens.

Medeiros (2023) destaca o interesse no assunto não apenas pela esquerda, mas por atores políticos da direita, que também se apropriam do discurso dos direitos humanos no intuito de atingir diferentes interesses políticos e sociais:

Se é certo que essa denúncia de interferência estrangeira foi realizada por setores de esquerda e do movimento de mulheres negras, não se pode olvidar que também foi capitaneada pela ala mais conservadora, visando não apenas a repelir essa interferência internacional, mas a “proteger” as mulheres brasileiras através da pauta de “moralização dos costumes”. Para tanto, os atores religiosos se utilizavam da pauta de direitos humanos, nesse caso a denúncia de genocídio do povo negro, para se posicionarem contra as laqueaduras tubárias. (Medeiros, 2023, p. 07)

Ainda, a autora chama atenção para a utilização de fatores como a influência de organismos estrangeiros na contracepção brasileira como justificativa da atuação de agentes estatais em defesa da soberania nacional, sobretudo no discurso de que mulheres enquanto corpo-nação como vítimas das instituições e organismos estrangeiros. A discussão acerca do corpo da mulher é não o individualmente considerado, mas sobretudo aquele visto como população (Medeiros, 2023, p. 08).

Ainda:

Seguindo o rastro deixado por Das (2020), procuro argumentar que, durante os debates da CPMI de 1993, a soberania nacional se materializava nos corpos das mulheres brasileiras, especialmente em seus úteros, territórios essenciais para o pleno exercício das funções reprodutiva. (Medeiros, 2023, p. 11).

Assim como Corossacz (2009) trabalha a ideia de nação atrelada à esterilização, Medeiros (2023), em sua pesquisa, preocupa-se com a construção da ideia de soberania nacional e a necessidade de “proteção” da mulher brasileira em termos reprodutivos por meio da tutela estatal.

Neste sentido, de modo geral, apesar do surgimento de direitos relativos a métodos contraceptivos no Brasil, são inúmeras as dificuldades no que diz respeito à contracepção e o controle reprodutivo pelas mulheres (Brandão e Cabral, 2021), como na escolha do método

reprodutivo desejável para cada mulher em determinado momento de vida. Ao distinguir a questão da governança reprodutiva⁵⁶ nos chamados países de primeiro mundo e na América Latina, Fonseca, Marre e Rifiotis (2021) apontam que, na América Latina, a queda de natalidade nunca chegou a ameaçar a reposição demográfica, não havendo debates públicos como os existentes na Europa sobre essa questão. Ainda, na maior parte dos países latinos, incluindo o Brasil, o aborto é ilegal e de difícil acesso, sendo comum, no país, que mulheres engravidem sem planejamento⁵⁷.

As questões suscitadas na Câmara dos Deputados refletiram o cenário em que o aborto - tema polêmico demais para sequer constar na lei - e as discussões acerca de um “descontrole” de natalidade, com a reprodução pouco planejada de mulheres pobres, preponderaram. A fala do deputado Inocêncio Oliveira condensa perfeitamente esse aspecto, quando ele procura diferenciar o planejamento familiar do controle de natalidade, ao que eu me permito repeti-la aqui pelo seu caráter elucidativo:

“Quem está planejando ter filhos em nosso país? As classes mais abastadas, mais ricas, mais favorecidas, continuando os pobres, porque não têm informação nem meios materiais de planejar suas famílias, reproduzindo-se aleatoriamente. Normalmente, têm filhos as classes mais baixas, que não podem criá-los nem educá-los.”⁵⁸
(grifos meus).

Assim, o problema político é dado no país não pelos nascimentos em si, mas pelos nascimentos em determinados contextos, aliando-se ao imaginário de miserabilidade e o surgimento de indivíduos desajustados, o grande número de filhos de mulheres pobres e a gravidez na adolescência. Logo, escolhas políticas são pautadas com base em quem não deveria reproduzir ou deveria ter sua capacidade reprodutiva contida para o bem-estar da sociedade e o seu devido desenvolvimento.

Outro fator primordial nas discussões no Congresso foi o problema da esterilização desenfreada, pauta da CPMI da laqueadura em mulheres de 1992. De fato, na década seguinte à lei do planejamento familiar, houve uma diminuição no número de mulheres laqueadas e um

⁵⁶ Segundo as autoras, o termo “governança reprodutiva” foi consagrado por Morgan e Roberts (2012) para definir diferentes modos de controle e monitoramento de comportamentos reprodutivos e seus mecanismos por diferentes atores e em diferentes contextos.

⁵⁷ FRANCO, Luiza e PASSARINHO, Natália. Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz. BBC News, São Paulo, 26 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368>. Acesso em: 25/04/23.

⁵⁸ República Federativa do Brasil. Diário da Câmara dos Deputados. Ano L- n. 408, 13 de dezembro de 1995. Brasília, DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD13DEZ1995.pdf#page=141>. Acesso em 18/06/23.

aumento no número de vasectomias no Brasil⁵⁹. No entanto, apesar de 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 trata 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 municípios brasileiros, tais quais: o critério de 25 anos ser utilizado pelo casal, independente de quem solicita 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).

Perceptível que esses critérios discricionários são focados no casal, ignorando-se a possibilidade de que homens e mulheres solteiros desejem se esterilizar. A chamada “conjugalização” das relações sexuais (Foucault, 1985) torna o assunto da reprodução uma discussão moralmente possível apenas para o casal, que é quem deve procriar, em um primeiro momento, e depois decidir não mais fazê-lo. Indivíduos solteiros e aqui, particularmente, mulheres solteiras, não têm a possibilidade de se esterilizar, porque elas ainda não alcançaram a conjunção matrimonial, momento em que essa escolha deve ser feita junto do companheiro.

Esses dados se coadunam com os relatos produzidos por mulheres no grupo “laqueadura sem filhos”, em especial no que diz respeito à necessidade de dois filhos vivos, ainda que a mulher possua a idade mínima, critério este não previsto em lei. Além do argumento do arrependimento e a possibilidade de encontrar outro parceiro que queira ter filhos, o que veremos melhor nos próximos capítulos, as mulheres relatam que médicos informam possíveis complicações de saúde decorrentes da cirurgia, como aumento de fluxo menstrual e menopausa precoce. Ou, ainda, utilizam-se da escusa de consciência para recusar a realização da cirurgia. 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.

⁵⁹ De acordo com dados do PNDS (2006). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em 19/06/23.

1.5 - A tramitação da Lei nº 14.443/2022

Em abril de 2014, a deputada Carmen Zanotto, do PPS/SC, apresentou o Projeto de Lei nº 7364/2014⁶⁰, que buscava revogar o § 5º do art. 10º da Lei nº 9.263/1996, que previa o consentimento do cônjuge para realização da esterilização voluntária.

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

(...)

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges⁶¹.

Na justificativa do projeto⁶², Zanotto destaca que a Lei nº 9.263/96 não considera o planejamento um privilégio do casal, mas uma decisão individual, citando, além da Constituição Federal, a Conferência Mundial sobre a População e Desenvolvimento. Ainda, menciona o fato de que a previsão da outorga conjugal

(...) deixa a margem o direito individual do ser humano, da autonomia sobre seu próprio corpo, pois ao fazer outro tipo de cirurgia, reparadora ou não, nada é exigido além da autorização do próprio interessado, igualmente, permanecendo submissas à dominação masculina ou à condição de dependente.

Apesar de todas as normas juridicamente positivadas para igualar homens e mulheres e ao mesmo tempo tratar de maneira individual, como seres humanos donos de suas próprias vontades, as mulheres não são totalmente livres e independentes para tomar determinadas decisões. No caso da esterilização, as mulheres continuam atreladas a algum tipo de licença ou anuência do cônjuge, ou outro parente autorizado.

A proposição tem por finalidade a revogação do § 5º do art. 10 da Lei em comento, no qual há previsão de consentimento expresso do cônjuge, na vigência da sociedade conjugal, para a esterilização, que, em nosso entendimento, fere a órbita singular onde reside tal escolha⁶³.

A justificativa enfatiza a submissão da mulher à autorização marital, ferindo a órbita de autodeterminação do indivíduo. Apesar da lei prever o consentimento conjugal para ambos, tanto homens quanto mulheres, há uma percepção de que essa necessidade afeta em especial as

⁶⁰ Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7364/2014. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-7364-2014>. Acesso em: 19/06/23.

⁶¹ 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. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936-publicacaooriginal-1-pl.html>

⁶² Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7364/2014. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-7364-2014>. Acesso em: 19/06/23.

⁶³ Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7364/2014. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-7364-2014>. Acesso em: 19/06/23.

mulheres, que precisam da autorização do cônjuge para realizar uma cirurgia que reflete em seus direitos reprodutivos.

Em 2015, o projeto foi arquivado⁶⁴ e, em seguida, desarquivado a pedido de Zanotto. Em 2018, consta um pedido de desapensação desse projeto de outros, cujo caráter, segundo a deputada, era diverso e mais amplo. Entre a Central de Corte do Plenário (CCP) e a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), o projeto voltou a ser arquivado e depois desarquivado em 2019. Em 2020, a deputada Rejane Dias, do PT/PI, apresentou um requerimento de apensação do PL 4021/2019, que tratava, dentre outras coisas, da revogação do consentimento expresso do cônjuge para esterilização voluntária da mulher⁶⁵. Aqui, novamente se enfatizou o consentimento quando se trata de paciente do gênero feminino.

Em 2021, foi designado como relator na Comissão de Saúde o deputado Luiz Antonio Teixeira Jr., do PP/RJ. Abriu-se prazo para emendas ao projeto, que não foram apresentadas. No dia 08 de março de 2022, Dia das Mulheres, a deputada Carmen Zanotto apresentou requerimento de urgência para apreciação do projeto, com base no artigo 155 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados⁶⁶:

Art. 155. Poderá ser incluída automaticamente na Ordem do Dia para discussão e votação imediata, ainda que iniciada a sessão em que for apresentada, proposição que verse sobre matéria de relevante e inadiável interesse nacional, a requerimento da maioria absoluta da composição da Câmara, ou de Líderes que representem esse número, aprovado pela maioria absoluta dos Deputados, sem a restrição contida no § 2º do artigo antecedente⁶⁷.

No plenário, a deputada Soraya Santos, do PL/RJ, foi designada relatora e aprovou o requerimento de Zanotto. No plenário, quem apresentou o projeto foi Soraya. Ela destacou a importância do projeto para a dignidade das mulheres. A votação foi uma das últimas do dia, repleta de pautas sobre o direito das mulheres. Por conta do avançado da hora, sugeriu-se uma

⁶⁴ O projeto foi arquivado com base no previsto no Regimento Interno da Câmara dos Deputados, artigo 105, caput: “Art. 105. Finda a legislatura, arquivar-se-ão todas as proposições que no seu decurso tenham sido submetidas à deliberação da Câmara e ainda se encontrem em tramitação, salvo:”

⁶⁵ Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7364/2014. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-7364-2014>. Acesso em: 19/06/23.

⁶⁶ Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7364/2014. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-7364-2014>. Acesso em: 19/06/23.

⁶⁷ CÂMARA DOS DEPUTADOS. REGIMENTO INTERNO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/regimento-interno-da-camara-dos-deputados>. Acesso em: 12/07/23

votação antecipada (antes da manifestação dos deputados) para maior celeridade. A votação foi unânime pelo aceite da proposta⁶⁸.

Logo após, as deputadas se juntaram para uma fotografia⁶⁹:



Figura 6: deputadas posam para foto. Plenário. Câmara dos Deputados. Youtube, 2023.

Em seu voto, a relatora Soraya Santos, da Comissão de Seguridade Social e Família, apresentou um texto substitutivo ao projeto, destacando que, de 2014 para 2022, surgiram outras modificações importantes à Lei n.º 9263/1996. É interessante lermos partes do voto:

Em primeiro lugar, verifica-se até hoje alguma demora no acesso aos métodos contraceptivos. No entanto, no caso da inserção do Dispositivo Intrauterino, o DIU, a dificuldade para o procedimento é marcante (...). São frequentemente manifestadas também as dificuldades de pessoas maiores de 21 anos que já têm três filhos. **Há grande desejo de que esta situação passe a ser contemplada para possibilitar a esterilização nos termos da lei. Na verdade, observam-se inúmeras gestações precoces e jovens, antes de atingir a maioridade civil, com já três filhos vivos.** Consideramos a justeza do pleito e sugerimos sua incorporação ao texto vigente⁷⁰.
(grifos meus)

⁶⁸ CÂMARA DOS DEPUTADOS. Plenário - Câmara aprova 12 propostas da bancada feminina - 08/03/2022 [vídeo]. YouTube. 2022. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=QvB-2_W4FhM. Acesso em: 12/07/23.

⁶⁹ CÂMARA DOS DEPUTADOS. Plenário - Câmara aprova 12 propostas da bancada feminina - 08/03/2022 [vídeo]. YouTube. 2022. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=QvB-2_W4FhM. Acesso em: 12/07/23.

⁷⁰ Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7364/2014. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pl-7364-2014>. Acesso em: 19/06/23.

O substitutivo também alterou a proibição de esterilização no parto, possibilitando à mulher se esterilizar na ocasião, ao se manifestar no mínimo sessenta dias antes.

Em seguida, em 09 de março de 2022, a proposta do projeto foi enviada para o Senado. A relatora, a senadora Margareth Buzetti, analisou a regularidade da proposta, reconhecendo que “facilitar o acesso da população aos métodos contraceptivos é uma forma de garantir os direitos à vida, à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão; ao trabalho e à educação”. Favorável à proposta, ela destacou que a utilização de métodos anticoncepcionais adequados previne “riscos à saúde” relacionados à gravidez indesejada, sobretudo em adolescentes, contribuindo “para a redução da mortalidade infantil, melhora o acesso à informação sobre planejamento familiar e, do ponto de vista socioeconômico, colabora para o crescimento populacional sustentável e o desenvolvimento econômico dos países”. Analisou, ainda, a efetividade da esterilização como método contraceptivo, com baixa incidência de falhas, e a redução de doenças relacionadas à cirurgia como doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e câncer de ovário⁷¹.

Quanto à redução de idade, ela reconheceu as preocupações relativas ao arrependimento em pessoas jovens, mas entendeu que o SUS e o setor de saúde suplementar podem prover todas as informações necessárias para a escolha desse método. A senadora Nilda Gondim, em seu parecer, destacou que essa mudança coloca o Brasil mais próximo de países “como Canadá, França, Alemanha, Argentina e Colômbia, que, no caso de pessoas capazes, vedam a esterilização apenas de menores de idade”⁷². Buzetti trouxe, ainda, um dado do Instituto Planejamento Familiar - IPFAM, que informa que mais da metade das gestações de mulheres no Brasil não são planejadas:

Filhos não planejados colocam em risco a saúde da mãe e do filho, impactam negativamente nos cuidados da primeira infância, reduzem as chances da mãe de estudar e alcançar melhores oportunidades no mercado de trabalho, como também promovem a violência doméstica e contribuem para o aumento da pobreza, entre tantas outras consequências negativas.

Países de baixa e média renda teriam grande oportunidade de transformação social se investissem mais em serviços de planejamento familiar. É o que emerge de um estudo realizado pelo Instituto Guttmacher em 2019. O levantamento apurou que cada quantia investida na prevenção da gravidez indesejada resultaria em três vezes mais economia para o país.

O estudo analisou o impacto do investimento em serviços que garantem métodos anticoncepcionais, cuidados médicos durante a gestação e o parto, assistência neonatal, além de tratamento para DSTs curáveis. Ao adicionar apenas US\$ 4,80 per capita - o equivalente a R\$ 25 - em serviços de saúde sexual e reprodutiva, um país em desenvolvimento conseguiria reduzir 68% das gestações não planejadas, 71% dos nascimentos indesejados, 72% de abortos clandestinos, 62% de morte materna, 69% de morte neonatal, 88% de

⁷¹ Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 1941, de 2022. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154041>. Acesso em: 19/06/23.

⁷² Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 1941, de 2022. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154041>. Acesso em: 19/06/23.

infecções de HIV em bebês e praticamente cancelaria os casos de infertilidade causada por DSTs não tratadas.

Reafirmo meu discurso feito no dia de minha posse: o verdadeiro Brasil é feminino, mulheres são maioria. O verdadeiro Brasil é de mulheres empreendedoras que contribuem para a geração de empregos e renda.

Porém, ainda é um Brasil que não reconhece os direitos mais básicos das mulheres quando exige o consentimento de um marido ou companheiro para que uma mulher realize esterilização, uso de contraceptivo ou laqueadura. Sabemos que são eles que mais abandonam os filhos, são eles que agridem, violentam e muitas vezes matam suas companheiras, mas ainda são eles que decidem?!

O verdadeiro Brasil não aceita mais machismo e hipocrisia⁷³.

Sem alterações, o projeto foi encaminhado à Presidência da República, onde foi integralmente sancionado. A Lei nº 14.443, publicada em 02 de setembro 2022, levou, portanto, cerca de oito anos de tramitação, em um processo ainda mais longo do que a edição da lei original⁷⁴.

1.6 - ADI 5911

Nesse meio tempo, em 2018, o Partido Socialista Brasileiro (PSB) ajuizou uma Ação Indireta de Inconstitucionalidade, a ADI 5911⁷⁵, com pedido de medida liminar, perante o Supremo Tribunal Federal (STF), no intuito de questionar a validade do inciso I do § 5º do art. 10 da Lei n.º 9.263/1996, que prevê os requisitos para esterilização, diante do princípio da dignidade da pessoa humana e nos direitos de liberdade e autonomia. Para o partido, havia incongruência na idade mínima de 25 anos, quando são necessários apenas 18 anos para a prática dos atos da vida civil, levando a uma ingerência indevida por parte do Estado. O partido, ainda, afirmou ser contraditória a necessidade de consentimento do cônjuge, quando a Lei Maria da Penha considera violência de gênero a limitação dos direitos reprodutivos da mulher, obstando o uso de contraceptivos⁷⁶.

A liminar foi rejeitada, por decisão do relator, o Ministro Celso de Mello, devido à impugnação tardia, já que a lei estava, na ocasião, a vigor há vinte e um anos. Chamado para ser ouvido, o presidente da Câmara dos Deputados afirmou higidez constitucional no processo

⁷³ Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 1941, de 2022. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/154041>. Acesso em: 19/06/23.

⁷⁴ 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: 19/06/23.

⁷⁵ STF. Processo ADI/5911. Relator: Min. Nunes Marques. Disponível em: https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seq_objetoincidente=5368307. Acesso em 15/05/23.

⁷⁶ STF. Processo ADI/5911. Relator: Min. Nunes Marques. Disponível em: https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seq_objetoincidente=5368307. Acesso em 15/05/23.

legislativo, enquanto o presidente do Senado Federal afirmou não caber ao Judiciário o controle do juízo político do Legislativo, em razão do princípio da separação dos poderes. O Advogado-Geral da União, por sua vez, negou quaisquer ofensas da norma, entendendo válidos tanto o critério da idade mínima quanto do consentimento conjugal. Já o Procurador-Geral da República entendeu como incompatível a limitação ao exercício de tal direito à pessoa plenamente capaz. Como *Amicus Curiae*, foram admitidos o Centro Acadêmico de Direito da Universidade de Brasília (CADIr/UNB) e o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM), órgão vinculado à Defensoria Pública de São Paulo⁷⁷.

Diante da publicação da Lei nº 14.443/2022, que modificou os dispositivos do art. 10 da Lei nº 9.263/1996, o PSB pediu o aditamento da inicial e prosseguimento da ação com relação ao inciso I, que mudou a idade mínima de 25 para 21 anos⁷⁸.

Durante a elaboração deste trabalho, no dia 17 de abril de 2024, o plenário do Supremo Tribunal Federal começou a julgar a constitucionalidade dos dispositivos da Lei do Planejamento Familiar⁷⁹. No julgamento⁸⁰, o Ministro Cássio Nunes Marques, Ministro Relator, leu o relatório e foram realizadas as sustentações orais. A Dra. Ana Letícia Rodrigues da Costa Bezerra, representando o Partido Socialista Brasileiro, requerente, iniciou sua fala dizendo que estava ali não apenas como advogada, mas como mulher jovem, tolhida em seu direito de liberdade individual e autonomia por critérios arbitrários. Assim como a maior parte dos *Amici Curiae*⁸¹ ouvidos em seguida, ela sustentou que não havia fundamento jurídico ou científico para a escolha de 25 ou 21 anos como idade mínima para a esterilização, com impedimento de

⁷⁷ STF. Processo ADI/5911. Relator: Min. Nunes Marques. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadordpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5368307>. Acesso em 15/05/23.

⁷⁸ STF. Processo ADI/5911. Relator: Min. Nunes Marques. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/estfvisualizadordpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=5368307>. Acesso em 15/05/23.

⁷⁹ SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. STF começa a julgar lei que impõe condições para esterilização voluntária. <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=532534&ori=1>. Acesso em 18/04/24.

⁸⁰ Sessão Plenária (AD) - Uso de trajes religiosos em fotos de documentos oficiais - 17/04/24. <https://www.youtube.com/watch?v=vZ1Ecp65Nc8>. Acesso em: 20/04/24.

⁸¹ Plural do termo em latim “*amicus curiae*”, que significa amigo da corte, e designa a intervenção de terceiros no processo para fornecer informações especializadas e auxiliar no julgamento e tomada de decisão da corte. Para saber mais: [https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/22082021-Os-amigos-da-corte-requisitos-para-admissao--funcoes-e-limites--segundo-a-jurisprudencia-do-STJ.aspx#:~:text=%E2%80%8B%E2%80%8BAmicus%20curiae%20\(amigo,fornecer%20subs%C3%ADdios%20ao%20%C3%B3rg%C3%A3o%20julgador](https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/22082021-Os-amigos-da-corte-requisitos-para-admissao--funcoes-e-limites--segundo-a-jurisprudencia-do-STJ.aspx#:~:text=%E2%80%8B%E2%80%8BAmicus%20curiae%20(amigo,fornecer%20subs%C3%ADdios%20ao%20%C3%B3rg%C3%A3o%20julgador).

pessoas de 18 a 21 anos, defendendo que os critérios para a cirurgia devem ser o da idade mínima de 18 anos, idade esta que estabelece a maioridade e capacidade civil plena⁸².

Dispôs, ainda, acerca da necessidade do julgamento por meio da perspectiva de gênero, considerando que a Lei, embora trate de homens e mulheres, afeta principalmente as mulheres. Disse, ademais, que a motivação para a contenção das laqueaduras, há trinta anos, não se sustenta mais, havendo uma limitação indevida aos direitos e ao planejamento reprodutivos das mulheres, trazendo como argumento normativas internacionais e dados que indicam que a idade média de início da vida sexual seria aos 15 anos. Comparou a norma brasileira com a de outros países, que estabelecem a idade de 18 anos para a cirurgia. No mais, afirmou que essa limitação afetaria mulheres de classe social mais baixa, e que dados indicam que 55% das mulheres que têm filhos no país não queriam ficar grávidas. Outra comparação feita por ela e por parte dos *Amici* ouvidos foi a necessidade da capacidade civil plena aos 18 anos para adotar ou a idade mínima de 16 anos para se casar ou iniciar tratamentos hormonais para transição de gênero, o que demonstraria a incongruência da Lei do Planejamento Familiar⁸³.

Representando o Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM), a Dra. Lígia Ziggotti de Oliveira trouxe dados de uma pesquisa realizada pela UFSC, em que apenas ¼ das mulheres que desejaram realizar a laqueadura conseguiram, sendo que 8% das mulheres acompanhadas durante a pesquisa acabaram por engravidar durante o processo. Mencionou, também, o fenômeno da laqueadura forçada, indicando que, enquanto umas mulheres desejam e não conseguem, em outras o procedimento de esterilização é imposto, o que indicaria uma intervenção indevida do Estado no corpo feminino⁸⁴.

Ao representar o Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná (SIMEPAR), o Dr. Luiz Gustavo de Andrade também defendeu a inconstitucionalidade da Lei atual. Disse que dos dados trazidos anteriormente, na taxa de 55% de gravidez indesejada, 29,9 % não queriam ser mães em momento algum, e 2% afirmaram que tentaram abortar. Ainda, 17% dessas mulheres possuem entre 10 e 19 anos. Já a última a ser ouvida, a Defensoria Pública da União, a Dra. Tatiana Melo Aragão Bianchini, mencionou a necessidade de que as mulheres fossem bem-

⁸² Sessão Plenária (AD) - Uso de trajes religiosos em fotos de documentos oficiais - 17/04/24.
<https://www.youtube.com/watch?v=vZ1Ecp65Nc8>. Acesso em: 20/04/24.

⁸³ Sessão Plenária (AD) - Uso de trajes religiosos em fotos de documentos oficiais - 17/04/24.
<https://www.youtube.com/watch?v=vZ1Ecp65Nc8>. Acesso em: 20/04/24.

⁸⁴ Sessão Plenária (AD) - Uso de trajes religiosos em fotos de documentos oficiais - 17/04/24.
<https://www.youtube.com/watch?v=vZ1Ecp65Nc8>. Acesso em: 20/04/24.

informadas acerca dos procedimentos, considerando a irreversibilidade da esterilização, mas que isso não seria solucionado com a manutenção do critério etário atual⁸⁵.

Após as manifestações orais⁸⁶, todas favoráveis à inconstitucionalidade do artigo e mudança dos critérios legais da Lei quanto à esterilização voluntária, o julgamento foi suspenso, sem data certa para a sua continuidade⁸⁷.

1.7 - Controle reprodutivo e o surgimento dos métodos reversíveis de longa duração

Mantém-se, portanto, o especial interesse no controle reprodutivo das mulheres, principalmente daquelas denominadas “em vulnerabilidade”, isto é, “com baixa escolaridade, baixa renda, com número grande de filhos, geralmente fruto de diferentes parcerias” e não planejados (Brandão e Cabral, 2021). Mas essas práticas de governança reprodutiva atualizam-se. Com o surgimento de novas tecnologias, há também modos mais sutis de controle reprodutivo (Fonseca, Marre e Rifiotis, 2021), que assumem estratégias variadas, associando-se a um discurso que se pauta, muitas vezes, nos direitos humanos, nos direitos das mulheres, em sua autonomia e empoderamento (Brandão e Cabral, 2021), além do processo de intensificação do papel da medicalização da vida, que justifica a intervenção no corpo nos mais variados aspectos.

Nesse contexto, temos a introdução dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (*LARC - long-acting reversible contraception*) como método de contracepção no sistema de saúde, ocupando o lugar de destaque antes ocupado pela laqueadura. Reversíveis, os métodos LARC são menos polêmicos ou radicais do que os métodos de esterilização, passando, por ora, despercebidos pelas polêmicas parlamentares. Além disso, são mais vantajosos sob a

⁸⁵ Sessão Plenária (AD) - Uso de trajes religiosos em fotos de documentos oficiais - 17/04/24.
<https://www.youtube.com/watch?v=vZ1Ecp65Nc8>. Acesso em: 20/04/24.

⁸⁶ Na ocasião, além da requerente, a Dra. Ana Letícia Bezerra, do PSB, falaram como *amici curiae*: o Centro Acadêmico de Direito da Universidade de Brasília (CADIR/UNB), pela Dra. Nara Pinheiro Reis Ayres Britto; o Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres, Órgão da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (NUDEM), pelo Dr. Rafael Ramia Munerati; o Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM), pela Dra. Lígia Ziggliotti de Oliveira; o Sindicato dos Médicos do Estado do Paraná (SIMEPAR), pelo Dr. Luiz Gustavo de Andrade; a Clínica Jurídica de Direitos Humanos e Direitos Sexuais e Reprodutivos (CRAVINAS), pela Dra. Vitória de Macedo Buzzi; a Clínica de Direitos Humanos (CDH/UFPR) e Grupo Interdisciplinar de Trabalho e Assessoria para Mulheres (Gritam), pela Dra. Francielle Elisabet Nogueira Lima; a Associação Movimento Brasil Laico, pela Dra. Simone Andréa Barcelos Coutinho; e a Defensoria Pública da União, pela Dra. Tatiana Melo Aragão Bianchini. Para saber mais:
<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5368307>. Acesso em 20/04/24.

⁸⁷ Sessão Plenária (AD) - Uso de trajes religiosos em fotos de documentos oficiais - 17/04/24.
<https://www.youtube.com/watch?v=vZ1Ecp65Nc8>. Acesso em: 20/04/24.

perspectiva econômica, já que, diferente da esterilização, precisam ser renovados de tempos em tempos, com aparato médico. (Brandão e Cabral, 2021)

O interesse crescente nos métodos contraceptivos de longa duração - tais como o implante subcutâneo o dispositivo intrauterino (DIU) - justificam-se, ainda, por sua eficácia e independência de uma ação regular ou cotidiana da mulher (como tomar um comprimido todos os dias em determinado horário, por exemplo). Para Brandão e Cabral (2021, p. 56), a construção discursiva da excelência desses métodos está relacionada às seguintes dimensões estratégicas: “sua consagração entre profissionais e associações médicas internacionais baseadas em “evidências científicas”, que ressaltam sua eficácia, segurança e relação de custo-benefício (...) e sua associação simbólica com valores éticos ocidentais relativos à autonomia e ao empoderamento feminino”.

Nesse contexto, Fonseca, Marre e Rifiotis (2021) lançam dúvidas acerca da real independência da mulher na escolha do método contraceptivo, já que este, na maior parte das vezes, depende da intervenção médica, tanto para inserção quanto para retirada, assim como o interesse estatal e da indústria farmacêutica sobre essas tecnologias e a ingerência nas práticas reprodutivas. Destacando o que Senderowicz (2019) chama de “coerção contraceptiva”, Brandão e Cabral (2021, p. 54) explicam que, ao contrário de um ato simples de violência de uma pessoa contra a outra, trata-se de dimensões sutis e ocultas que integram processos estruturais e interpessoais, possuindo um direcionamento duplo, isto é:

(...) desde a obrigação/força para a aceitação de determinado método contraceptivo que a mulher não quer, até ser impedida ou ter dificuldades para acessar métodos que elas desejam, comumente conhecidas como “barreiras de acesso” ou “*provider bias*”, tais como as estigmatizações sofridas por adolescentes e jovens, não casadas/unidas, em relação ao exercício de sua sexualidade.

Essa coerção se relaciona, por exemplo, com a falta de escolha ou a restrição de métodos contraceptivos, quando médicos prestam informações parciais, buscam influenciar a escolha por um ou outro método de contracepção, impedem a inserção ou a retirada de determinado método, dentre outros, sem que se considere fatores sociais, culturais, relacionais e pessoais daquela mulher, o que Brandão e Cabral (2021) vão denominar de oferta seletiva.

Uma mulher relata assim, no grupo de laqueadura sem filhos:

Meninas tô tão desanimada...
Fui à segunda consulta com o dr. Cristóvão Labuto, **ele não se negou à fazer a laqueadura que seria por videolaparoscopia, mas tá tentando me fazer desistir enfatizando que há muitos riscos... que é mais válido eu por um diu tendo em vista que a taxa de falha seria a mesma...**

Tenho 32 anos, sem filhos, pelo plano foi o único que aceitou até o momento
já fui em outros GO que me negaram de cara!
Preciso de conselhos, incentivos...
(grifos meus)

Essa oferta seletiva se expressa de forma contundente quando mulheres buscam meios contraceptivos contrários àqueles preconizados para elas. Como comentado anteriormente, a utilização do termo “planejamento familiar” ao invés de, por exemplo, “planejamento reprodutivo” já nos indica para quem essa Lei foi pensada e criada. Apesar de utilizar os termos “homem, mulher ou casal”, é esse último que prevalece no imaginário social, dificultando que outras pautas surjam nesse espaço legislativo ou que mulheres que não possuem uma união estável duradoura ou filhos se esterilizem, pois quando se pensa em projeto de família, é um projeto formado por pai, mãe e filhos que se pensa em primeiro lugar.

Além disso, a difusão dos métodos LARC, com enfoque em mulheres tidas como inaptas para o controle da fecundidade, relaciona-se com uma tendência de responsabilização do indivíduo por sua saúde (aqui a saúde sexual), sua responsabilização moral pelas práticas sexuais e o sucesso ou fracasso na prevenção à concepção. (Brandão e Cabral, 2021).

Sobre a questão da incapacidade de algumas mulheres de determinarem suas escolhas reprodutivas, temos:

ideias predominantes no senso comum e na área da saúde relativas à incapacidade feminina de autodeterminação reprodutiva, às descontinuidades contraceptivas que resultam gestações imprevistas/não planejadas, tomadas invariavelmente como fracassos das mulheres, à compreensão de determinadas maternidades não socialmente aceitas (...) (Brandão e Cabral, 2021, p. 71)

O processo de intensificação do papel da medicalização da vida, o desenvolvimento tecnológico, assim como a maior presença da mulher no trabalho e a expansão da lógica neoliberal, gera, dentre outras coisas, a um adiamento da maternidade, o que propicia tanto o uso dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração quanto o desenvolvimento de técnicas de fertilidade como a fertilização *in vitro*, gerando o que se hoje se denomina de biomedicalização da reprodução. Há, portanto, o disciplinamento dos comportamentos parentais e uma moralidade reprodutiva - de gênero e de maternidade - que determina que mulher é digna ou indigna de ser mãe (Fonseca, Marre e Rifiotis, 2021).

Quando observamos os longos processos de tramitação da Lei n.º 9.263/1996 e a sua recente modificação, apesar do discurso da autodeterminação da mulher, prevalece o entendimento de que quem depende da tutela estatal e o controle de sua vida reprodutiva é um determinado arquétipo de mulher, incapaz de controlar a própria concepção e contracepção, diante do problema

da maternidade “desajustada” e da necessidade de controle da natalidade por parte do Estado. Acerca do corpo - mais precisamente o útero - como território, resume Medeiros (2023, p. 22):

O útero e suas trompas se apresentam como territórios fronteiriços. E, tal como fronteiras, situam-se no limiar entre o certo e o errado, o lícito e o ilícito, o permitido e o proibido, a vida ou a morte, o natural ou o artificial, a fertilidade ou a seca, a maternidade ou sua rejeição. A depender da forma como é utilizado pelas mulheres, esse espaço, o útero, facilmente transita entre conceitos opostos. Não à toa, os métodos contraceptivos dirigidos às mulheres são envoltos por diversas polêmicas, como a suspeita de que o DIU seria um método abortivo, a ideia de que o aborto deve ser considerado crime contra a vida, de que a laqueadura é uma mutilação ou de que o ideal são os métodos naturais.

As mulheres presentes no grupo “esterilização sem filhos”, por outro lado, não seguem esse padrão: são mulheres sem filhos que, minimamente informadas, pois procuraram um grupo na internet sobre o assunto, não desejam exercer a maternidade⁸⁸. Não foi, portanto, para essas mulheres que a lei foi pensada. Pelo contrário, ao desejarem um método de contracepção quando ainda são corpos aptos, sob a ingerência estatal e social, a reproduzir, encontram limitações diversas, pois rompem com a oferta seletiva de métodos contraceptivos pensada para elas e com o papel social da mulher como mãe.

⁸⁸ Pelo menos no sentido tradicional de gestar uma criança.

CAPÍTULO 02 - DIFUNDIR A LEI E DIVULGAR MÉDICOS: ESTRATÉGIAS DE LUTA PARA O ACESSO AO DIREITO DE NÃO TER FILHOS

“Como de costume, não perguntou “por acaso você pensa em ter um filho?”. E sim: “Quando você vai ter um filho?”.”

G. Nettel

Neste capítulo, procuro focar nas estratégias utilizadas pelas mulheres no grupo “esterilização sem filhos⁸⁹” para conseguirem realizar a cirurgia de esterilização voluntária, assim como as informações e orientações compartilhadas entre elas. O intuito é perceber como essas estratégias são utilizadas, de que maneira e sob quais justificativas os agentes de saúde autorizam ou recusam a realização da cirurgia, e quais os procedimentos para sua realização, pensando em noções tais como identidade, autoridade e resistência.

O meu questionamento inicial, ao me deparar com o grupo “esterilização sem filhos”, no Facebook, foi: por que mais de doze mil mulheres estão em um grupo sobre a realização da laqueadura tubária? O fluxo constante de publicações, muitas delas longas e detalhadas, algumas de cunho iminentemente pessoal, e as interações nos comentários me incitaram uma curiosidade imediata. No entanto, ao olhar para esse campo, um grupo localizado no ciberespaço, enfrentava a tarefa estranha de estar em um ambiente sem espaço físico - sem um corpo - em que o corpo era o ponto central de discussão. Um lugar que não é propriamente um lugar e que há um fluxo constante de publicações, comentários e curtidas, dispostas sem linearidade, eis que essas postagens vão “subindo” e “descendo” a partir das interações e do algoritmo⁹⁰. Como organizar para mim e para o leitor esse (não) lugar? Como encará-lo como objeto de pesquisa? Como conseguir construir um olhar etnográfico sobre ele?

Primeiro, não há rostos, mas pequenas fotografias redondas do lado esquerdo de cada postagem ou comentário; também não há vozes, mas textos corridos, por vezes cercados de

⁸⁹ Maneira que escolhi para designar o grupo estudado. Não se trata do nome exato do grupo no Facebook, que, apesar de poder ser encontrado por qualquer pessoa por meio de pesquisas na plataforma, tem o seu acesso restrito à permissão das administradoras. Essa escolha tem o intuito de manter a privacidade das participantes e da comunidade.

⁹⁰ Aqui, algoritmo refere-se à base para programação dos computadores, capaz de processar um número grande de informações em pouco tempo e tomar decisões com base em regras pré-estabelecidas. No Facebook, o algoritmo classifica os conteúdos publicados pelos usuários, analisando sua popularidade, relevância e qualidade. (Brasil, Neil P., 2022). Mais informações em: <https://olhardigital.com.br/2022/07/05/internet-e-redes-sociais/o-que-e-algoritmo/>

*emojis*⁹¹, utilizados normalmente para expressar algum sentimento, que podem ser acrescentados ou retirados a qualquer momento pelo usuário. Assim, há um fluxo constante de informações, o que leva a uma dificuldade de limitar o campo, e uma separação física entre a pesquisadora e os interlocutores, o que exige maneiras diferenciadas de observação, que não podem entrever gestos ou outras expressões comuns de linguagem não-verbal.

Assim, para entender e sistematizar melhor tudo o que tentava observar, foquei principalmente nas postagens longas, que são os relatos acerca do processo pessoal da usuária⁹² para tentar realizar a laqueadura. Essas postagens seguem, em geral, dois padrões: ou o de “sucesso”⁹³, após a realização da cirurgia, ou de “insucesso”, diante da frustração de não conseguir realizá-la. As primeiras costumam ser marcadas por comentários de parabenização, de desejo para que “chegue logo minha vez”, e de dúvidas sobre o procedimento: método, recuperação, sintomas, plano de saúde, profissional, entre outros. Já os casos de “insucesso” geram comentários de solidariedade, mas principalmente de dicas para que a mulher em questão continue em sua busca. A dimensão do “sonho” é constantemente evocada: a realização da esterilização é um “sonho”, comemorado e rememorado pelas que conseguiram, sonhado e desejado pelas que ainda estão à procura do procedimento.

Outras postagens comuns são as de dúvidas, ou de perguntas de cunho pessoal, algumas com centenas de comentários. Certas postagens me chamaram particularmente a atenção, versando sobre a maternidade ou sobre métodos contraceptivos, por exemplo. O tema da sexualidade e da maternidade são constantes na comunidade: o primeiro ligado a métodos contraceptivos; o segundo, acerca de como as mulheres ali lidam com o que elas consideram a “pressão de ser mãe” ou dúvidas acerca de ter ou não filhos, incluindo o que resumo como “julgamento” por parte de terceiros. Nas próximas partes deste trabalho, procuro dimensionar alguns desses temas centrais, como veremos.

Entretanto, antes disso, preciso situar o leitor acerca do funcionamento do grupo, a sua organização e dinâmicas discursivas, permissões e proibições, e de como me inseri nesse campo, para que possamos caminhar juntos.

⁹¹ “Os emojis e emoticons são representações gráficas usadas para transmitir uma ideia, uma emoção ou um sentimento.” PADILHA, Adriano. 2014. Significado dos Emojis e Emoticons. Disponível em: [dihttps://www.significados.com.br/emojis-emoticons/](https://www.significados.com.br/emojis-emoticons/). Acesso em 13/09/23.

⁹² “Usuário” é a pessoa que se registra e fornece informações pessoais para acesso a uma determinada plataforma, aplicativo ou rede social, como o Facebook.

⁹³ “sucesso” e “insucesso” foi a maneira que escolhi para designar esses dois tipos de postagens: a de mulheres que conseguiram o procedimento e a das que não conseguiram.

2.1. - Inserção no campo

O Facebook é uma rede social que funciona por meio de textos escritos, fotografias e vídeos inseridos em uma *timeline* (ou linha do tempo), onde essas postagens estão dispostas em determinada ordem e podem ser acessadas descendo o cursor do *mouse* no computador ou pela tela do celular. Para acessar o Facebook, é preciso criar uma conta, com o uso de e-mail e senha. Predominantemente azul, o *layout*⁹⁴ e as funcionalidades do site se modificaram ao longo do tempo, sendo até hoje uma das redes sociais mais utilizadas por brasileiros⁹⁵, apesar de ter decrescido em popularidade, principalmente entre os mais jovens. Acessado pelo computador, há, na página principal, logo acima, na parte central, um espaço para *stories*⁹⁶. Abaixo, um espaço para inserção de texto, com a frase “No que você está pensando, [nome do usuário]?”, com a possibilidade de inserir vídeos, fotos e sentimento/atividade. Movendo o cursor para baixo, há postagens dos seus amigos⁹⁷. Já do lado direito da tela, há uma série de informações para serem acessadas, como *amigos*, *lembranças*, *salvos*, *grupos* etc. No Facebook, além da página principal (a primeira a ser acessada ao entrar na plataforma), há o perfil pessoal de cada usuário, páginas e grupos diversos⁹⁸. Nesse último, é possível entrar, acessar postagens e, em geral, fazer postagens, que podem ser comentadas por outros usuários.

No caso do grupo “esterilização sem filhos”, trata-se de uma comunidade privada, o que significa que a existência da comunidade pode ser antevista por qualquer pessoa, por meio de pesquisas no interior do site, mas que é preciso enviar um convite e ser aceito para acessar o seu conteúdo. Ainda, os textos e imagens publicados pelas usuárias não aparecem para todas em tempo real, pois antes precisam ser aceitos pelas administradoras. Esse aceite acontece a partir das regras de publicação do grupo, disponíveis em postagem fixada na comunidade,

⁹⁴ É o modo de disposição gráfica dentro de um espaço.

⁹⁵ Informação em: Forbes Brasil. "Brasil é o terceiro país que mais consome redes sociais em todo o mundo." Forbes Tech, 2023. <https://forbes.com.br/forbes-tech/2023/03/brasil-e-o-terceiro-pais-que-mais-consome-redes-sociais-em-todo-o-mundo/>. Acesso em 13/09/23.

⁹⁶ “Stories” é o plural da palavra inglesa *story*, que significa história. Nas redes sociais, trata-se de uma postagem temporária, que pode ser acessada durante 24 horas antes de desaparecer.

⁹⁷ “amigo” é o termo utilizado no Facebook para os outros usuários que são adicionados na rede social, permitindo que estes interajam e acessem o conteúdo uns dos outros. Diferente de redes como o Instagram e o Twitter, que tem “seguidores”, no Facebook, geralmente, essa “amizade” é recíproca.

⁹⁸ O próprio Facebook explica a diferença entre perfil, página e grupo. Perfil serve para compartilhar informações sobre si mesmo; enquanto página é um local onde figuras públicas ou marcas podem compartilhar informações e se conectar com fãs ou clientes (também há páginas sobre interesses em comum, mas apenas o administrador pode fazer postagens). Por fim, grupo é um espaço para que pessoas conversem sobre interesses em comum, mas aqui, no geral, todos podem fazer postagens. Saiba mais: <https://www.facebook.com/help/337881706729661>

criada por iniciativa de três mulheres sem filhos que queriam realizar a laqueadura, em 27 de janeiro de 2017⁹⁹. Em outubro de 2022, o grupo contava com 11.226 membros e duas administradoras; em abril de 2023, tinha 11.708 membros; e, em março de 2024, 12.352 membros, números esses que indicam um aumento contínuo no interesse sobre o tema.

Apesar de não saber precisar a data exata em que me inseri nessa comunidade, comecei a examiná-la com interesse acadêmico a partir de setembro de 2022¹⁰⁰. Havia me inserido no grupo a partir de pesquisas na internet acerca da laqueadura tubária, dos critérios para a cirurgia, e dos diferentes métodos contraceptivos disponíveis, os seus efeitos, vantagens e desvantagens. Não era o primeiro grupo voltado para procedimentos médicos que encontrava no Facebook, o que talvez tenha despertado meu interesse por esse grupo em específico. Assim como eu, as mulheres ali não possuíam filhos e desejavam realizar ou haviam realizado a esterilização voluntária. Quando entrei na comunidade, queria, como outras mulheres, apenas buscar informações sobre o procedimento e saber mais sobre o processo para a realização da cirurgia, já que se trata de um espaço que dispõe de um compilado de experiências de mulheres em todo o Brasil, com um grande fluxo de publicações. No entanto, ao ler os relatos das integrantes, percebi uma série de dificuldades que essas mulheres enfrentavam para a realização do procedimento. Até então, em minha experiência, achava que não teria dificuldades em realizar a cirurgia. Por isso, meu interesse como pesquisadora, despertado pela riqueza daqueles depoimentos em uma comunidade com doze mil mulheres, com publicações diárias, atravessava de forma paralela meu interesse de paciente (aspecto último que pretendo explorar melhor mais para frente neste trabalho).

A capa do grupo mostra o olho de uma mulher de máscara e touca cirúrgicas e um aviso em roxo: “Somos um grupo de mulheres SEM FILHOS. Entrada permitida apenas com PERGUNTAS RESPONDIDAS”. Na imagem abaixo, o nome do grupo e um compilado das participantes foi ocultado, com o intuito de manter-lhes a privacidade, já que se trata de um espaço privado:

⁹⁹ Informação dada pela administradora da comunidade.

¹⁰⁰ Por mais que tenha tentado, não consegui descobrir o dia da minha entrada no grupo.



Figura 7: página de entrada do grupo. Print do Facebook. Arquivo pessoal.

Dentre os meios que eu poderia ter escolhido para observar esse campo, resolvi fazê-lo sem interações diretas por meio de curtidas, comentários ou publicações. Algumas questões éticas me compeliavam: eu deveria avisar que estava fazendo uma pesquisa sobre o grupo? Durante minha observação, vi algumas pesquisadoras fazerem publicações, apresentando-se à comunidade, normalmente com o intuito de que as participantes respondessem a questionários ou participassem de entrevistas. Essas postagens tinham reações positivas entre as mulheres, que se mostravam entusiasmadas e parabenizavam a pesquisadora pela iniciativa de falar sobre o que, na palavra de algumas, era “um assunto tão importante”. Assim, percebi que as pesquisas relativas ao tema eram vistas, de maneira geral, de forma positiva. Contudo, minha única interação direta com minhas interlocutoras foi uma entrevista com uma das administradoras, realizada em 23 de novembro de 2022 pelo *Google Meet*¹⁰¹, com o intuito de entender melhor como e o porquê de o grupo ter surgido, e ouvi-la um pouco acerca de sua própria história. Esse contato foi essencial para que eu entendesse o pano de fundo daquela comunidade e há quanto tempo ela existia.

Ainda, importante mencionar que minha inserção naquele campo tinha um facilitador: primeiro, o fato de ser uma mulher em um espaço exclusivo para mulheres. Se fosse um

¹⁰¹ É uma espécie de videochamada oferecida pelo Google, em que é possível conversar on-line com alguém por meio de vídeo e voz ao vivo.

pesquisador homem interessado no tema, mesmo que utilizando um perfil *fake*¹⁰² ou de outra pessoa, talvez não conseguisse a recepção que tive ao realizar uma entrevista ou circular em outros espaços on-line cuja temática fosse a esterilização em mulheres, como grupos no aplicativo Telegram¹⁰³. Vieira Junior (2020), em sua experiência de pesquisa em um grupo no Facebook voltado para o orgulho hétero, teve de criar um perfil falso feminino para ser aceito nele, enquanto Monaco (2020) recebeu reações negativas ao realizar uma pesquisa acerca de um grupo para pessoas bissexuais no mesmo site. Assim, mesmo tratando-se de um ambiente digital, há uma interação e mesmo uma afetação do pesquisador com o campo. Há, por fim, o fator de que estava ali não apenas como pesquisadora, mas como interessada no procedimento da laqueadura¹⁰⁴, o que leva a uma identificação e aproximação imediatas com aquelas interlocutoras, que me viam como uma igual.

Apesar desses possíveis facilitadores, resolvi não me apresentar de maneira geral às participantes, até mesmo com o receio - ainda que remoto - de que minha presença pudesse alterar as interações ocorridas naquele espaço ou ser encarada com desconfiança. Compreendo que essa escolha tenha trazido vantagens e desvantagens, limitando meus dados à persona criada por cada uma naquele espaço, e obtendo respostas por meio dela¹⁰⁵, sem a possibilidade de entrever reações físicas e gestuais, por exemplo. Isso não significa, entretanto, que essas representações de si, feitas no mundo virtual, sejam mais ou menos fiáveis, já que, dentro de um ambiente considerado seguro, mediado pela tela, ou mesmo pelo anonimato, os sujeitos sociais se sentem mais à vontade para expor determinadas opiniões, e menos para expor outras, o que também acontece em qualquer forma de interação com atores em determinado campo, já que toda interação social é marcada de forma mais ou menos intensa pelo aspecto da performance, das expectativas sociais e dos jogos de força (Goffman, 2014).

¹⁰² “*Fake*” ou “perfil falso” é a utilização de uma espécie de camuflagem para disfarçar ou esconder a real identidade de quem utiliza determinado perfil no mundo digital. Isto é, o suposto perfil público utilizado não corresponde à sua identidade off-line.

¹⁰³ O Telegram é um aplicativo de mensagens, de maneira similar ao WhatsApp, criado por empreendedores russos e utilizado no mundo inteiro. Apesar de ter me inserido em outros espaços digitais que discutiam o tema da laqueadura em mulheres, utilizei apenas o grupo específico de mulheres sem filhos para minhas observações.

¹⁰⁴ Falo melhor sobre esses diferentes papéis na quarta parte do trabalho.

¹⁰⁵ Polianov (2014, s/p) explica que os atores sociais no Facebook são personas “não no sentido de serem falsos ou enganosos, escondidos atrás de uma máscara, mas sim no sentido de serem construções ou versões de si que os atores sociais – com mais ou menos cuidado e nível de autorreflexão – elaboram (e reelaboram constantemente) performativamente”.

2.2 - Regras: o que pode ser discutido e o que é proibido

Para entrar no grupo “esterilização sem filhos”, é preciso responder a algumas perguntas, além de ler um *post*¹⁰⁶ fixo que contém as regras da comunidade. Essas perguntas iniciais são feitas, como bem observa Monaco (2020), com o objetivo de avaliar as intenções e o perfil daquele que solicita entrada.

As perguntas são três: a primeira diz: “seu pedido será analisado p/¹⁰⁷ ingresso no grupo somente se responder as 3 perguntas. Não analisamos perfis sem resposta às questões, que deverão ser completadas em 24h. concorda?” com a opção de marcar “sim” ou “não”. A segunda diz: “Somos um grupo formado exclusivamente por MULHERES SEM FILHOS. Não aceitamos pessoas com filhos. Ciente?” e novamente a opção de marcar “sim” ou “não”. Por fim, há a pergunta: “como você ficou sabendo da existência do grupo??” com espaço para que a solicitante escreva uma resposta. Vejamos as imagens dessas perguntas, para que possamos ter uma dimensão estética desse momento de solicitação (novamente, escolhi ocultar informações que considere sensíveis, como nomes de usuárias):

Grupo Privado · 12 mil membros

Sua aprovação como membro está pendente. Responda a estas perguntas dos administradores do grupo para que eles possam analisar seu pedido para participar. Somente os administradores e moderadores verão suas respostas.

Não insira sua senha ou outras informações sensíveis aqui, mesmo que os administradores do grupo solicitem.

Seu pedido será analisado p/ ingresso no grupo somente se responder as 3 perguntas. Não analisamos perfis sem resposta às questões, que deverão ser completadas em até 24h.

Concorda?

Você pode escolher uma opção

Sim ☐

Não ☐

Continua

¹⁰⁶ “*Post*” é uma palavra de origem inglesa e no mundo on-line é utilizada como sinônimo de postagem ou publicação.

¹⁰⁷ Abreviação que significa “para”.

Somos um grupo formado exclusivamente por MULHERES SEM FILHOS. Não aceitamos pessoas com filhos. Ciente?

Você pode escolher uma opção

Sim

☐

Não

☐

Como você ficou sabendo da existência do grupo??

Escreva sua resposta...

Os membros do grupo concordam em seguir estas regras:

1 Seja simpático e gentil

Precisamos nos unir para criar um ambiente acolhedor. Vamos tratar todos com respeito. Discussões saudáveis são naturais, mas seja gentil e educado(a).

2 Respeite a privacidade de todos

A participação no grupo requer confiança mútua. É ótimo ter discussões autênticas e expressivas no grupo, mas elas podem ser sensíveis e privadas. O que é compartilhado no grupo deve permanecer nele.

3 Nenhuma promoção ou spam

Proporcione às outras pessoas deste grupo mais do que você obtém dele. Autopromoção, spam e links irrelevantes não são permitidos.

4 Ler o post fixo

REGRAS DO GRUPO:

- Médicos (as) e hospitais que fazem cirurgia de laqueadura e não colocam dificuldades;
- Métodos contraceptivos;
- Políticas públicas sobre acesso à métodos contraceptivos;
- Outras iniciativas populares sobre o assunto;

PROIBIDO:

Figura 8: perguntas para acesso ao grupo. Print do Facebook. Arquivo pessoal.

Assim, conforme pode ser visto no item 4, “ler o post fixo”, há regras sobre aquilo que pode ou não pode ser discutido naquele espaço e tudo que é publicado ou não passa por um controle das administradoras. Sobre essas regras, a administradora H., em entrevista realizada em 23 de novembro de 2022, pelo *Google Meet*, me informou:

H: Muita gente pergunta se só com duas administradoras se não dá muito problema, **porque nós temos regras bem detalhadas, regras muito bem estruturadas.** A maioria das mulheres costuma respeitar essas regras e nós não temos grandes problemas com o grupo. Aparece de vez em quando um comentário denunciado, um conteúdo impróprio, mas eu e a E., a gente tem esse *feeling* de gerir o grupo para que não ocorram muitos problemas. Nosso foco é principalmente a indicação de médicos, políticas públicas, métodos contraceptivos, políticas de adoção - a gente pode falar sobre adoção no grupo - e notícias correlatas sobre a lei de planejamento familiar e dúvidas gerais da cirurgia, da recuperação, período menstrual, fluxo menstrual, se aumenta cólica. **Então nosso foco é mesmo a laqueadura, mas a gente aborda esses outros assuntos também relacionados à contracepção.**
(grifos meus)

A postagem fixa - o que significa que ela pode ser acessada logo no início da página do grupo - diz assim:

Regras atualizadas do grupo:

1. As listas de médicos que operam mulheres sem filhos estão separadas por Estado, na sessão "Arquivos". Até o momento, os estados que há médicos que cumprem a lei são: Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Brasília (DF).
2. Temos uma lista com indicações de urologistas para vasectomia nos parceiros.
2. É proibido bloquear as administradoras do grupo
3. **Brigas, ofensas e desestímulo à laqueadura são sujeitas ao banimento sumário do grupo.**
4. **Viu algum comentário fora das regras? Marque as ADM, denuncie ou envie mensagem com o print.**
5. Flood posts ou comentários (coisas repetidas), serão marcados como spam
6. **Pedidos de ingresso de perfis convidados por membros do grupo só serão aceitas após a pessoa responder as perguntas de solicitação de entrada.**
7. **Marcação de perfis masculinos em postagens ou comentários são proibidos. Serão marcados como spam ou levar ao banimento.**
8. **Demais assuntos sem se tratar de laqueadura são proibidos no grupo, salvo permissão das administradoras**
9. **A lista de participantes pode ser verificada com frequência e feita uma limpeza de perfis inativos, sem fotos ou quem não se adequar às regras do grupo.**
10. Ao indicar ou solicitar indicação de médicos, favor informar a cidade/Estado. Para quem indicar, informar o CRM, telefone, endereço ou e-mail.

AQUI TAMBÉM PODE DISCUTIR:

- Métodos contraceptivos;
- Políticas públicas sobre acesso aos métodos contraceptivos;
- Leis e projetos de leis de proteção às mulheres;
- Orientação à adoção e notícias correlatas;
- Outras iniciativas populares sobre a laqueadura;

RESSALTAMOS QUE É PROIBIDO:

- Postagens sobre reversão de laqueadura.
- Desestímulo à laqueadura, sob qualquer hipótese;
- Conteúdos nada a ver com a temática do grupo (memes, imagens e vídeos de animais, partos, bebês e similares)
- Racismo, machismo, misoginia, gordofobia, homofobia;
- Capacitismo: Preconceito ou discriminação contra pessoas com deficiência
- Propaganda (inclui pedidos e oferecimento de doações)
- Entrada de perfis mistos (nomes de casais na mesma conta). Perfis femininos com foto de casal serão verificados;
- Postagens sobre falsificação de documentos com objetivo de conseguir laqueadura ilegalmente e qualquer prática com essa finalidade.

TÓPICOS ÚTEIS:

1. LISTA DE MÉDICOS QUE FAZEM LAQUEADURA EM MULHERES SEM FILHOS - POR ESTADO (AM, BA, DF, ES, GO, MG, PR, RJ, RS, SC e SP):

[link]¹⁰⁸

2. LISTA DE MÉDICOS QUE RECUSARAM FAZER LAQUEADURA EM MULHERES SEM FILHOS:

[link]

(grifos meus)

Logo, há um primeiro aspecto a ser considerado acerca do conteúdo acessado no grupo, para além daquilo que os indivíduos escolhem expor ou não: primeiro, quem pode estar nele e, segundo, o que pode ser falado nele. Somente mulheres sem filhos, em teoria, podem participar desse espaço. Como observei depois, há algumas mulheres com filhos, apesar de poucas, e em regra apenas em comentários (durante o tempo em que acompanhei o grupo, nunca vi uma postagem de uma mulher que anunciava ter filhos, mas comentários de algumas mulheres que entraram no grupo sem filhos e acabaram engravidando antes de conseguir a cirurgia ou foram autorizadas a ali permanecerem¹⁰⁹). Sobre as proibições, as duas primeiras são as que me chamam mais atenção: são proibidas postagens “sobre reversão de laqueadura” e “desestímulo à laqueadura, sob qualquer hipótese”. Também há um aviso acerca de um monitoramento constante dos perfis, que não podem ser “mistos”, isto é, administrados por um casal, e nem sem identificação, isto é, sem foto de perfil. Sair das regras gera o banimento¹¹⁰ do grupo, inclusive se perfis masculinos forem marcados em comentários. Ademais, acerca do

¹⁰⁸ Ocultei os links para preservar a privacidade do grupo.

¹⁰⁹ Também verifiquei que, excepcionalmente, mulheres com filhos eram aceitas no grupo. Falarei, no próximo capítulo, um pouco melhor sobre isso.

¹¹⁰ “Banimento” aqui significa, na linguagem das redes sociais, a expulsão do grupo, restando a pessoa impedida de acessar ao seu conteúdo.

conteúdo, questionava-me sobre o número de postagens que eventualmente não eram publicadas por violarem as regras da comunidade. É preciso observar, portanto, os discursos que são autorizados e os que não são, assim como aqueles que podem ou não falar, estando ciente das diversas luzes e sombras que pairam sobre o discurso, e dos seus silêncios (Foucault, 1988), já que ser uma voz dissonante daquilo que é previamente acordado gera a expulsão do indivíduo da comunidade.

Quando conversei com a administradora, perguntei se existia um filtro de permissão para as postagens. Isso significa, como já comentado, que quando uma mulher escreve uma publicação, esse texto vai para as administradoras, que precisam aceitá-lo para ele ser publicizado no grupo. Só assim aquele texto será acessado pelos demais membros:

H: sim, fazemos [o filtro]. Tem as regras, não sei se você chegou a ver as regras do grupo, a gente só permite naquele rol de postagens. Postagens sobre cirurgia de laqueadura em si, postagens sobre efeitos colaterais de laqueadura, postagens sobre métodos contraceptivos, de vasectomia também para mulheres que tenham parceiro sexual, notícias sobre adoção, aborto - mas aborto depende muito do filtro também, porque pela política do Facebook eles costumam banir as postagens sobre aborto, então a gente coloca notícias só de fontes confiáveis. Fontes desconhecidas a gente não costuma aprovar. E outras dúvidas sobre sexualidade, tem muitas meninas que postam anônimo por medo de represália de família, de amigos, muitas postam desabafo também sobre se querem ou não fazer cirurgia, a gente procura orientar, então é mais nesse universo feminino de postagens que a gente aprova. Não aprovamos conteúdo de racismo, de ataques contra pessoas que são mães, isso não é nosso foco do grupo. São características que a gente busca preservar do grupo, de manter a dignidade, a integridade e a confidencialidade e a confiança que as mulheres têm no nosso grupo. Basicamente é isso.

Eu: Aparecem muitas postagens fora desse rol [permitido]?

H: Não, não costuma aparecer. Assim, aparece bem pouco, por isso a gente não tem dificuldade de moderar o grupo¹¹¹.

Além das postagens em si, há um filtro feito pelo próprio Facebook diante do que ele considera ferir o “padrão da comunidade”¹¹². Esse padrão condiciona o que e como algo pode ser dito. Um exemplo disso é o aborto, que precisa de cuidados especiais para ser tratado, segundo a administradora H., para que a comunidade não seja penalizada com denúncias e sua consequente retirada do ar. Em certo momento, em 2021, uma das administradoras fez uma publicação pedindo para se evitar a referência a homens, utilizando diretamente essa palavra,

¹¹¹ Entrevista realizada em 23 de novembro de 2022

¹¹² O Facebook tem uma página em que explica o que seria esse “padrão da comunidade”, cujo resumo de proibições inclui: Nudez ou outro conteúdo de sexualmente sugestivo; Discurso de ódio, ameaças reais ou ataques diretos a um indivíduo ou grupo; Conteúdo que possua autoagressão ou excesso de violência; Perfis falsos ou impostores; Spam. De maneira mais detalhada: <https://transparency.fb.com/pt-br/policies/community-standards/?source=https%3A%2F%2Fpt-br.facebook.com%2Fcommunitystandards>

substituindo-a por caracteres (como “h0m3m”) ou utilizando um “codinome”, isto é, ao invés de usar a palavra homem, utilizar outra com o mesmo sentido, de forma a ser entendido pelas outras participantes, sem que o sistema do site perceba. Na ocasião, ela explicou que as denúncias podem fazer com que o grupo seja banido¹¹³ da rede. As mulheres nos comentários fizeram piadas acerca dos termos que poderiam ser utilizados e ironizaram o fato de não poder falar sobre os homens, mesmo que sem contexto ofensivo.

Já em postagens com muitas divergências ou discussões, as administradoras ou a autora da publicação por vezes limitavam os comentários. Isso significa que a postagem permanece, é possível reagir - isto é, o Facebook possui mecanismos de interação como as curtidas ou reações, em que é possível inserir um *emoticon*¹¹⁴ expressando amei (coração), solidariedade, graça, tristeza, raiva, surpresa ou raiva - mas não é possível fazer comentários, e há um aviso abaixo que diz: “[fulana] desativou os comentários desta publicação”.

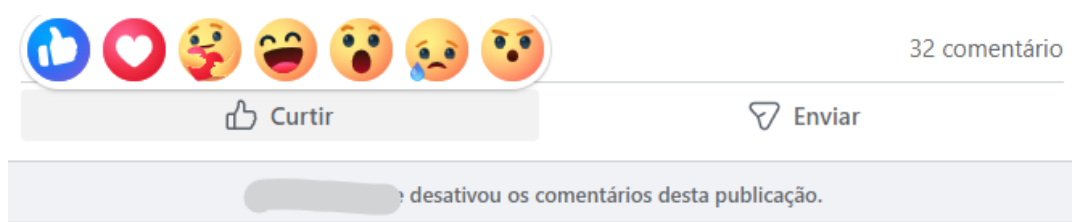


Figura 9: reações a post. Print do Facebook. Arquivo pessoal.

Portanto, podemos dizer que há um duplo filtro do conteúdo publicado na comunidade: aquele realizado pela própria rede social Facebook e o realizado pelas administradoras do que é, segundo as regras internas, permitido ou não. No mais, essas normas são seguidas pelas próprias integrantes, que podem denunciar um comportamento inadequado ou limitar comentários em suas próprias publicações. Isso tudo condiciona o que e como será dito.

2.3 - Estratégias de luta para efetivação de direitos: “são esses três entraves: o afetivo, o corpo físico e o arrependimento”

Assim que passei a observar o grupo, fiquei curiosa com o tamanho e o nível de detalhes das postagens das participantes acerca do seu próprio processo para conseguir a laqueadura tubária, algumas esmiuçando todo o processo burocrático até a cirurgia, pedindo ou

¹¹³ Ser banido, na linguagem das redes sociais e nesse contexto, significa que o perfil, a página ou a comunidade é retirada do ar pela plataforma por violação de suas regras.

¹¹⁴ “Os emojis e emoticons são representações gráficas usadas para transmitir uma ideia, uma emoção ou um sentimento” Padilha, Adriano. Em: <https://www.significados.com.br/emojis-emoticons/>

dando dicas, e buscando informações. No canto direito da tela principal do grupo, é possível ler *sobre o grupo*, no que há a descrição: “Grupo voltado para orientação e planejamento para cirurgia de laqueadura”. Afinal, a comunidade propõe justamente que as participantes -mulheres sem filhos - obtenham informações acerca da cirurgia e recebam ajuda para realizá-la por meio de trocas de experiências. A lógica é de que uma mulher oriente a outra, em uma série de trocas, ou mesmo por meio de buscas na comunidade¹¹⁵.

A partir de uma experiência compartilhada, outra mulher pode escolher ou deixar de escolher determinado médico ou plano de saúde, saber como se comportar diante dos agentes de saúde, e que informações fornecer ou não a eles. Determinados médicos são repetidamente mencionados como o médico de determinada região que realiza a cirurgia. Há também a presença de uma psicóloga, por diversas vezes recomendada no grupo, para obtenção do laudo psicológico. Em conversa com a administradora H.¹¹⁶, ela me disse que o grupo se caracterizava pela autogestão, sem procurar participar de movimentos sociais. E ainda:

H: Por exemplo, nessa questão da redução da idade, de 25 para 21 anos, foi muita pressão nossa também, a gente busca estar sempre antenado nos projetos de lei do Senado, pedindo para as meninas votarem a favor, as medidas de acesso a métodos contraceptivos, de iniciativas da redução mesmo da idade. Então isso foi muito pressão nossa, do que aconteceu no senado, essa redução da idade mínima da laqueadura. A questão também da autorização do cônjuge, isso foi muito iniciativa nossa também. Mas nosso grupo, ele procura ser mais, como eu posso dizer, mais da autogestão de mulheres, um grupo feminista, mas de movimentos sociais a gente só participa de pautas bem específicas mesmo, não temos outras objeções, a não ser mesmo ajudar outras mulheres.

Pelas palavras dela, a pressão do grupo foi uma das responsáveis pelas mudanças legislativas, diante da sua atuação na luta por direitos reprodutivos, especificamente sobre o direito à esterilização voluntária. Assim como observei em outros espaços que abordam a temática da esterilização em mulheres, há uma compreensão de protagonismo diante de avanços e retrocessos políticos acerca desses direitos, compreensão cujo aprofundamento daria um trabalho à parte. Ela me informou, ainda, que não há uma filiação partidária ou de movimentos sociais do grupo, que é focado apenas no projeto de “mulheres ajudam mulheres”. Há um pano de fundo de cunho feminista, na lógica de solidariedade feminina, mas não é algo presente de maneira direta na comunidade, com nada a indicar uma vertente ou posição política específica,

¹¹⁵ No canto superior direito há o símbolo de uma lupa e um espaço para pesquisas dentro da comunidade.

Também há a possibilidade de olhar os arquivos do grupo, onde há documentos com o nome de médicos que realizam a cirurgia em determinados estados.

¹¹⁶ Entrevista realizada em 23 de novembro de 2022, pela plataforma *Google Meet*.

ainda que haja posições dominantes acerca de temas como o aborto e a escolha de métodos contraceptivos, como veremos.

Assim, a proposta da comunidade é se unir diante da escolha pela esterilização voluntária. Mas por que haveria a necessidade de um grupo especificamente para mulheres sem filhos?

Em entrevista com a administradora¹¹⁷, perguntei se ela sentia que havia uma diferença entre as mulheres que têm ou não filhos:

H.: Senti. Nossa! As mulheres que não têm filhos costumam ter dificuldade já no próprio sistema único de saúde, quando elas chegam no postinho, procuram um médico, um assistente social, uma enfermeira, **a primeira coisa que essa enfermeira, esse médico pergunta é se você tem um relacionamento. E se você tiver um relacionamento, o que você espera do futuro desse relacionamento. Ah, o cara vai querer ter filhos e você não quer, e se um dia ele quiser e você não quiser, você vai separar? Então, o entrave já começa aí, nessa questão do relacionamento. Depois, quando ela consegue chegar no estágio de encaminhamento para cirurgia ou do planejamento familiar, a dificuldade que é imposta é dos efeitos colaterais da laqueadura: aumento de fluxo, de período menstrual, que vai parar de menstruar, que vai engordar, então os empecilhos começam no próprio corpo da mulher e depois no arrependimento. Quando a mulher chega na mesa de cirurgia, ela tenta ser desestimulada pelo arrependimento. Ah, mas você vai se arrepender, você vai envelhecer, não vai ter ninguém com você, você vai morrer sozinha. Então são esses três entraves: o afetivo, o corpo físico e o arrependimento**, que eu vejo que são os principais entraves para a mulher conseguir a laqueadura na rede pública. A rede pública é muito mais difícil do que na rede particular. As dificuldades são as mesmas, mas no SUS essa dificuldade é maior”.

(grifos meus)

Ao falar sobre o estudo do familiar, e de suas particularidades em relação ao estudo do denominado exótico na etnografia, Gilberto Velho (1981) expõe a complexidade das sociedades modernas e a nossa dificuldade em conhecer o familiar, já que o pesquisador também tem um lugar de poder e hierarquia social, acostumado à lógica das relações sociais, mas sem necessariamente compreendê-las de maneira densa. As sociedades modernas, diferente das pré-modernas, têm uma menor coerência em seus sistemas de valores, o que gera menor coesão de identidades e, conseqüentemente, mais conflitos entre os sujeitos. Esse enfraquecimento de um sentido comum gera uma sociedade propensa a crises de sentido subjetivas e intersubjetivas. Em uma sociedade altamente diferenciada, podem surgir comunidades cujas interpretações para a realidade são quase que autônomas de sentido das demais (Berger e Luckmann, 2004). Sem compartilhar de um sistema de valores único e obrigatório para todos, há um pluralismo de identidades que organizam o mundo social contemporâneo, formado, por vezes, por pequenos

¹¹⁷ Entrevista realizada em 23 de novembro de 2022, pela plataforma *Google Meet*.

grupos que, de longe, podem ser vistos de maneira homogênea, mas que se particularizam diante de um olhar mais acurado.

Para minhas interlocutoras, há uma identidade que as diferencia das mulheres com filhos que procuram pela mesma cirurgia de esterilização, surgindo a necessidade de se sentirem representadas em um espaço só delas. Ali, podem compartilhar seus medos e dúvidas acerca da maternidade, principalmente no que diz respeito ao “julgamento” de outras pessoas, assim como procurar por médicos que aceitem operar mulheres que não possuem filhos. Sem descendentes, o caminho para a laqueadura se torna mais difícil, pois há uma disputa que se dá em corpos aptos para a concepção e que escolhem negá-la. Não se trata, como falei, de mulheres cuja concepção precisa ser contida, pois considera-se que têm filhos demais ou que não são aptas para serem mães, mas de mulheres que não possuem filhos e que fazem a escolha de não os ter nunca. Trata-se de uma escolha considerada radical e definitiva, marcada por uma individualidade que desconsidera o desejo de um atual ou futuro companheiro que queira ter filhos, ou ainda da expectativa da família por uma criança, ou de amigos que começam a se inserir em uma comunidade de pais, mães e filhos.

Foucault (1988), acerca do discurso em torno do sexo e sua suposta repressão, diz que há, nas sociedades modernas, na verdade, a necessidade obstinada de falar sobre o sexo e torná-lo valorizado como segredo. Por meio principalmente da pastoral cristã, é preciso que tudo seja dito, confessado, reduzido em termos de linguagem, técnica depois reinventada sob outros mecanismos, mais precisamente a do interesse público. Agora não apenas sob o manto da moral, mas da racionalidade, o sexo é algo que deve ser gerido, regulado, administrado. Irrompe a “polícia do sexo: isto é, a necessidade de regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição” (Foucault, 1988, p. 31). Nesse contexto, no século XVIII, surge o conceito de população, objeto de interesse e intervenção do governo. O dispositivo da sexualidade, de um poder disciplinar que se dá sobre o corpo individual, torna-se também um poder regulamentar sobre o corpo social (Foucault, 2016).

É preciso regular a fecundidade, a natalidade, e a conduta sexual das pessoas. O comportamento sexual, em especial dos casais, passa a ser uma conduta econômica e política. Para usar um exemplo elucidativo de como isso se opera, podemos pensar no caso da Coreia do Sul, onde o governo oferece uma série de incentivos para que a população tenha filhos, no que hoje é o país com a menor taxa de natalidade no mundo¹¹⁸. Apesar de não enfrentarmos

¹¹⁸ A preocupação com o envelhecimento da população e a pouca mão-de-obra assombra países europeus, problema que não compartilhamos aqui, na América Latina. Saiba mais aqui:

questão parecida, esse exemplo nos ajuda a pensar em como se opera o biopoder sobre as populações, ou sobre a gestão dos corpos dos indivíduos, de maneira mais ou menos sutil, no que diz respeito à reprodução. A sexualidade depende de um controle que é disciplinar, individualizante, cuja vigilância é permanente e institucional, mas também de um controle regulamentar, enquanto capacidade biológica de procriação, voltado à população e a constituição de um poder sobre a vida de modo geral (Foucault, 2016).

2.4 - Diferentes caminhos e diferentes métodos: o SUS e o sistema privado; a cirurgia “por vídeo”, “tipo cesárea” e a “cultura da salpi”

Para realizar a cirurgia de esterilização voluntária há, em resumo, três caminhos: 1. a busca pelo sistema de saúde público, 2. por meio dos planos de saúde privados ou 3. no meio particular, quando a paciente paga diretamente pelo procedimento. Aqui, falaremos dos dois primeiros, já que são pouco expressivos ou mesmo inexistentes os relatos sobre a realização da cirurgia pelo meio particular. Quando integrantes perguntam sobre possíveis valores, as mulheres orientam que ela invista em um plano de saúde privado, espere o período de carência¹¹⁹, e busque pela cirurgia, o que seria mais econômico e valeria mais a pena. Os valores informados por elas, contudo, variam de uma média de três mil a vinte mil reais. Pelo plano de saúde, esse valor pode girar, segundo algumas, em menos de dois mil reais. É comum que algumas, inclusive, escolham determinado plano de saúde com base em um médico conhecido naquela região pela realização da cirurgia em mulheres sem filhos. Outras, por sua vez, aproveitam terem à disposição determinado plano para realizar o procedimento, como aquele ofertado em um novo emprego, por exemplo. Há também muitos relatos de cirurgias realizadas no Sistema Único de Saúde.

Escolhi não fazer uma separação, tratando de um e de outro, porque, ainda que o procedimento pela rede pública e privada se diferenciem em alguma medida, ambos apresentam dificuldades que passam por atores parecidos, e porque essa separação não é feita na própria comunidade, cujas orientações abarcam as duas escolhas. Há casos, inclusive, de pacientes

<https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/coreia-do-sul-gasta-us-200-bi-em-incentivo-a-natalidade-mas-populacao-nao-quer-filhos/>

¹¹⁹ Segundo a Lei 9.656/1998, o prazo máximo de carência para cirurgias e outros procedimentos é de 180 dias. O site do Senado explica: “Carência é o prazo que o beneficiário precisa esperar para poder efetivamente contar com a cobertura do plano em determinados tipos de procedimentos e assistência em saúde. As carências são legais e praticadas por todas as operadoras de saúde, conforme regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que define prazos mínimos para alguns atendimentos acontecerem”. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/noticias-comum/entenda-os-prazos-de-carencia-nos-procedimentos-em-saude-com-cobertura-do-sis>.

dispostas a tentarem realizar a cirurgia tanto na rede pública quanto na privada¹²⁰. Por outro lado, com relação às diferenças mais amplas, a primeira se dá na escolha: pelo plano de saúde, é possível, em regra, maior possibilidade de escolha dos médicos, o que pode variar de acordo com a rede credenciada, enquanto no sistema público é preciso ser atendido pelo médico disponível no posto de saúde ou hospital indicado. No mais, cada processo é único, e varia de caso a caso. Independente do que estabelece a lei, as formas de cumpri-la ou não passam, na prática, por critérios contingentes dos agentes envolvidos para a realização da cirurgia, com diferenças no funcionamento de cada posto de saúde ou nas exigências de cada médico privado ou agente de saúde.

No Sistema Único de Saúde, em regra, é preciso ir até um posto de saúde ou Unidade Básica de Saúde (UBS) próximo à residência da paciente e pedir para realizar o planejamento familiar. O planejamento familiar pode se dar por meio de palestras, conversas com psicóloga e assistente social, ou consulta com médico ginecologista, no intuito de que a solicitante seja informada acerca dos diversos métodos contraceptivos e possa indicar qual deles é de sua preferência. Depois, a mulher é encaminhada ao médico ou ao hospital de referência para realização dos exames pré-operatórios. Esse procedimento pode ser mais ou menos demorado, e com maiores e menores empecilhos. Apesar de similares em alguns aspectos, cada unidade básica de saúde apresenta a sua própria dinâmica de atendimento. A espera é um dos fatores de reclamação das pacientes no SUS. Algumas mulheres demoram dois meses, prazo mínimo entre a manifestação de vontade¹²¹ e o procedimento, enquanto outras precisam esperar mais de um ano para realizar a cirurgia, o que gera muita incerteza e ansiedade.

Já pela rede privada, é preciso encontrar um médico que atenda pelo plano e realize a cirurgia ou que dê o encaminhamento para realizá-la, com possibilidade de assinatura do termo de consentimento. Esse termo comprova o consentimento da mulher para a realização do ato cirúrgico e o tempo mínimo de dois meses entre um e outro estabelecido em lei. É preciso assinar e aguardar o prazo de dois meses. Quando esse prazo está se esgotando, é preciso solicitar autorização do plano para realizar a cirurgia, marcada no hospital pelo médico. Também é possível entrar em contato com o plano de saúde e solicitar o planejamento familiar, em que a mulher é encaminhada para o procedimento. A maior dificuldade está em, justamente,

¹²⁰ Há grupos no Facebook específicos sobre a laqueadura no SUS.

¹²¹ A Lei n.º 9.263/1996 estabelece: “Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: 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;”

encontrar um médico que realize a cirurgia por meio daquele plano de saúde ou conseguir informação deste sobre médicos credenciados que realizem a cirurgia.

Acerca do termo de consentimento, alguns médicos pedem que este seja levado para reconhecimento de firma no cartório; outros, não. Ainda, alguns médicos exigem um laudo psiquiátrico ou psicológico, etapa muito comum para a realização da cirurgia, apesar de não haver esse requisito na lei. Além da possível negativa médica, é comum a negativa por parte do psicólogo ou psiquiatra, o que leva ao pedido de dicas de atendimento também para esses profissionais.

Além da escolha do médico, que no geral se resume ao profissional que aceita realizar a cirurgia, há a ideia de que pelo plano de saúde é mais fácil a escolha do método da cirurgia. No grupo, há discussões acerca dos melhores métodos para a esterilização, com a utilização de termos como “tipo cesárea”¹²², “por vídeo” ou “via vaginal”¹²³, mas também a apropriação de termos técnicos como laqueadura ou salpingectomia¹²⁴. Em uma postagem, uma integrante do grupo indagou o que significava “jeito tradicional” e as mulheres responderam que se tratava do corte parecido com a cesárea, isto é, um corte na parede abdominal, acima do púbis, também denominado de “mini cesárea”.

Os comentários, além de explicarem o que significava o “jeito tradicional”, criticavam tal método como “invasivo” e “desnecessário” para quem podia fazer a cirurgia pelo plano. Um comentário foi: “Se é por plano, tenta ver se fazem por videolaparoscopia”¹²⁵. Bem menos invasivo, e vai pra casa no mesmo dia”. Outros foram no sentido de que seria “uma sacanagem” realizar a cirurgia “tipo cesárea” por médico de plano de saúde, mas que, sem outra opção, era melhor realizar por esse método, menos desejável, para não arriscar ficar sem a cirurgia:

¹²² “tipo cesárea”, “jeito tradicional” ou “mini cesárea” referem-se à laparotomia, cuja cirurgia é feita por um pequeno corte horizontal na parede abdominal.

¹²³ “Por vídeo” refere-se à videolaparoscopia, enquanto “via vaginal” é, como o nome sugere, a cirurgia realizada por um corte no fundo da vagina.

¹²⁴ “Laqueadura” é utilizado como termo genérico para a esterilização voluntária, ou refere-se ao estrangulamento das tubas uterinas, seja pela retirada de uma parte das trompas, sua cauterização, amarração ou sutura, enquanto a salpingectomia é a retirada total das tubas uterinas.

¹²⁵ Videolaparoscopia “consiste em uma moderna técnica cirúrgica, que permite a abordagem da cavidade abdominal para a realização de diversos procedimentos, sem a necessidade de realizar grandes incisões cirúrgicas. Dessa forma, permite ao paciente menor tempo de recuperação, menos dor no período pós-operatório, menor risco de infecção, melhor resultado estético e retorno mais breve às atividades cotidianas.” RR médicos cirurgiões. Cirurgia Videolaparoscópica. Acesso em: <https://rrmedicos.com.br/cirurgia-por-videolaparoscopia/>

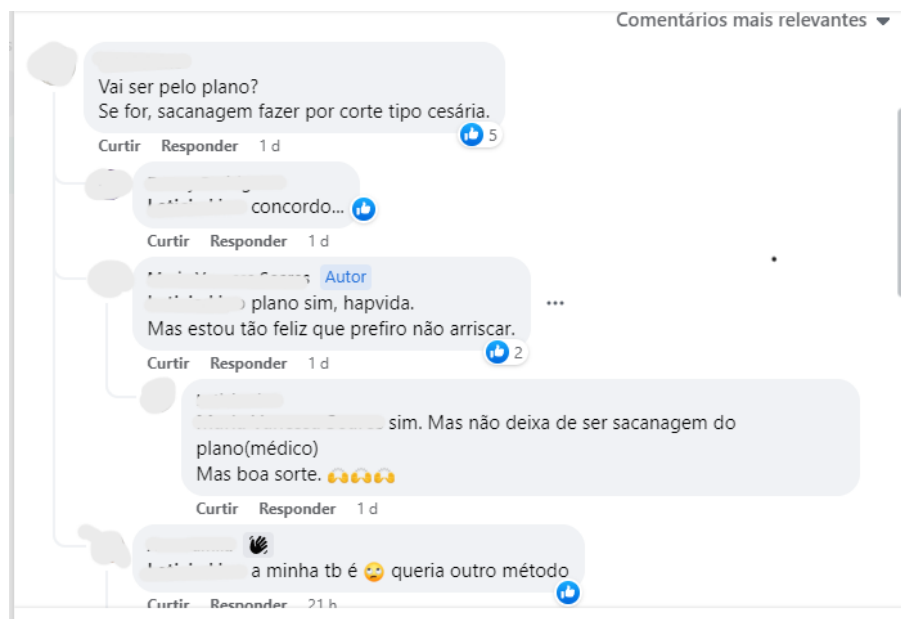


Figura 10: conversa no grupo. print do Facebook. Arquivo pessoal.

As mulheres que realizam a cirurgia pelo Sistema Único de Saúde, em geral, possuem menos opções de escolha quanto ao método da cirurgia. Com menos chances de escolher o profissional, muitas optam por fazer “o que dá”, mesmo que não seja a opção ideal para aquela paciente. Elas reclamam da realização pelo método da laparotomia¹²⁶, ou o corte “tipo cesárea”, pois é considerado um método mais invasivo, que deixa uma cicatriz mais aparente e exige maior tempo de recuperação. No entanto, mesmo na rede pública, algumas conseguem a realização da cirurgia por meio de videolaparoscopia (“por vídeo”) ou “via vaginal”, esta última menos comum, o que depende da técnica do médico e dos instrumentos disponíveis no hospital. Pelo plano de saúde, elas entendem que é possível um maior poder decisório com relação ao método da cirurgia ou a opção pela salpingectomia. Contudo, como fui alertada por um médico, ao rejeitar um método específico, diminuem-se as chances de encontrar um profissional que realize a cirurgia. Não por acaso, algumas preferem operar pelo método que é possível a depender do médico que aceitou realizar o procedimento.

Ainda, muitas procuram a realização da salpingectomia bilateral ao invés da “laqueadura comum”, o que também depende da concordância do médico. Laqueadura é utilizada como termo genérico para a esterilização voluntária, ou refere-se ao estrangulamento das tubas uterinas, seja pela retirada de uma parte das trompas, sua cauterização, amarração ou sutura (“laqueadura comum”), enquanto a salpingectomia é a retirada total das tubas uterinas.

¹²⁶ Laparotomia é a abertura da cavidade abdominal, no que é necessário realizar um corte na barriga da paciente.

Dentre os métodos para realização da esterilização, busca-se, sempre que possível, a salpingectomia, tida como a “mais eficaz” e “irreversível” forma da cirurgia, já que a retirada completa das trompas impossibilita a reversão da cirurgia¹²⁷.

A opção pela salpingectomia e sua importância é constante na comunidade. Elas informam que o método é mais “moderno”, “mais seguro” e “mais irreversível”, pois não há possibilidade de religamento das trompas após a cirurgia, há menos chances de engravidar, e é um método que previne o câncer. Realizar a “laqueadura tubária comum” é uma opção “pior”, mas ainda assim vista como “melhor do que nada” por muitas. Um médico me disse, apesar disso, que as taxas de contracepção são as mesmas entre a “laqueadura comum” e a salpingectomia, mas corroborou com a informação de que havia estudos no sentido de que a salpingectomia preveniria o câncer¹²⁸.

Em entrevista com H., perguntei se a outra administradora, E., com quem nunca tive contato direto¹²⁹, fez a laqueadura, e ela me contou, entusiasmada, sobre a questão da salpingectomia e da “laqueadura comum”, aspecto que já havia percebido no grupo:

H.: Fez. Ah, uma coisa interessante que você pode colocar na sua pesquisa é a diferença entre a laqueadura comum e a salpingectomia. A cirurgia de salpingectomia é retirada total das trompas, que foi a que eu fiz. Eu fiz essa cirurgia, né, e isso foi muito difundido no grupo. **Eu fui uma das pioneiras a fazer essa salpingectomia. E outras mulheres depois que tiveram acesso a esse meu relato, hoje a maioria delas sabe o que é salpingectomia e procuram fazer. Se tornou uma questão cultural do grupo. Elas não querem a laqueadura comum. Querem tirar as trompas inteiras, por questão assim de... a salpingectomia evita câncer de ovário e ela é quase irreversível. Porque tira a trompa toda, então eu vejo isso como uma questão das mulheres que fazem com o objetivo de não se arrependerem, de chegar a tuba completa, porque assim ah, se eu tiver a tuba completa, eu não vou me arrepender e não tem a menor possibilidade de fazer recanalização, diferente da laqueadura comum. Então muitas mulheres já buscam pela salpingectomia. E quando o médico propõe a laqueadura comum, elas se recusam. Elas não querem a laqueadura comum, querem a salpingectomia.** Se você conversar com a E., ela vai te dizer que ela fez a laqueadura comum e a mesma percepção dela é a minha de que **há essa mudança dessa exigência maior de um método completamente irreversível.**
(grifos meus)

¹²⁷ A reversão da laqueadura se dá por meio cirúrgico ou naturalmente, quando há a recanalização ou a desobstrução das trompas. Quando elas são totalmente retiradas, não há como fazer essa recanalização.

¹²⁸ O meu contato com médicos é melhor explorado mais para frente neste trabalho.

¹²⁹ Ela nunca respondeu o meu contato via *messenger* (mensagem privada e direta própria da plataforma do Facebook). A entrevista com H. foi realizada em 23 de novembro de 2022.

Os relatos na comunidade e as pesquisas realizadas pelas integrantes constroem uma narrativa específica acerca da salpingectomia, também denominada de “salpi”, das chances de falha do método e do arrependimento após a cirurgia, com a sua possível reversão.

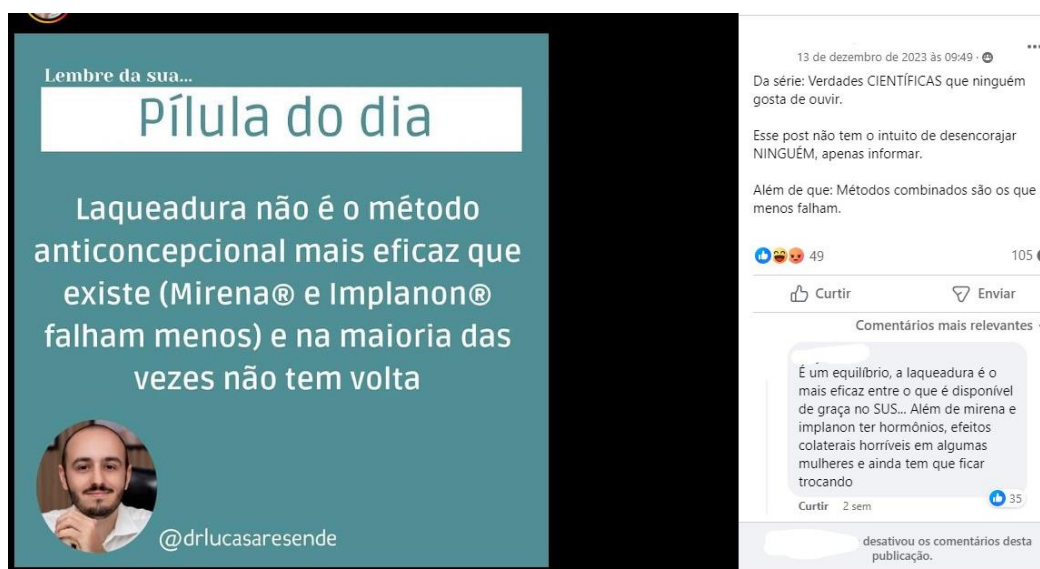


Figura 11: postagem no grupo. Print do Facebook. Arquivo pessoal.

As vantagens da salpingectomia e sua maior segurança são reiteradas muitas vezes. Quando a questão da eficácia dos métodos contraceptivos é levantada, no sentido de que a laqueadura seria igual a outros métodos ou mesmo menos segura do que o DIU, e com a possível chance de falhas no método da esterilização, há uma resposta veemente de contrariedade. Elas questionam estudos acerca dessa eficácia, já que não se considerariam os “novos métodos da cirurgia como a salpingectomia”, que não permite o religamento das trompas. Há também um questionamento acerca de supostos relatos de gravidez após a esterilização. Apesar de possível, elas acreditam que isso aconteça em casos de cirurgias mal realizadas, por métodos antigos ou mesmo que o relato em si seja mentiroso, feito apenas para gerar pânico, já que na salpingectomia não haveria trompas para se regenerarem. Muitas reafirmam, no entanto, que nenhum método é livre de falhas, a não ser “o celibato”, sendo o ideal o uso de dois métodos combinados.

O cuidado com métodos contraceptivos e o seu uso correto é associado, inclusive, com o real desejo de não ser mãe. Quando uma integrante relata que não consegue convencer o namorado acerca da laqueadura ou mesmo do uso de outros métodos anticoncepcionais, os comentários são de crítica à “irresponsabilidade” daquela usuária, que estaria “contando com a sorte” e que não tinha o desejo real de evitar uma gravidez, ou mesmo que o namorado em questão não a amava e que ela deveria terminar, pois ele a colocava em risco.

Uma integrante, ao compartilhar uma publicação de um médico, gerou polêmicas e insatisfação no grupo, tendo os comentários posteriormente desativados:



Continua

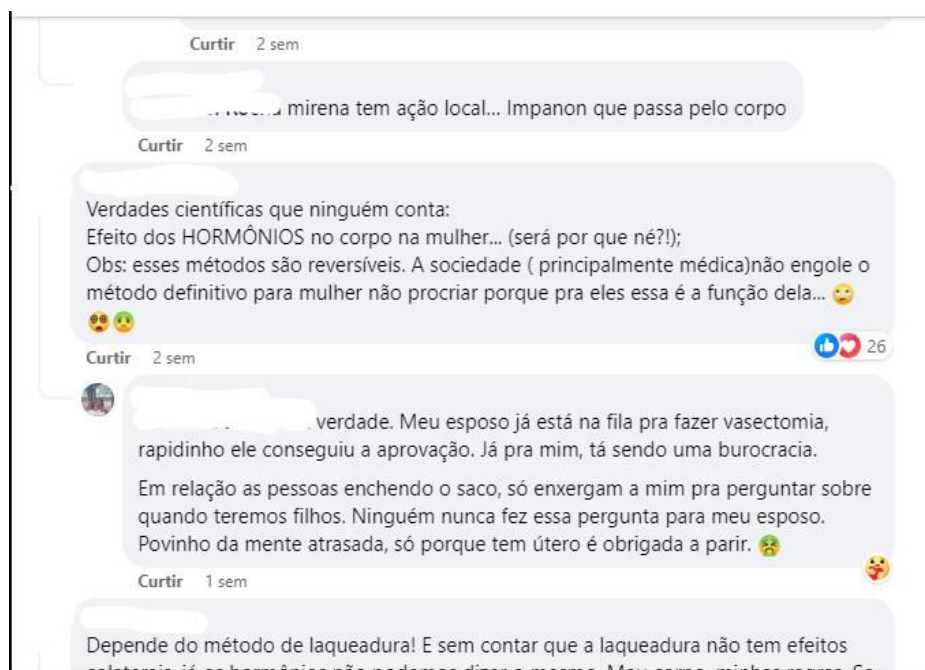


Figura 12: postagem no grupo. print do Facebook. Arquivo pessoal.

Por fim, a escolha pela salpingectomia diz respeito não apenas a uma maior segurança na cirurgia e na prevenção ao câncer, mas à reafirmação de que essa é uma escolha que não implicará em arrependimento, já que esse é um método “mais irreversível”. A salpingectomia representa a certeza pela esterilização e o desejo de não ser mãe.

2.5 - Estratégias e saberes: o saber médico e o saber jurídico

A relação entre médicos e pacientes é um dos aspectos mais explorados pelas mulheres no grupo de “esterilização sem filhos”. Afinal, são eles que permitem ou impedem a paciente de realizar a cirurgia. Para conseguir a esterilização, as pacientes precisam demonstrar que podem e desejam realizar o procedimento, convencendo os agentes de saúde de que estão certas dessa decisão. Muitos profissionais, em sua recusa, apontam a idade, a possibilidade de arrependimento, a existência de outros métodos reversíveis, o fato de não se sentirem à vontade para realizá-la, pelo direito de objeção de consciência, ou mesmo dão informações incorretas acerca dos critérios legais, como a obrigatoriedade de ter dois filhos vivos ou uma idade acima do critério estabelecido na legislação. É comum que condicionem a autorização, ainda, à necessidade de laudo psicológico, exigido pelo médico ou pelo plano de saúde, sendo esta convertida em mais uma etapa para a cirurgia. Como comentamos, são diversos os caminhos e procedimentos possíveis para a realização da laqueadura, que passa não raras vezes por etapas discricionárias dos profissionais envolvidos.

Vejamos um relato feito no grupo, no dia 14 de dezembro de 2021, que exemplifica o papel de diversos profissionais e as dificuldades encontradas para realizar a cirurgia:

25 anos

0 filhos

Plano de Saúde: ASSIM SAÚDE MAX QC

Cirurgião: Dr R. R. (ASSIM TIJUCA)

Psicóloga: M. B. (ASSIM TIJUCA)

Planejamento Familiar iniciado em Copacabana com E. L. e encerrado com a R. S. Assim Tijuca

Depois de encher tanto o saco de vocês com publicação atrás da outra, fiz minha tão desejada cirurgia!

O processo até chegar até a laqueadura foi pesado, exaustivo, me gerou MUITA ansiedade.

Passei por 5 psicólogas no total, com 1 dizendo que nenhum médico aceitaria me operar, outra dizendo que precisava me avaliar primeiro, a terceira dizendo que “vai que eu encontro o príncipe encantado lá na frente” e o tão “você acredita em Deus? Pq Deus envia as pessoas”, minha psico da época que discutia e já ri da minha cara e disse que tinha amigas que desistiram, e a M. B. que é um anjo e super ética que só me fez algumas perguntas e me deu o laudo.

Minha mãe, eu já não moro com ela há 3 anos e nos aproximamos tem no máximo 6 meses também fez o seu devido trabalho de falar que o homem que eu encontrasse me acharia amargurada por ter feito a laqueadura, mesmo eu falando que meu ex era uma pessoa que não queria ter filhos (isso entrou na minha cabeça de uma forma surreal), quando soube falou que ia pedir pra minha vó parar de pagar meu plano em tom de brincadeira, perguntou se eu já tinha feito aborto, que se eu tivesse um filho ela iria cuidar, sendo que já deixei claro pra todo mundo que n confiaria na minha mãe se eu tivesse filho até por não gostar da criação que ela me deu e da pro meu irmão, disse que n entende quem faz cirurgia em gente nova que tá errado e pra finalizar a falta de noção e senso ligou pro meu médico querendo impedir a cirurgia, ele que veio me contar rs.

Comecei todo o processo dia 26 de julho e terminei hoje dia 14 de dezembro, achei que minha cirurgia seria em janeiro como o próprio médico disse quando levei os exames, mas a secretária dele marcou para dezembro, o melhor presente para quem faz aniversário sábado dessa semana, dia 18. Kkkk

Demorei para ir para a sala de cirurgia, quando cheguei lá, a Anestesista pediu para respirar e soltar a respiração no tubo e eu simplesmente apaguei, não entendi nada quando me acordaram ainda na sala e me tiraram de lá, fiquei “será que fizeram a cirurgia msm???? Eu só dormi”

Mas enfim, vim pro quarto, tô linda e bela andando e sentada (tanto que o médico e a anestesista ficaram???) só que com dor nos pontos mesmo tendo dipirona no soro. Cheguei no hospital às 11h, saí do quarto às 13:05h e voltei 15:58h, vou receber alta amanhã às 18h.

Muito feliz gente, sério! Já tenho DIU de cobre e agora finalmente esterilizada, chega de teste de gravidez e me entupir de anticoncepcional!

TÔ LAQUEADAAAAA

Edit: 10 meses de cirurgia (16 de outubro de 2022)

Perguntas que a psicóloga fez:

-Tem filhos?

-Faz acompanhamento com psicólogo?

-Por que não quer ter filhos?

-Conhece outros métodos contraceptivos? E nessa falou sobre os outros métodos que ela era obrigada a falar sobre e me deu o laudo.

A equipe da cirurgia é maravilhosa, respeitosa demais, tudo impecável, o único problema que eu tive foi em ter que dividir o quarto com uma senhora de idade, mas o problema foi em relação a luz e visitas dela, como em qualquer divisão de quartos né, mas fora isso não tive o que reclamar.

O pós-operatório foi muito tranquilo: evitei de subir escada, pegar peso, comer coisas que não pode, respeitei até demais os 30 dias sem atividade física, bebida alcoólica só depois de 1 mês da cirurgia. A dor dos pontos eram muito poucas, mas vai de cada um.

Em relação a menstruação não posso falar muito pois como falei na publicação eu tenho DIU desde outubro de 2021, minha menstruação só voltou em março muito irregular e só em julho voltei a menstruar “”””” direito””””” Duração 7-9 dias. Antes do DIU eu usava Injeção mensal.

Adicionei foto de como a cicatriz está agora com 10 meses, não passei nenhum cicatricure da vida pra ela sumir e nem pretendo.

(grifos meus)

O relato de sucesso faz parte da finalização de um processo normalmente longo. A mulher que se utilizou do grupo para conseguir a cirurgia agora compartilha a sua experiência com as outras, passa dicas de profissionais, desabafa sobre as críticas recebidas por terceiros, como familiares, amigos e profissionais - todos os percalços vividos até a realização de um “sonho”, o final feliz de conseguir se laquear. Elas informam o local de cirurgia, o método utilizado, os exames e documentos requeridos, se foi por meio particular ou público, o processo de recuperação, incluindo fotos do pós-operatório e da cicatriz, dentre outros.

A internet é, assim, utilizada como estratégia para a busca de informações, que permite se contrapor ao saber médico por meio do saber jurídico e obter um maior número de informações para suas dúvidas, medos e sentimentos. Com as informações obtidas, de ordem técnica, como conhecer todo o procedimento médico e as leis que a amparam, 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 podemos notar: salpingectomia bilateral, laqueadura tradicional, ANS, CFM, dentre outros. Essa busca por conhecimento especializado, como aponta Vargas (2010, p. 141) se dá pela possibilidade “de discutir em posição mais igualitária com os médicos”. É, em resumo, uma forma de resistência (Foucault, 1995) encontrada pelas pacientes que desejam realizar o procedimento¹³⁰.

Assim, 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

¹³⁰ Foucault sugere utilizar formas de resistência para analisar as diferentes formas de poder, o que ele também chama de antagonismo de estratégias: “Mais do que analisar o poder do ponto de vista de sua racionalidade interna, ela consiste em analisar as relações de poder através do antagonismo de estratégias” (Foucault, 1995, s/p)

esses sujeitos que detêm a autoridade (Bourdieu, 2008) para definir se aquela mulher deve ou não operar. O médico, precipuamente, é aquele que possui o poder simbólico institucional da medicina, aquele que detém a técnica. Ao se confrontarem com o discurso autorizado¹³¹ 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” como mecanismo para confrontar esse saber.

No entanto, ainda que munidas de informações, a autoridade¹³² dos médicos é tão significativa que algumas mulheres têm dificuldade de confrontar as informações dadas por eles, sentem-se vacilantes e em dúvida sobre o que é dito, mesmo que “saibam dos seus direitos” e da razão que lhes assiste por meio, sobretudo, de instrumentos jurídicos. A questão é que mesmo que se utilizem e se apropriem de termos médicos, as pacientes, em regra, não têm um discurso reconhecido e nem o capital simbólico¹³³ da instituição médica ou jurídica. São consideradas “leigas”, “ignorantes” e “desinformadas”, levadas a pensar que “se confundiram” ou não compreenderam bem aquilo que alegam.

Não por acaso uma das primeiras orientações que elas recebem umas das outras é que levem a lei impressa e busquem entender o seu conteúdo, para mostrar ao profissional que se recusa a realizar a cirurgia ou que dá informações incorretas.

Em 17 de outubro de 2022, uma mulher publica:

Um filho é uma responsabilidade para o resto da vida, não quero ser responsável por outro inocente. Será que já posso fazer a laqueadura pelo SUS? Tenho 29 anos

¹³¹ 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)

¹³² Nas palavras de Bourdieu (2008, p. 95): “A eficácia simbólica das palavras se exerce apenas na medida em que a pessoa-alvo reconhece quem a exerce como podendo exercê-la de direito, ou então, o que dá no mesmo, quando se esquece de si mesma ou se ignora, sujeitando-se a tal eficácia, como se estivesse contribuindo para fundá-la por conta do reconhecimento que lhe concede.”

¹³³ Girargi Jr. (2017, s/p) explica que Bourdieu, ao deslocar conceitos linguísticos tradicionais, pensa a competência da linguagem como uma forma de capital simbólico que não pode ser separada da posição do interlocutor no meio social: “A produção de um enunciado a partir das posições ocupadas pelos seus respectivos enunciadorees nos campos (acadêmicos, políticos, midiáticos, literário etc.) e a partir do capital simbólico acumulado por eles (em suas lutas simbólicas anteriores nesses campos), cria as condições para um verdadeiro jogo social de produção de uma ordem discursiva”.

A resposta de outra integrante é a seguinte:

Sim, leva a lei do planejamento familiar impressa em todas as consultas, e leia até entender, quando falarem que vc¹³⁴ não tem direito vc ler a lei pra pessoa e mostra que vc conhece seus direitos.

Vá a um posto de saúde do seu bairro ou cidade e peça para marcar consulta para o planejamento familiar, lá vc fala ao médico que quer fazer a laqueadura e já tem a idade pedida pela lei.

Entra nesse grupo LAQUEADURA PELO SUS.

(grifo meu)

O primeiro passo, portanto, é conhecer os critérios legais, e levá-los consigo nas consultas. A orientação é que a paciente “se mantenha firme”, demonstre que “conhece os seus direitos” e que quer realizar a cirurgia. Deve demonstrar, ainda, que conhece, mas não deseja outros métodos contraceptivos. Caso o profissional de saúde insista na recusa, é preciso anotar a sua identificação (como, por exemplo, o CRM do médico) e denunciá-lo na Agência Nacional de Saúde (ANS) ou, nos casos dos planos de saúde, na ouvidoria do plano e depois, caso necessário, na ANS.

No dia 24 de março de 2023, uma integrante, R., publicou uma dúvida acerca do procedimento pelo SUS, diante da falta de orientação no posto de saúde da sua região, e recebeu orientação de J.:

R: Meninas, preciso de ajuda de vocês. Queria saber se alguém de vocês entraram com ação judicial para conseguir a laqueadura pelo SUS.

Tenho dúvidas sobre a espera do processo e financeiro, alguém tem essas informações?

J: Acho que todas as meninas conseguem sem precisar recorrer à via judicial. Vc já cumpriu todas as etapas?

R: então, pelo posto de saúde que eu vou, eu comento sobre laqueadura e começam a rir da minha cara, sabe? Um desrespeito total.

Não sei quais são os processos aqui por falta de empatia das pessoas que trabalham no posto

J: infelizmente isso não é suficiente para uma ação judicial.

1. Vc tem que pedir o encaminhamento para o planejamento familiar.

2. Depois da negativa formal, deve registrar uma reclamação na secretaria municipal de saúde, ouvidoria do SUS e ANS.

3. Depois que tiver essas negativas, procure o ministério público sua cidade.

4. Somente após tudo isso der errado é que você deve cogitar a ação judicial.

R: obrigada pela orientação! Segunda-feira eu vou procurar correr atrás disso! Eu estava crente que eu tinha que esperar anos pra conseguir laqueadura pelo SUS, e seria somente pela ação judicial.

Foi de muita valia seu comentário

J: vai dar certo!

A: Pelos relatos aqui do grupo, não existe necessidade de chegar a instância jurídica. Basta entrar em contato com a ANS (Agência Nacional de Saúde) que regra e fiscaliza o que acontece no SUS e o retorno com a indicação do

¹³⁴ Abreviação comumente usada no mundo digital que significa “você”.

médico/a que realiza a cirurgia acontece e os encaminhamentos também. O mesmo caminho - via ouvidoria e ANS - vale para os planos de saúde particulares, não há necessidade de entrada com processo judicial.

R. queria entrar com um pleito judicial, mas outras integrantes explicaram que isso não era necessário, e que todas as mulheres conseguiam realizar a cirurgia por meio de reclamações na Agência Nacional de Saúde, sem necessidade de ingressar com uma ação judicial. O passo a passo fornecido pelas outras mulheres orienta R. a como proceder no retorno ao Posto de Saúde, onde não foi informada acerca do procedimento e sente que foi tratada com descaso. Há também orientações no sentido de gravar a consulta médica, com intuito de embasar possível denúncia posterior. Como explicou A., no caso dos planos particulares, a reclamação se dá pela ouvidoria e pela ANS, já que os planos de saúde são obrigados por lei a fornecer um profissional que realize o procedimento.

Em outubro de 2022, a paciente P., do Rio de Janeiro, pediu orientação no grupo. Relatou que era a terceira vez que tentava fazer a laqueadura pela clínica da família. Na última vez, a médica a encaminhou para o planejamento familiar. Um mês depois, ela recebeu uma ligação e, ao chegar no posto de saúde, havia apenas uma enfermeira na sala, que não sabia o motivo de ela estar ali. P. informou que queria fazer a laqueadura e a enfermeira perguntou quantos filhos ela tinha, no que P. respondeu que nenhum. Então, a enfermeira disse que ela precisava esperar até março, quando a nova lei entrasse em vigor. A paciente pegou a lei de dentro da bolsa, mostrou que a lei vigente valeria para ela e explicou o que foi mudado para o próximo ano. Diante disso, a enfermeira foi falar com a supervisora para saber se poderia fazer o planejamento apenas com P. A supervisora, por sua vez, disse que a lei foi revogada e que P. não poderia fazer a cirurgia por não ter filhos. Achando um absurdo, a paciente disse que havia mulheres sem filhos fazendo a cirurgia, inclusive pelo SUS. A enfermeira admitiu desconhecer a norma, tirou foto da lei impressa, informou que iria verificar e dar um retorno. Após um mês, uma agente de saúde passou em sua residência para marcar uma consulta, pelo Outubro Rosa. Como junto dela estava aquela mesma enfermeira, P. perguntou por notícias. A enfermeira disse que era aquilo que a supervisora havia dito. A agente e a enfermeira falaram que seria muito difícil conseguir, que havia mulheres com seis filhos querendo realizar a cirurgia sem sucesso, tentando desanimá-la. P. não se sentiu bem, mas afirmou que foi firme ao dizer que estava há anos buscando a cirurgia, que era um direito seu e que sabia das dificuldades, mas contava com a ajuda delas. Por fim, pediu a orientação:

Eu vou ter a consulta com a médica mês que vem. Gostaria de saber o que falar e como proceder, porque acho que vão deixar meu caso para lá de novo. A médica não se opôs à minha vontade e não falou nada, mesmo sabendo que eu não tenho filhos. **Como eu devo proceder para conseguir convencer [!] esse pessoal da clínica que a lei permite que eu faça laqueadura?** (grifo meu)

O relato de P. não se trata de um caso isolado, mas um relato comum no grupo. A negativa ocorre por motivos diversos, em especial no que diz respeito ao critério legal que estabelecia a idade mínima de “25 anos ou dois filhos vivos”, que se tornava, muitas vezes, “25 anos e dois filhos vivos”, “30 anos e dois filhos vivos”, e assim por diante. Além disso, após a publicação da nova lei (Lei 14.443/2022), agentes de saúde informavam que a paciente deveria esperar a sua entrada em vigor para realizar a cirurgia, já que a anterior, por exemplo, exigiria a necessidade de dois filhos vivos.

Assim, mesmo preenchendo os requisitos anteriores à mudança legal, mulheres eram orientadas a aguardar até março de 2023, quando entraria em vigor a nova legislação. Nesse caso, as mulheres recomendaram a P. denunciar as funcionárias e o posto para a ANS, relatando que denúncias como essas costumavam funcionar. Ainda, sugeriram que ela gravasse as próximas consultas e pedisse uma negativa por escrito para ter provas do ocorrido.

A denúncia na ouvidoria do SUS e na ANS costumam ser os caminhos mais práticos para que a paciente consiga realizar a cirurgia quando a insistência e a persuasão aos agentes envolvidos não funcionam. Algumas acreditam que as funcionárias não desconhecem a lei, mas assim o dizem com o intuito de enganar as solicitantes e dissuadi-las de sua escolha. Ao insistir, algumas conseguem a continuidade do procedimento, mesmo que o agente de saúde informe que dificilmente dará certo. O argumento de que há muita fila de espera e de que é difícil conseguir a cirurgia, já que mulheres jovens e sem filhos não seriam prioridade - prioridade essa dada às mães de muitos filhos ou a cirurgias de emergência - também é comum. Há relatos de médicos que também afirmam desconhecer a lei ou dizem que há necessidade de dois filhos vivos. Outra paciente informou, em outubro de 2022, que em seu posto de saúde havia a obrigatoriedade de acompanhamento de um familiar como testemunha para pacientes com menos de 35 anos. É de certa frequência a necessidade de uma testemunha e certas integrantes pedem dicas sobre quem levar ou não, recomendando-se a presença de outra mulher ao invés de namorados ou parceiros.

Além de ter de convencer médicos, é preciso, por exigência de alguns deles, passar por um psicólogo ou psiquiatra, o que por vezes se converte em um empecilho a mais para a cirurgia ou, pelo menos, fonte de muitas dúvidas. As mulheres perguntam às outras o que devem dizer

e como dizer, com receio de serem recusadas por algum critério pessoal que as tornariam inaptas para aquela escolha. Por exemplo, acerca da dúvida sobre ter filhos ou a possibilidade de adoção, recomenda-se que a paciente não informe que deseja adotar ou demonstre qualquer dúvida sobre a escolha pela esterilização, mantendo-se “firme”. Acerca de traumas pessoais, ou questões de saúde mental, recomenda-se que elas também não o informem. Elas têm o receio de serem de alguma forma estigmatizadas e consideradas inaptas para realizar a escolha da esterilização, baseando-se em aspectos da sua vida privada que a tornariam menos confiáveis para aquela decisão.

T. é uma psicóloga presente no grupo e que é frequentemente recomendada como alguém de confiança para a realização do laudo solicitado. Ter esse contato - de uma profissional disposta a dar um laudo positivo às pacientes - é outra estratégia utilizada pelas mulheres, para além da recomendação de médicos. Profissionais dispostos a fornecer o laudo para a cirurgia são considerados “corretos”, “justos” e “imparciais”, enquanto os que o negam, principalmente diante de critérios diversos aos da lei, por características da paciente ou diante da possibilidade de arrependimento, são considerados “maus profissionais”.

Temos, em publicação de novembro de 2022:

C.: [indicação][psicóloga][psicólogo][laudo psicológico][são paulo - sp]

Oi, meninas! Tudo bem?

Gostaria de indicações de profissionais que forneceram o laudo psicológico a vocês de uma maneira “justa”, imparcial, e tranquila.

Eu finalmente achei um médico que aceitou fazer minha cirurgia (é o dr. B., **já muito falado aqui no grupo**), mas ele pede laudo psicológico, e eu estou tendo dificuldade justamente nessa parte. Ele disse que só vai mandar todos os papéis para o convênio para solicitar a cirurgia com o laudo em mãos. Então só depois que eu conseguir o laudo que o médico vai encaminhar os papéis pra iniciar todo o processo.

As profissionais com quem conversei foram totalmente contra minha decisão, e a que eu estou passando agora falou que eu não “atendo aos requisitos para obter o laudo segundo o conselho de psicologia” (que segundo ela são: ter pelo menos 28 anos, ter filhos, ser casada há muitos anos e ter comorbidades), e que por isso vai ser muito complicado embasar o laudo. Disse que está fazendo isso pela minha segurança, porque um arrependimento pode me mudar pra sempre, mas ignora quando eu questiono sobre como o arrependimento de TER um filho indesejado pode me mudar ainda mais.

Só achei a indicação da psicóloga S., mas entrei em contato e ela está afastada sem previsão de retorno.

Por favor, me ajudem! Eu nunca imaginaria que eu encontraria um médico, mas teria dificuldade justo nessa parte! O profissional pode ser de São Paulo pra atendimento presencial, mas de qualquer lugar caso atenda à distância.

Obrigada!

(grifos meus)

Os comentários são os seguintes:

1: **Não tenho indicações porque felizmente não precisei passar por essa palhaçada (não existe outro nome para um psicólogo tendo a conduta de te privar de um DIREITO). Mas te sugiro fortemente que denuncie as psicólogas que te atenderam!**

2: como faço para denunciar?

C.: não tinha pensado nessa possibilidade, de denunciar as profissionais. se é que podem ser chamadas de profissionais, né?

3: **Tem a psicóloga T. que já atendeu várias pessoas aqui do grupo por vídeochamada, inclusive eu. Fiz minha salpingectomia em junho e deu tudo certo. Ela é ótima.**

C.: muito obrigada pela sugestão!

já mandei mensagem no messenger para a T.

4: Olá

Sou psicóloga, e trabalho com Planejamento Familiar no SUS. E faço também atendimento online.

Se quiser, me chama no direct¹³⁵ que passo meu contato.

Só uma observação: Não existe essa regra do CRP sobre critérios. O que vale é a lei federal do Planejamento Familiar

5: **Eu passei com a T.**

Um amor de pessoa, super indico

6: Aí gente de vdd uma palhaçada viu, eu prefiro me arrepender de não ter do que ter.

7: Eu não precisei nem de laudo psicológico. A ans não pede mais, a própria Unimed me informou.

C.: então, não é obrigatório mesmo. mas o médico tem “direito” de pedir, pra se resguardar.

8: Comigo aconteceu a mesma coisa! **Daí passei com a T. e deu certo, super recomendo**

9: Eu sou psicóloga perinatal, se quiser pode falar comigo para gente agendar a avaliação (número de telefone)

Ah, não existe essa regra aí do conselho de Psicologia. **Inclusive, cabe denúncia a comissão de ética por essa profissional ter tentado te enganar.** (Grifos meus)

Sobre a presença de maridos, companheiros ou namorados, há a indicação de que eles não sejam mencionados ou levados em consultas. Isso porque, havendo um marido ou companheiro, indica-se a vasectomia, mais fácil de conseguir do que a laqueadura, além do argumento de que poderá surgir a vontade de ter filhos no futuro. Sem um companheiro, entretanto, há a justificativa de futuramente encontrar um parceiro que queira ter filhos. A ideia de que o desejo de um filho por parte do parceiro possa fazê-las mudar de ideia é considerada “absurda”, apesar de relatos de terminos e problemas de relacionamento diante da recusa em ter filhos. Uma integrante, por exemplo, conta que o namorado terminou com ela por ter desistido de esperar ela mudar de ideia. Muito criticadas, mulheres que escolhem ter um filho por conta de um novo parceiro são

¹³⁵ *Direct* é um termo utilizado para se referir à mensagem privada e direta existente no site do Facebook.

consideradas aquelas que já possuem filhos, sendo também estas que se arrependem e desejam realizar a reversão, o que não aconteceria com mulheres que não possuem filhos.

Em outubro de 2022:

B.: [dúvida-planejamento familiar] [entrevista com a enfermeira]

Bom dia, meninas. Fui chamada pela Ubs para comparecer na próxima segunda na entrevista com a enfermeira. Como não sou casada, pediram para que fosse acompanhada de uma testemunha. Dúvida: posso levar meu namorado como testemunha? Achar que pega mal ou posso ter problemas com isso ou é tranquilo? Obrigada!

Edit: Meninas, optei por levar uma mulher, alguém de minha confiança. Pensei e nada melhor que outra mulher pra somar e nos apoiar na hora. Logo publico mais uma atualização dessa saga!

Essa postagem possui 18 comentários, todos no sentido de que ela não deveria levar o namorado e que algumas não precisaram de testemunha, não sendo uma exigência legal. A autora do post, B., trocou os seguintes comentários com C., uma integrante do grupo:

C.: A necessidade de testemunha não consta da lei, pode ser uma regra da UBS, na minha opinião é sempre uma segurança pra nós, além de app de gravação no celular. Eu levei uma amiga, considere que é outra mulher e o respeito que tem pela minha autonomia... Se você acha que não corre o risco de seu namorado ir contra na hora, ou de ser convencido pela ladainha do arrependimento e trocar de lado, leve.

B.: C., concordo. É uma segurança pra nós. Eu só o levaria porque está em férias. Mas optei por levar uma mulher, minha amiga de confiança.

C.: infelizmente eles, por mais amados e confiáveis que sejam, são educados para serem nossos donos. E quando o assunto é reprodução, o cara mais legal se acha que você deve ter um filho dele, fica do lado do filho que ainda nem existe e acha que você é que tem que mudar. Boa sorte, que corra tudo bem.

B.: Assino embaixo. Homem, tem que confiar desconfiando mil vezes. Ele também está atrás da vasectomia, mas de qualquer forma a luta feminina só entende quem é mulher.

A presença masculina, no geral, é vista com desconfiança, já que eles não compreenderiam o desejo e a luta daquelas mulheres pela cirurgia. Algumas mulheres relatam que seus parceiros têm medo de realizar a cirurgia ou acham um exagero, ou mesmo temem consequências diversas do procedimento. Ainda que dispostos a realizar a vasectomia, entende-se que a laqueadura ainda deve ser realizada, já que se trata de algo que diz respeito ao corpo da mulher, uma escolha pessoal daquele indivíduo, e não simplesmente uma realização do casal. No entanto, quando possível, recomenda-se que o homem realize a esterilização, principalmente quando a mulher em questão tem um companheiro e apresenta dificuldades em realizar a cirurgia, processo que pode levar anos na trajetória de algumas.

2.6 - Para além do arrependimento, as consequências físicas e psicológicas

Muitas mulheres relatam se sentir humilhadas pelo tratamento recebido ao tentar realizar a cirurgia e usam o espaço do grupo para desabafo e pedidos de conselhos. Diante de tantos empecilhos, as integrantes se sentem num verdadeiro processo de luta, processo este que envolve emoções diversas como ansiedade, incerteza, medo, raiva, mas também alegria e alívio. A forma como foram tratadas em cada etapa e por cada sujeito faz parte do relato, seja de maneira positiva ou negativa. Esses aspectos de tratamento também fazem parte da dimensão de “julgamento”, o que vai ser mais bem descortinado no próximo capítulo. Assim, o espaço do grupo também serve para apoio mútuo, no que umas dizem para as outras “se manterem firmes”, serem “fortes” e “não desistirem” diante de negativas. A insistência é primordial para que elas consigam realizar o procedimento, mesmo diante de dificuldades iniciais.

Ainda que menos comum, etapas diversas no processo podem gerar dificuldades, como, por exemplo, com relação ao plano de saúde. O mais usual, nesse contexto, é que a operadora não indique médicos que realizem a cirurgia em mulheres sem filhos, algo que só costuma acontecer após reclamações na ANS. Independentemente do que estabelece a lei, o plano alega ter critérios próprios para a realização da cirurgia, valendo a “lei do plano”, assim como há a “lei do posto”, do médico ou do funcionário responsável pela autorização. Esses “incrementos” servem, argumentam, para resguardá-los de posterior “processo” por parte da mulher, que pode se arrepender do procedimento no futuro.

Uma integrante relatou:

Mas quando fui no plano de saúde para assinar os papéis me trataram com muita ignorância. A moça da auditoria disse que não iriam autorizar porque a lei não permitia, mostrei a lei pra ela e ela disse que era a "lei do plano". Me encaminharam para outra psicóloga mesmo eu já tendo um laudo de uma psicóloga credenciada pelo plano e não quiseram nem pegar o meu laudo. Fui na outra psicóloga e ela não fez laudo nenhum, só preencheu um formulário com algumas informações (tipo idade, quantos filhos, etc.) e me disse a mesma coisa, que o plano não autorizaria por causa das leis deles, mesmo eu mostrando a lei do planejamento familiar pra ela.

Logo, para além do desconhecimento da lei, um dos argumentos utilizados por médicos e outros agentes de saúde é a questão do arrependimento e da existência de outros métodos contraceptivos reversíveis como o DIU. Apesar de a paciente já chegar no consultório com a certeza da escolha pelo método da esterilização, médicos buscam convencê-la a utilizar outro método, que seria considerado por ele o mais adequado, em consonância com o a oferta

seletiva de métodos contraceptivos (Brandão e Cabral, 2021), que desconsidera a vontade daquela mulher em específico por um método ou outro.

Uma integrante relatou:

Quando eu entrei no consultório ele me perguntou o porquê de eu estar lá e eu disse logo: quero fazer salpingectomia. Ele falou que ok, mas que queria entender melhor meu ciclo. Perguntou quantos dias de ciclo, o fluxo, cólica e tudo mais (no meu caso meu ciclo é bem normal, acho que só as vezes dura um ou dois dias a mais com escape e tenho cólica ocasionalmente).

Em seguida, depois dessas perguntas e de histórico de doença na família etc., **ele falou que a melhor opção pra mim seria o colocar o diu mirena/hormonal.** Eu falei que não queria e que, como eu tinha falado antes, eu já tinha o diu de cobre, para mim não fazia sentido trocar um diu por outro. Ele insistiu muitas e muitas vezes sobre colocar o diu mirena e falou que se eu quisesse o diu mirena ele ia pedir lá na hora e que assim que fosse liberado já podia colocar. eu falei, de novo, mais uma vez, que eu não queria e que eu queria a salpingectomia. **ele insistiu falando que eu poderia mudar de ideia e que se eu arrumasse um marido que quisesse depois e que ia me arrepender e tudo mais.**

Pela última vez falei que queria fazer a salpingectomia era isso, que eu já tinha pesquisado, que eu conhecia os outros métodos, mas era esse que eu queria. Ele disse que como eu insisti ele faria, mas faria a laqueadura e não a salpingectomia. Falei que eu não queria e ele já foi levantando meio que me "expulsando" da sala e falou que então eu deveria procurar outra pessoa e ligar antes para confirmar que a pessoa faz a salpingectomia e que ele não tinha ninguém para indicar.

Minha não recomendação para ele vai principalmente porque achei ele pouco cordial e meio grosso. No próprio doctoralia diz que ele faz SALPINGECTOMIA, ele que deveria ajustar lá ou sei lá. fui embora.
(Grifos meus)

Apesar do arrependimento ser o fator mais comum, alguns profissionais relatam não querer realizar a cirurgia por “medo de serem processados” e por questões pessoais, religiosas ou filosóficas, que seria a escusa de consciência, o que pretendo desenvolver melhor mais para frente neste trabalho, quando contar sobre minha conversa com alguns profissionais de saúde.

Ainda, aumento de peso, perda de libido, mudanças no ciclo menstrual, menopausa precoce, são alguns dos medos e dúvidas relatados na comunidade. Em algumas ocasiões, essas possíveis consequências da cirurgia, ou efeitos colaterais, partem de médicos ou conhecidos, como um companheiro ou namorado. Uma integrante relatou que o seu namorado apoiava a sua escolha pela laqueadura, mas disse ter medo de que ela, após a cirurgia, perdesse a vontade sexual. Ela pedia que as outras relatassem como estava a vida sexual após a cirurgia no intuito de convencê-lo.

Os relatos e dúvidas acerca de efeitos colaterais costumam ser rechaçados de forma veemente, já que, como elas dizem, a cirurgia não tem efeitos hormonais, que são gerados pela

interrupção de outro método contraceptivo, tal qual a pílula anticoncepcional, o implante subcutâneo ou o DIU hormonal. Uma integrante relatou, em fevereiro de 2023:

Boa tarde meninas, vim contar pra vcs sobre meu processo de laqueadura sem filhos, tenho 24 anos, sem filhos e fui procurar ajuda com minha ginecologista e ela me passou pro planejamento familiar, agora estou na espera. Mas estou pensativa sobre algumas coisas que ela disse e queria opinião de vocês, **ela disse que vou me arrepender pelo resto da minha vida pois irá me causar problemas seríssimos e vou ter que fazer até reposição de hormônios caríssimos, vai me causar hemorragia, e que terei problemas com a menopausa futuramente, e disse também que o médico que for fazer minha cirurgia lá na hora pode simplesmente recusar por questões da ética dele, religião e blá blá blá...** Qual opinião de vcs a respeito disso? (grifo meu)

A postagem tem 98 comentários, de modo geral questionando a postura e a formação da médica, esse poder-saber médico, dizendo que ela seria “desinformada” e “mentirosa”, e que estaria apenas tentando desestimulá-la, já que a cirurgia não causaria nenhum desses problemas, ou que eles seriam “raros”. Por não haver a retirada dos ovários, responsáveis pela produção hormonal, a cirurgia não poderia ser responsável por mudanças hormonais. Uma participante comentou, ademais, que uma gravidez geraria bem mais riscos e ninguém era impedido de engravidar, argumento comumente utilizado no grupo quando a cirurgia é questionada ou mesmo quando o argumento do arrependimento é levantado. A comparação com o mal maior da gravidez é no sentido de que uma gravidez traria consequências muito mais sérias e danosas do que uma possível consequência cirúrgica.

Em janeiro de 2020, há uma dúvida parecida:

Meninas, finalmente quando achei um médico disposto a executar o procedimento, ele me colocou um monte de problemas e dúvidas sobre a laqueadura. Alguém sabe me esclarecer?

- aumenta terrivelmente o fluxo menstrual e cólicas
- deixa os hormônios fora de controle
- pode causar menopausa precoce
- piora acne e seca o cabelo
- aumento de peso

*** e por conta de tudo isso vc ainda fica obrigada a continuar tomando anti concepcional! ***

É isso mesmo? Eu não quero ter filhos mas tb não queria tomar anti concepcional a vida inteira com medo! No fim ele me sugeriu o diu de prata, pq tenho útero pequeno e o normais tem chance grande de rejeição.

Alguém pode me esclarecer?

Essa publicação possui 55 comentários. Um deles diz que é “tudo mentira”, resumindo bem o que é dito e reforçado pelas outras integrantes:

Tudo "mentira". Conheço um monte de laqueadas a vida delas é normal. A menstruação não aumenta em nada. Ela só volta a ser como ela sempre foi. Se ela era desregular volta a ser desregular, se era normal, volta normal, etc. Acne só se você tiver problemas com isso e cabelo!? O que menstruação tem a ver com cabelo? Cabelo é vitamina e água que vc tem que se preocupar. Seus homônimos serão como sempre foram, vc, não vai tirar o útero, vai? Pois é! **Ele tá dizendo isso só pra te amedrontar! Não vai na dele não amiga, continua firme na sua decisão porque esse médico só tá dizendo isso pra te fazer desistir! Não desiste não tá? É a sua vontade! Continua firme e forte, e volta pra contar como foi!** Beijos. 🥰🥰
(Grifo meu)

A autora da publicação agradeceu à ajuda: “Obrigada pela força!! Homens sendo homens né, ele só quis me colocar medo e me fazer questionar minha decisão. Acabei caindo 🙏 sorte que tenho vcs para me ajudarem💜💜💜” (grifei).

Os entraves para a cirurgia são vistos como uma forma de ingerência indevida de terceiros sobre o corpo da mulher, que, certa da esterilização, deve ter essa decisão respeitada, já que ela atenderia aos critérios legais. Os relatos no grupo de que a cirurgia não lhes causou “nenhum mal” serve para desconstruir os possíveis sintomas alegados por profissionais de saúde, que apenas querem dissuadir a paciente por meio da desinformação e do pânico. Munidas de estudos e de fontes próprias, ou mesmo da experiência de outras pacientes, esse poder-saber médico é questionado e colocado em descrédito. Diante de uma postura médica considerada de qualquer maneira inadequada, sugere-se a denúncia para a ANS ou para o Conselho profissional. No mais, sugere-se que a paciente não retorne a se consultar com aquele profissional, pois ele não seria confiável¹³⁶.

Vimos, portanto, que são diversos os entraves encontrados pelas mulheres do grupo para realizar a cirurgia da esterilização, tais como o que H. chama de “corpo físico”, isto é, as mudanças corporais indicadas como efeitos colaterais da cirurgia; o “emocional”, que diz respeito aos parceiros afetivos, principalmente, e à família, já que a decisão de não ter filhos diria respeito a uma escolha pela solidão, diante da falta de constituição familiar tradicional e a falta de alguém para cuidar dessa mulher na velhice, comumente associada ao papel dos filhos. Por fim, o “arrependimento”, que seria justamente uma mudança de ideia da mulher, marcada sobretudo pelo desejo de reversão da cirurgia, e o consequente medo médico de ser processado no futuro. Ainda, há quem negue a cirurgia por motivos de caráter pessoal, como discordância

¹³⁶ Há integrantes que sugerem que a paciente não faça a cirurgia com um médico que se mostrou muito relutante ou trouxe informações consideradas incorretas por elas, pois ele poderia de alguma forma enganá-la e mesmo não realizar a cirurgia de maneira correta. Algumas, ainda, buscam confirmação da cirurgia, de alguma maneira, por meio de algum exame que possa aferir a ausência ou o corte das trompas. No entanto, costumam ser alertadas que tal exame é difícil e arriscado.

filosófica ou religiosa, e os que informam critérios diversos dos da lei, como a necessidade de dois filhos vivos ou idade superior à prevista.

A comunidade existe, por conseguinte, para orientação, no objetivo de munir as mulheres ali de estratégias para conseguirem realizar a esterilização, diante dos diversos entraves que elas encontram durante o processo. Surge, ainda, como uma rede de apoio para a escolha pela laqueadura tubária, e para reafirmar a escolha pela cirurgia quando esta é questionada por outros atores, em especial médicos, que possuem maior poder de persuasão diante das pacientes. Os agentes de saúde não apenas negam a esterilização diretamente, o que também acontece, mas tentam dissuadir as mulheres por meio da imposição de critérios discricionários, ou alegando um possível arrependimento, ou sugerindo outros métodos contraceptivos, ou alertando sobre possíveis efeitos colaterais, o que leva a medos e dúvidas. É preciso criar mecanismos para se esquivar desses entraves, seja por meio de ações - o que fazer diante de uma negativa, qual passo realizar a seguir, a quem ou a que instituição recorrer - seja em sua subjetividade, com apoio mútuo diante dessa escolha que é por diversas vezes questionada, fazendo muitas vezes que a paciente passe a duvidar de si e de suas decisões.

CAPÍTULO 03 - “O PROJETO ÁRVORE SECA”: SONHOS E VALORES COMPARTILHADOS NO GRUPO “ESTERILIZAÇÃO SEM FILHOS”

“Deixei tudo isso, sem querer confessar que o meu interesse materno era menor que meu desejo de fuga e expansão”

Pagu

Nesta parte, pretendo trazer um pouco do universo compartilhado entre as mulheres do grupo “esterilização sem filhos”, principalmente no que diz respeito à questão da ausência de filhos, para compreender os significados atrelados à negação da maternidade e as noções de desvio e “julgamento”. Para isso, primeiro falo um pouco sobre a construção da mulher enquanto mãe, utilizando-me principalmente de autoras da antropologia voltadas ao gênero e à medicalização dos corpos, para nos ajudar a entender o lugar da maternidade - e, portanto, da não-maternidade - em nosso imaginário social.

No mais, falo um pouco acerca dos relatos para realizar a cirurgia presentes na comunidade estudada. Para as mulheres do grupo, a esterilização não é apenas uma cirurgia, mas uma decisão que materializa sentidos sociais e existenciais, um planejamento e uma escolha de como estar no mundo social - diante da negação do papel de mãe - e um “sonho” que se dá diante de muitos empecilhos. Penso nesses relatos como fragmentos de vida (Vianna, 2014), no sentido de que são narrativas de vida construídas a partir do que Bourdieu (1986) chama de ilusão biográfica, isto é, a ilusão de que uma história de vida é uma narrativa linear, coerente, tendente a um fim lógico que se explica com relação a todos os fatos anteriores.

3.1 - A medicalização dos corpos e o papel da maternidade na construção da mulher

Ao tratar, no âmbito da Antropologia e Saúde, sobre o surgimento da medicina da mulher e a produção da diferença entre homens e mulheres, Rohden (2001) aponta para a aproximação entre a medicina e o Estado, e a utilização dos saberes “científicos” e “naturais” para fins sociais, políticos e culturais. A medicina serviu, segundo a autora, como verdadeira produção da diferença entre os gêneros, com enfoque no papel da mulher como mãe e esposa, governada especialmente pelo corpo e pela sexualidade, e do homem como provedor, governado principalmente pelo cérebro. A patologização do corpo feminino - que se configura em oposição ao masculino - era explicada pelo mau funcionamento dos órgãos reprodutores da mulher. Haveria, assim, uma separação incontestável entre os gêneros que explicaria a natural fraqueza da natureza da mulher em comparação a do homem (Rohden, 2001).

Com o desenvolvimento da tecnologia médica e sanitária, atrelada à expansão urbana, há o crescente interesse da medicina no corpo feminino e a valorização social da maternidade, com o consequente processo de medicalização do corpo da mulher nas suas funções conceptivas (Vieira, 2002). A medicina da mulher (a obstetrícia e depois a ginecologia) surge no século XIX, quando há maior preocupação com a reprodução e a sexualidade (Rohden, 2001). Nesse contexto, o primeiro processo de monopolização médica sobre o corpo feminino ocorre por meio do parto, que deixa de ser um processo exclusiva ou majoritariamente feminino, realizado por parteiras, para se tornar objeto de interesse da classe médica. O parto torna-se uma cirurgia e, aliado à suspeição por parte das curandeiras e parteiras, passa a ser apropriado pelo discurso médico e universitário. O desenvolvimento da tecnologia do parto, além de intensificar a medicalização do corpo feminino, insere-se na consolidação da medicina como exercício exclusivo e legitimado dos médicos (Vieira, 2002).

Essa medicalização permite não apenas a ampliação do poder médico como também expande, no século XX, a assistência médica, a ser consumida pela população de forma ampla. Os hospitais deixam de ser um local exclusivo para inválidos e convalescentes para entrar em um contexto amplo de cuidado, validando o monopólio do saber médico, tido como normativo, que se justifica no discurso científico. A medicina, por meio da ingerência estatal, passa a pautar a assistência médica e sanitária coletiva, ampliando sua interferência na população (Vieira, 2002).

No caso das mulheres, essa intervenção justificava-se na sua proximidade com a “natureza”, por meio da valorização da maternidade e da necessidade de diminuição das taxas de mortalidade. A maternidade deixa de ser uma experiência feminina e passa a se transformar em um saber médico, cujo discurso a representa como um dever biológico (Matos, 2003). Até então, mulheres de classe alta e média não amamentavam seus filhos. Para isso, utilizavam-se de camponesas, nativas ou negras (Schiebinger, 1998). O discurso médico higienista, por outro lado, durante o processo de urbanização das cidades e com a expansão da ideia do contágio de doenças (Matos, 2003), preocupava-se em controlar a mortalidade populacional, dando à mulher um novo papel dentro do círculo familiar, por meio de campanhas de aleitamento materno e o abolimento das amas-de-leite, no que as mulheres deveriam se reaproximar de sua natureza maternal de fêmea. Ademais, abolir as amas-de-leite também se ligava ao interesse de substituir parteiras por médicos, outro aspecto da reestruturação da reprodução (Schiebinger, 1998).

Por conseguinte, os cuidados com os filhos passaram a ser, de maneira precípua, uma atribuição da mãe, o que, destaca-se, não ocorria até então. A mulher, cujo corpo era e 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 (Matos, 2003; Alzufoir e Nucci, 2015). Ainda, responsáveis pela reprodução e pela criação das crianças, as mulheres precisavam ser disciplinadas e ter sua moral normatizada, pois eram mais associadas à emoção e à função sexual, possuindo uma natureza degenerada, que podia afetar negativamente os futuros cidadãos. Um desvio em sua educação poderia corromper a mulher, sobretudo em seu papel como mãe (Rohden, 2004). A mulher é, portanto, percebida como um instrumento, um meio necessário para a reprodução. Um corpo que, patológico, precisa ser tutelado e disciplinado (Foucault, 1988). Essa visão garante não apenas um estreitamento do papel social da mulher como mãe, mas sua manutenção no ambiente privado do lar.

Um fato curioso, exposto por Schiebinger (1998), é a escolha, por parte da ciência, da presença de mamas como característica diferenciadora dos mamíferos para outros animais, já que este é apenas um dos aspectos que os diferenciam, e cuja funcionalidade está apenas em metade desse grupo, isto é, nas fêmeas. O termo *Mammalia* foi um dos únicos das divisões zoológicas centrado nos órgãos reprodutivos. Antes, por mais de mil anos, aponta a autora, estes animais eram chamados, na designação aristotélica, de quadrúpedes. A pesquisadora explica que o cientista Lineu “venerava o seio materno numa época em que médicos e políticos começavam a exaltar as virtudes do leite materno” (Schiebinger, 1998, p. 220). Não por acaso, Lineu esteve envolvido na campanha pelo aleitamento materno e contra a instituição das amas-de-leite, que, conforme vimos, emergiu no interesse político do poder público de um novo papel doméstico das mulheres.

De maneira similar, o termo *homo sapiens* foi utilizado para distinguir o ser humano de outros primatas. Para Lineu, as mamas, de característica feminina, ligavam os humanos aos seres brutos, enquanto a razão - característica tradicionalmente masculina - marcava nossa separação dos outros animais. Para ele, a produção do leite associava o vínculo entre os homens e os animais. Portanto, Lineu via as fêmeas como mães, ideia que contribuiu para imprimir a compreensão ocidental de natureza. A mulher, carecendo de perfeição, estava mais próxima dos animais do que o homem (Schiebinger, 1998). Vemos, assim, que a linguagem científica é também histórica e política, desenvolvida a partir de determinados contextos e conflitos sociais específicos.

A história das origens do termo *Mammalia* fornece mais um exemplo de como a ciência não é neutra em valores, mas emerge de matizes culturais complexas. O termo cunhado por Lineu em 1758 resolveu o problema de como classificar a baleia junto com seus congêneres terrestres, e rejeitou o termo ultrapassado de Aristóteles, “quadrúpede”. Mais do que isso, porém, deu uma solução à questão do lugar do gênero humano dentro da natureza e, em última instância, do gênero feminino dentro da cultura europeia. (Schiebinger, 1998, p. 241)

Logo, não surpreende que a possibilidade de esterilização feminina, surgida com a descoberta do médico Abel Aparente, tenha causado polêmicas e acusações por parte da classe médica brasileira (Rohden, 2001), que associava a possibilidade da concepção feminina com o medo que impedia as mulheres de romperem com a configuração social¹³⁷ (Elias, 1995) e familiar adequada. Se a mulher não tivesse mais medo de engravidar, nada a impediria de sucumbir à imoralidade e à prostituição. Segundo a Sociedade de Higiene do Brasil, somente a concepção mantinha a mulher casada e impedia o fim da família e da sociedade (Rohden, 2001). A conduta dos casais - em especial, o corpo e a sexualidade femininas - devia ser gerida em suas minúcias (Foucault, 1988). Dessa forma, a questão da esterilização leva à discussão acerca da dificuldade de controle reprodutivo por parte da mulher, sendo um “processo sutil de negociação e luta” (Barroso, 1984, p. 175), em que o corpo é um campo de intervenção.

A esterilização, cuja tecnologia já se evidenciava no século XIX, passa, até 1960, a ser utilizada como solução médica. Em homens, o desenvolvimento da castração e depois da vasectomia foi utilizada para conter comportamentos sociais desviantes. A utilização da esterilização era excepcional e os médicos relutavam em utilizá-la em pessoas saudáveis. Apesar disso, foi largamente utilizada como método eugenista, movimento que decaiu de popularidade após a experiência com o nazifascismo. No entanto, a esterilização volta a se popularizar, agora sob o discurso da escolha individual, como solução para o crescimento populacional e para o planejamento familiar. Mais uma vez, o corpo feminino, amplamente associado ao processo reprodutivo, passa a ser objeto de intervenção médica, agora em outro contexto histórico e social, isto é, não apenas para procriar, mas para impedir o prosseguimento da reprodução quando se atinge um determinado número de filhos. No Brasil, o crescimento da esterilização como método contraceptivo, conforme comentamos, passa a se associar ao crescimento do número de cesáreas, muitas delas consideradas desnecessárias, mas que substituem a dor do parto em um evento cirúrgico e permitem, no mesmo procedimento, a esterilização da mulher (Vieira, 2002).

Assim, a interlocução com a medicina permite a construção do gênero feminino em diferentes contextos, cumprindo determinado projeto social (Vieira, 2002) ou biopolítico para lidar com a população (Foucault, 2016). Georges Bataille (2017), ao refletir sobre a relação do

¹³⁷ Welkson Pires (2021, p. 57/58) resume o conceito de configuração de Norbert Elias como uma “rede de indivíduos estruturalmente interconectados por meio de uma multiplicidade de relações de interdependência”, sendo a configuração social o resultado dessa interdependência, decorrente de relações sociais e biológicas, entre os indivíduos. Trata-se da relação do sujeito com o meio social e histórico, que o possibilita e limita. Os processos sociais são, nesse sentido, resultado dessas dinâmicas.

homem com a sexualidade, pensa no impulso sexual em oposição ao tempo dedicado ao trabalho e a consequente necessidade de submetê-lo a regras, proibições e restrições, sofrendo, assim, interditos diversos. Esta técnica, centrada no corpo individual e em sua espacialidade, é o que Foucault (2016) denomina de “tecnologia disciplinar do trabalho”.

Nesse sentido, a sexualidade¹³⁸, para Foucault (1988, p. 114), representa um “ponto de passagem particularmente denso pelas relações de poder”, sendo dotado de grande instrumentalidade e servindo de articulação para estratégias variadas. Para o autor, um dos grandes conjuntos estratégicos de saber e poder sobre o sexo é a histerização do corpo da mulher e a socialização das condutas de procriação. O corpo feminino, “saturado de sexualidade” (Foucault, 1988, p. 115), deve ter sua fecundidade regulada. Essa regulação se liga à economia, “ao corpo que produz e consome” (Foucault, 1988, p. 118), o que explica o seu caminho até a reprodução, a gestão dos corpos e das populações. O domínio dos corpos femininos representa o controle estatal sobre os nascimentos e, portanto, um poder que se organiza em torno da gestão da vida¹³⁹. Logo, o sexo, como disputa política, insere-se na disputa sobre o corpo e as incitações ou freios à procriação.

A ideia da mulher como mãe enraíza-se no imaginário social. A psicanalista Vera Iaconelli (2020), por exemplo, vai desenvolver o seu trabalho por meio da contribuição da psicanálise na construção do “mito maternalista” e na associação da mulher como mãe, o que está associado ao afastamento da mulher da sexualidade e do prazer sexual puramente hedonista, já que o prazer maior da mulher está na maternidade. Na literatura, podemos citar diversos exemplos de mulheres que tentaram fugir do seu papel preconizado como mãe, como a conhecida Anna Karenina de Tolstói, cujo destino trágico se dá em resposta à escolha pela liberdade e pelas paixões em detrimento do seu papel como esposa e mãe. A noção de que o corpo feminino é atrelado à reprodução e de que há uma “natureza feminina”, isto é, a ideia de que há uma aproximação da mulher com a natureza, sobretudo em seu papel como mãe, e de

¹³⁸ “A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder”. (Foucault, 1988, p. 116 e 117)

¹³⁹ O dispositivo da sexualidade, para Foucault, está relacionado à gestão da vida e da morte, pois “a velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida (...) [há uma] explosão, portanto, de técnicas diversas e numerosas para obterem a sujeição dos corpos e o controle das populações. Abre-se, assim, a era de um “biopoder” (...) elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio do ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos”. (Foucault, 1988, p. 152/153)

que ela é responsável pela reprodução, perpetua-se em diversos aspectos em nossa cultura, justificando, até os dias atuais, uma diferenciação entre homens e mulheres, e um controle político e social do corpo feminino.

3.2 - Mas e o feminismo?

Aqui, assim como Carmo (2011), penso nos estudos feministas como construções discursivas, inseridas em determinados contextos políticos e sociais. Não me parece essencial ou mesmo produtivo para este trabalho, nesse momento, esmiuçar as diferentes teorias feministas, que versam de imensa complexidade e tramas diversas, mas utilizar diferentes autoras que pensaram sobre o lugar da ciência e da natureza relacionados à mulher para dar ao leitor um lugar de base para que possamos pensar em que situação histórico-social nossas interlocutoras estão inseridas e a sua própria relação com a maternidade.

O discurso médico, nos séculos XIX e XX, colocava as mulheres que não desejavam ser mães em um lugar de desvio, questionando a luta feminina por igualdade de direitos sociais e políticos, que, pelo contrário, deveria se preocupar com a moralização do casamento e a manutenção da monogamia e dos deveres do homem para com a família. Cérebro e ovários não poderiam se desenvolver ao mesmo tempo e, por isso, as mulheres não deveriam exagerar nas atividades intelectuais, que comprometeriam o seu papel reprodutor. Enquanto o homem era dotado de instinto sexual, a sexualidade da mulher era atrelada à maternidade. A partir da década de 1920, o discurso de inferioridade feminina se modifica para a ideia de diferenças biológicas. Aqui, defendia-se um novo protótipo de mulher moderna, mas tendo como pressuposto, ainda, a maternidade (Matos, 2003).

Ao tentar entender se há algo de natural na “natureza feminina”, Ortner (1974) conclui que essa é uma construção cultural e não de fato natural. Para ela, as mulheres não estão realmente mais próximas da natureza do que os homens, mas há certas razões que levam a parecer dessa forma. Vários aspectos da situação feminina - física, social, psicológica - contribuem para que ela seja vista dessa maneira em diferentes sociedades.

Da mesma forma, vários movimentos feministas tentaram responder à pergunta formulada por Ortner, trazendo uma menor ou maior aproximação da mulher à natureza, e negando ou reaproximando a mulher ao seu papel de mãe, por exemplo (Carmo, 2011). O papel das sufragistas na luta pelo direito ao voto e pela equidade política; mais tarde, o papel de Beauvoir em descortinar o lugar da mulher como o Outro, que inaugurou o que se chama de passagem do feminismo igualitarista para o feminismo que se centra na mulher enquanto

sujeito, ainda que aprisionado às suas funções reprodutivas - uma limitação física cuja desigualdade, portanto, se instaura na biologia (Ortner, 1974 e Carmo, 2011). Depois, essas noções vão sendo superadas e há uma noção de que a biologia é responsável por narrar contos acerca da origem da vida e o papel da natureza (Haraway, 1991, p. 72).

O que posso resumir é que há ora um movimento de aproximação do papel da natureza, ora de sua negação, em diferentes movimentos de mulheres. Esses ciclos estão dentro de um parâmetro maior da cultura ocidental de desenvolvimento da ciência iluminista - universal e racionalista - e, conseqüentemente, uma resposta contrária de aproximação ao romantismo e à valorização da sensibilidade, movimentos que influenciaram diferentes áreas das ciências humanas, assim como a antropologia (Duarte, 2004).

Enquanto as feministas liberais negam diferenças entre homens e mulheres, resultado das iniquidades sociais, as feministas culturais acreditam que as diferenças de gênero existem, mas que as características ditas femininas devem ser valorizadas, em contraponto às masculinas, como ocorre socialmente, celebrando as presumidas qualidades naturais da mulher. Essa última vertente está ligada à construção da teoria da maternidade natural e das teorias ligadas à ecologia feminista (Bobel, 2002). Em síntese, é o que se chama, respectivamente, de feminismo da igualdade e feminismo da diferença, este último valorizando a mulher em sua especificidade e diferença, o que passa justamente por esse reencantamento romântico do mundo. Uma dessas singularidades femininas seria justamente a capacidade de criar a vida, isto é, gestar. A maternidade estaria entre o social e o biológico, levando a mulher à aproximação da vida. Para essas teorias, a igualdade deve se basear justamente na distinção, valorizando-se as características femininas em detrimento das masculinas (Rohden, 1996). Ao falar sobre os movimentos feministas no Brasil, no século XX, Iaconelli (2020, p. 78) reflete sobre como o tema da reprodução era considerado polêmico e “postergável”, a revelar a hegemonia do discurso da maternidade mesmo em âmbitos revolucionários.

No grupo “esterilização sem filhos” não há a reivindicação de uma vertente ou teoria feminista, nem mesmo coesão acerca de diversos assuntos relacionados à reprodução e à sexualidade, à política ou ao lugar da infância, de mães e crianças. O fundo feminista, como relatou a administradora, surge simplesmente da lógica de que “mulheres ajudam mulheres”. Ainda, é sobretudo o da reivindicação de liberdade às suas escolhas e do direito ao próprio corpo, o que demarca um discurso atravessado pelas pautas e lutas feministas. Podemos dizer que há uma coesão no grupo no que diz respeito à sua pauta central: o direito de realizar uma esterilização sem ter filhos, o que perpassa, para a maioria ali, uma negação completa da

maternidade, ou então a negação de uma maternidade “natural”, isto é, de uma gestação. As mulheres ali compreendem que essa visão de mundo não é a da maioria, e por isso mesmo encontram na comunidade um lugar de “liberdade para falar o que pensam”, e de ter apoio em suas pautas e escolhas. Como veremos, ainda que em sua negação, o papel da maternidade tem um lugar central na comunidade.

3.3 - A (não) maternidade: “Ela nunca mais vai ser uma mulher. Apenas mãe.”

Voltado apenas para mulheres que não possuem filhos, a questão da não-maternidade aparece logo no nome do grupo: “esterilização sem filhos”. Não se trata apenas de não engravidar *mais*, mas de não engravidar *nunca*. Com base nessa separação, o grupo se legitima como diferente dos demais voltados à contracepção definitiva: apenas são aceitas mulheres que não possuem e não desejam ter filhos (pelo menos no sentido de gestar uma criança).

Iaconelli (2023, p. 21), ao falar acerca de políticas de reprodução, questiona, afinal, o que seria maternidade:

“maternidade” é um termo curioso pela multiplicidade de sentidos que conjuga e pelos paradoxos que cria. Pode significar a relação de parentesco com os filhos, mas também o hospital onde se costuma parir. “Mãe” é um significante que contempla a mulher que deu à luz, a mulher responsável pelo filho sem tê-lo parido, a mulher que é responsável legalmente mas que não se ocupa do filho.

A noção de maternidade é, portanto, polissêmica, e pode carregar uma série de significantes. Neste trabalho, por outro lado, interessa-me entender o que maternidade significa para as mulheres do grupo estudado e o papel que ela ocupa em suas vidas. Afinal, a negação da condição de gestar ou de ser mãe leva à prática de uma cirurgia de caráter irreversível, ou, no mínimo, à reflexão sobre essa possibilidade.

Em 23 de novembro de 2022, ao realizar uma entrevista com uma das administradoras do grupo, expliquei a ela quem eu era e que gostaria de entender como o grupo surgiu. H. então me explicou:

H: Foi uma iniciativa minha, porque na época eu estava querendo fazer laqueadura e eu não encontrava grupos específicos para mulheres sem filhos. Quando você pesquisa na barra de notificações do Facebook, a grande maioria dos grupos é voltado para mulheres que já têm filhos e eu não me sentia confortável em compartilhar os meus anseios, as minhas dúvidas em grupos de mulheres já com filhos, porque tem uma grande diferença quando você quer fazer uma cirurgia de esterilização sem filhos definitiva e você coloca suas dúvidas...**na verdade você tem medo de ser julgado. Eu tinha esse medo de ser julgada, de ser incompreendida em um grupo de mulheres com filhos**, aí falei vou criar um grupo para mulheres que têm as mesmas

concepções que as minhas. Então eu criei com a E. um grupo para laqueadura sem filhos, que tinha outro nome, só que isso me deu problema, o grupo chegou a ficar desativado por um tempo e eu acabei mudando o nome.

[eu] e qual era o nome?

H: não lembro mais, mas era um nome que chegava a... é que a política do Facebook, depois eu posso ver com a E. se ela lembra e eu te passo, porque tem muito tempo. Então o Facebook acabou derrubando por causa do nome. Então eu e a E. tivemos essa ideia de pegar a lei de planejamento familiar e difundi-la, para que outras mulheres sem filhos pudessem conhecer seus direitos. Então esse foi o intuito do grupo, quando ele surgiu. Aí com o tempo eu fui percebendo que não bastava só a divulgação da lei, a gente foi criando listas de médicos para cada estado brasileiro, em cada estado da federação que tivesse a cabeça mais aberta para ajudar essas mulheres a conseguir a laqueadura com mais facilidade. Então eu e a E., a gente foi criando essas listas de médicos, começando em poucos estados. Hoje está mais ou menos com 17 estados que têm pelo menos uma representação, de um médico por estado. A gente não conseguiu ainda que todos os estados tenham pelo menos um médico, mas a maioria dos estados brasileiros já tem uma representação, então quando uma mulher pede uma indicação, a gente indica o médico do estado, sei lá, Mato Grosso, tem uma indicação, você pode pegar na lupa e hoje atualmente ele já se autogere. Quando uma mulher pede uma indicação, não é tão restrito como era há 5 anos atrás, outras mulheres já ajudam as mulheres que querem se esterilizar. O grupo é um grupo autogerido. Mulheres ajudam mulheres. O intuito do grupo é mulheres que queiram fazer cirurgia de laqueadura e outras mulheres ajudam, por isso é um grupo estritamente feminino. A gente não permite a entrada de homens, a gente não permite a entrada de mulheres com filhos. **Porque o intuito é só para mulheres sem filhos, essa é a finalidade.**

Nós [ela e a outra adm.] nos conhecemos em um grupo de laqueadura com mulheres com filhos e a gente participava de um grupo de laqueadura, só que esse grupo não existe mais. Quando eu conheci a E., eu disse “ah, E., por que que a gente não se une e faz um grupo só com essa finalidade de ajudar mulheres sem filhos?” Aí ela “ah, boa ideia”. E a gente se juntou. Tinha uma outra menina também, mas essa menina acabou saindo do grupo. Aí ficamos só nós duas.

(grifos meus)

Logo após nossa entrevista, H. me mandou mensagem se dizendo à disposição para quaisquer outras dúvidas e me informou:

O antigo nome do grupo era "Laqueadura para mulheres sem filhos: aconselhamento popular"

O nome durou até abril de 2018, quando uma denúncia de mulheres de outro grupo derrubaram o grupo e o algoritmo do Facebook entendeu que o nome excluía mulheres trans. Então mudamos o nome para que o grupo voltasse Temos como política não aceitar homens, mas aceitamos mulheres trans após uma análise do perfil¹⁴⁰.

Há, assim, o medo do julgamento e a noção de que não ter filhos dificulta o processo para obter a cirurgia. Por conta disso, há a necessidade de uma rede própria para essas mulheres

¹⁴⁰ Acredito que aqui H. fez uma confusão entre homens e mulheres transgênero, já que estes primeiros que poderiam, em regra, engravidar.

que, por meio de estratégias diversas, podem trocar informações, dar-se apoio e compartilhar um certo discurso acerca da maternidade que não é visto como bem-vindo em outros espaços. Percebi, no entanto, certos atritos no grupo acerca do modo de se mencionar crianças ou mães, assim como acerca do movimento “*childfree*” e “antinatalista”. Postagens que diziam respeito à eficácia da laqueadura e sua chance de falhas também geravam discordância, mas dentro de um discurso hegemônico no grupo.

Em sua pesquisa acerca de casais que não conseguiam ter filhos, Vargas (2010) percebe que a modalidade on-line de interação permite o compartilhamento de dúvidas e expressões de sentimentos. Com as informações obtidas, as mulheres do grupo “esterilização sem filhos” se sentem mais preparadas para buscar a cirurgia, mas também mais validadas diante da solidariedade entre os membros e o compartilhamento de uma mesma visão de mundo, pelo menos no que diz respeito a essa escolha.

Em 11 de março de 2021, uma participante colocou a seguinte questão no grupo:

Eu sei que esse tópico já foi feito, mas queria ler novamente.

Quais motivos te faz não querer ser mãe?

Eu decidi que não queria ser mãe muito nova, muito nova mesmoooo, por vários motivos mas o principal deles é ser problemática. Eu sou muito atenciosa e zelo demais pelas pessoas a minha volta, acredito que iria ser uma mãe sufocante de tanta preocupação e que minha vida iria se anular!

Então eu não quero viver assim e não quero que uma pessoa viva assim também, pois tenho uma mãe preocupada em demasia e vejo o sofrimento dela, já deixei de fazer várias coisas pra acalma-la.

E o outro motivo é a questão das mudanças climáticas e afins, só de pensar em por mais uma pessoa nesse mundo eu já fico desesperada.

Vocês consideram motivos válidos?

(grifos meus)

A postagem tem 194 comentários. Fui reparando, ao lê-los, um certo padrão de respostas. Escolho colacionar alguns dos principais aqui¹⁴¹:

1: Eu acho que se as pessoas que querem ter filhos não precisam justificar isso, a gente também não precisa. Não existe motivo mais válido do que: eu não quero. Se os outros podem "simplesmente querer", a gente pode "simplesmente não querer"

2: Qualquer motivo é válido, desde que você esteja consciente de que ao se optar pela laqueadura, tenha ciência que é um processo de difícil reversão e que se vier algum arrependimento, você vai saber lidar com isso. É isso que os psicólogos gostam de ouvir

4: Pq¹⁴² não quero e nunca quis.

¹⁴¹ Escolhi enumerar os comentários principais (isto é, que respondem à postagem em si, sem considerar respostas a esses comentários) e mantive essa numeração, sem o nome da participante.

¹⁴² Abreviação da palavra “porque”.

Entra fator psicológico (não quero ninguém dependente de mim) e financeiro. Simplesmente gosto da minha vida do jeito que ela é!

5: Olha, vc não precisa criar mil motivos pra não querer, tem coisas que a gente simplesmente não quer/gosta, são escolhas, mas se vc me perguntar o que eu acho dos seus motivos, eu acho super coerente.

Eu não quero ser mãe, pq eu não vejo vantagem nenhuma em ter uma criança, fora que a responsabilidade é sempre cobrada da mãe, n¹⁴³ sou convencional, e não quero lidar com julgamento. Fora q eu tbm não tenho vontade de casar nem nada, sou mto¹⁴⁴ sem paciência pra homem.

6: Não quero ter ninguém dependendo de mim a vida toda (filho é pra sempre) Filho pode vir deficiente ou se tornar um usuário de drogas ou uma pessoa ruim

Não tenho paciência com criança

Gosto muuuuito de dormir

Gosto de fazer as coisas que quero na hora que quero

Não ia querer ser obrigada a dividir lanches e guloseimas

Não cabe mais gente no mundo

Etc

Etc

Etc

8: Não quero ter FILHOS PORQUE NÃO QUERO ME RESPONSABILIZAR POR NINGUÉM NÃO QUERO PERDER MINHAS NOITES DE SONO NÃO QUERO PERDER MINHA LIBERDADE NAO QUERO FICAR SUSTENTANDO NINGUÉM, NÃO QUERO TER QUE FICAR AGUENTANDO CHORO DE CATARRENZO e outros trocentos mil motivos

11: Já quis ter filhos, mas percebi que sou muito egoísta pra ser mãe, não quero abrir mão de nada por causa de uma criança que dependa de mim, na minha vida e no meu futuro não cabe um filho/a.

15: Olha, eu acho que como a maioria das mulheres eu já quis ser mãe, ou pelo menos achei que queria, porque nós somos induzidas a isso desde muito novas, com uns 20 anos que parei pra pensar nisso e vi que não queria, não almejava isso pra minha vida, pra mim a maternidade não faz sentido, é cruel, é sofrida e realmente não me vejo nesse papel. Não sou apegada a crianças, gosto de dormir (muito) gosto de viver em paz, não quero nada me prendendo não, e sei que meus motivos podem parecer egoístas pra muita gente mas na real eu nem ligo hahaha

16: Eu não quero engravidar. Nunca quis desde pequena. Não gosto dos efeitos da gravidez, não quero ter um serzinho totalmente dependente de mim e não tenho paciência pra largar a carreira que quero seguir pra cuidar de outro ser humano 24/7.

Além disso, ter filho custa muito caro. Eu não quero ter um filho pra dar uma vida meia boca só pra falar que sou mãe. Tenho que dar moradia, educação de qualidade, morar em um lugar seguro, ter estabilidade financeira e principalmente emocional.

E eu estou longe de ter metade disso. Ainda mais nesse país

22: Meu motivo é o mesmo que o seu, e também que eu não gosto mesmo de crianças, não tenho paciência e não acho bonitinho coisas que crianças fazem, não quero gastar tempo da minha vida dedicando ela a um ser humano que não seja eu.

¹⁴³ Abreviação da palavra “não”

¹⁴⁴ Abreviação de “que”, “também” e “muito”, respectivamente.

23: Eu sou mto instável emocionalmente e cresci com um pai ausente emocionalmente, não quero nem a pau causar os traumas que eu tenho para outra pessoa. Além de que eu tenho gostos e hobbies mto egoístas que consomem mto do meu tempo, eu com certeza seria uma mãe bem displicente em vários aspectos. Eu gosto de poder jogar tudo pro alto de vez em quando e a única negativamente afetada por isso sou eu, no momento que outra pessoa indefesa depender de mim fudeu.

Sou apaixonada por cavalos e é um animal que exige MUITO gasto financeiro, não tenho espaço pra um gasto maior que meus cavalos.

25: Eu até gosto de crianças! Mas ser mãe não é só gostar da criança ne kkk. São tantas condições físicas e mentais, várias coisas que temos que abrir mão, a responsabilidade de cuidar de alguém, o peso patriarcal... aaaaa to fora! Eu quero gastar minha vida, meu dinheiro e minha saúde comigo mesma, apenas!

28: Eu curso letras e sou professora.

E também trabalho como auxiliar de pedagogia os meus alunos(as) tem 1 ano e 6 meses. E da aérea de letras que estou no ead são adolescentes.

Enfim, trabalho com crianças eu as amo. MAS detesto a maternidade pq é um vínculo para sempre, é uma responsabilidade muito forte, um laço, eu não teria essa vontade. E outra eu fiz bariátrica e já tive um avc hemorrágico (aneurisma) sou cheia dos problemas não sinto a mínima vontade.

31: Tudo na maternidade é ruim! As mudanças no corpo, dor do parto, gastos financeiros, desgaste físico e mental, cada passo que você der, ter que pensar como vai afetar a vida/rotina da criança.... Tudo pra mim é angustiante só de pensar.

33: casamento e maternidade são prisões para mulheres.

34: Não quero ter alguém dependendo de mim. Gosto demais da minha independência pra abrir mão. Além de eu achar que o país, no momento, não está adequado para criar indivíduos saudáveis

35: Não quero por que sou emocionalmente instável, uma criança não merece isso, e sem contar que mal consigo me bancar, imagina uma criança?

37: Primeiramente porque sou antinatalista e acredito que nenhuma criatura deva se reproduzir devido as condições do planeta; e também porque não suporto a idéia de haver alguém pra sempre dependente ou mesmo ligado a mim e eu simplesmente não poder me livrar...

Não tenho nenhuma vontade de passar pela experiência de gestação e piorou o parto.

E também porque infelizmente fui diagnosticada com síndrome de Asperger (um tipo de autismo), que é uma síndrome genética e tem graus, o que significa que posso vir a gerar um filho autista severo (que seria totalmente dependente) e é sofrimento para a criança e para a mãe. Fui chamada de eugenista por isso como se não fosse meu direito não querer gerar uma criança que vai passar pelo mesmo sofrimento que eu ou até pior. Filho é loteria e eu jamais pagaria pra ver o resultado dessa aposta.

39: Não consigo visualizar uma criança junto com nenhuma meta minha de futuro. Além disso tenho pavor de imaginar minha barriga grande e uma criança se alimentando em mim. Acho a maternidade linda mas definitivamente não sonho com ela. O custo de não ter um filho (se tiver) é infinitamente mais baixo do que o custo de ter um e se arrepender ou ser uma mãe merda. Como não tenho vontade e não acredito q vá me arrepender tô¹⁴⁵ na saga pela cirurgia.

41: Pra mim foi um conjunto de coisas. Lembro q desde mt pequena eu me apavorava com a ideia de ficar grávida e não conseguia achar bonitinho nada

¹⁴⁵ Abreviação de “estou”

relacionado a maternidade. Nunca brinquei de papai-mamãe com as bonecas, sempre brinquei com as Barbie como se fossem veterinária, astronauta, modelo.

Junto com isso sempre tive incentivo dos meus pais pra trabalhar e estudar. Dentro de casa eu e meu irmão éramos cobrados igualmente em relação a isso e nenhum de nós podia namorar antes dos 18 (meus pais são conservadores). Quando fiquei adolescente quis ser freira, morei num convento e td¹⁴⁶. Parecia q lá eu tinha encontrado meu sonho de ser aceita como mulher na igreja e msm assim escolher não procriar, só q como nada é como se imagina, sofri pra caralho lá dentro, romantização mt forte da maternidade.

Aí saí de lá, sem planejar me casei, e msm casada eu pensava em não ter filho nunca ou se viesse qd¹⁴⁷ já tivesse estabilidade financeira. Como não consegui "ficar rica", o ex era um babaca, conheci os grupos CF, grupos feministas, grupos sobre contraceptivos e aí minha mente abriu e entendi q, além das questões antinatalistas, eu tbm sofro de TOCOFOBIA. Foi qd decidi me esterilizar.

Foi a melhor decisão já tomada. Se um dia eu mudar de ideia e decidir ser mãe, a adoção sempre esteve nos planos como primeira opção e não última.

43: Eu não gostava de criança nem quando eu era criança. E tem gente que acha ruim o fato de eu dizer que sou egoísta, mas eu sou mesmo. Não mudaria minha vida por uma criança e nem colocaria ela como prioridade, principalmente não querendo ter uma. Eu quero ter coisas boas pra mim, por mim, e buscar meus desejos porque acredito que só temos uma vida. E a minha não foi feita pra ser mãe.

44: Eu sempre quis ser mãe quando mais nova, mas o tempo foi passando e vi que é muita injustiça colocar uma criança nesse mundo para sofrer comigo, ã odeio crianças só n acho justo a vida q eu poderia proporcionar a ela e claro todo p trabalho que dá ter uma criança também contou nessa decisão

50: Tenho uma lista de motivos 😊, então posso citar os principais:

Tive uma infância difícil, família desestruturada, não sei se eu tenho estrutura psicológica para criar uma criança.

Priorizo minha vida profissional, mas mesmo pensando na vida pessoal não consigo pensar em encaixar um filho (gosto de viajar, estar com amigos, enfim, liberdade).

Não quero abrir mão de algumas coisas minha vida, às vezes sinto necessidade de ter um tempo sozinha, então tenho medo de ter filho e de certa forma "culpá-lo" por não ter a mesma liberdade, como muitos pais fazem, causando sequelas psicológicas no filho.

Não tenho estabilidade financeira.

Nunca tive o desejo de gerar um filho biológico.

Acredito que a criação de um filho socialmente é uma cobrança muito maior para as mulheres, não é cobrado do homem da mesma forma. Não tenho interesse em ter um filho e carregar esse "peso" sozinha.

Algumas pessoas sempre dizem: "E se você se arrepender de NÃO ter filhos?"

Não é muito pior se arrepender de tê-lo quando ele já está lá? E aí?

Não é justo colocar alguém no mundo que nem pediu para nascer e depois descontinuar suas frustrações, porque você teve que mudar seus planos, se adaptar, estabelecer outras prioridades. Muitas pessoas não pensam nisso antes de ter filhos.

E por fim, pensando conscientemente no contexto hoje, vale a pena colocar alguém para viver nesse mundo podre?

¹⁴⁶ Abreviação de "tudo"

¹⁴⁷ Abreviação de "quando".

55: As pessoas precisam entender que a Terra não comporta mais pessoas!!!! Tá superlotado aqui nesse planeta. Estamos consumindo mais rapidamente do que restauramos, e não estamos fazendo um bom uso de nossas fontes. Não é mais uma questão pessoal. É uma questão ambiental, de vida

58: eu tenho tantos motivos que poderia passar o dia todo falando e não iria esgotar

76: No meu caso eu nunca tive vontade mesmo de gerar um ser. Eu respeito e acho lindo quem tem sonho de ser mãe, mas nunca foi o meu sonho gerar da minha própria barriga. Não quero me comprometer com um compromisso tão irreversível com o mundo do jeito que está. Se algum dia eu mudar de ideia e quiser ter filhos, tem sempre a opção da adoção, pelo menos é assim que eu penso.

78: Sou neuroatípica, e além disso não quero as mudanças corporais muito menos a responsabilidade de criar um ser humano. Além da questão econômica ser inviável, quero gastar só comigo e fazer minhas coisas

Em maio de 2021, uma integrante publicou:

Meninas

Sou nova no grupo!

Como vocês tiveram a certeza que não queriam filhos?

E se alguém fez aqui em Curitiba, sem ter filhos, antes dos 30 anos?

Eu tenho 25 anos.

(grifo meu)

A postagem possui 251 comentários. Muitos são similares à publicação anterior, assim como a de outras discussões acerca do tema no grupo. Abaixo, transcrevi alguns que se destacam:

16: Eu fui vendo pelo sofrimento de amigas e da minha própria mãe, tive muitas amigas que engravidaram novas, com 13, 14 anos. Dá muito trabalho, é muita responsabilidade e as crianças tbm sofrem, por mais que vc tenha condição financeira, o mundo é muito perverso e vc não consegue livrar seu filho de tudo, fui avaliando alguns pontos, e decidi não ter, mas pra mim o que pesou mais foi o qnto cansativo é e não tem como vc fugir da responsabilidade.

20: Tirei a conclusão de não querer ter filhos, vendo o sofrimento que minha mãe passa e passou nós criando. Fora que vejo amigas tendo filhos, perdendo grandes oportunidades por conta de pressão social. Não sou muito apegada em crianças, mas também não desejo ter uma.

21: Tenho apenas 16 anos, porém faz um tempo que percebi que nunca me verei como mãe. Uma das minhas razões é que não vejo necessidade de colocar mais alguém pra sofrer nesse mundo. E se um dia eu mudar de idéia, posso muito bem adotar, tem tanta criança querendo uma família nos abrigos...

22: Eu tive certeza depois de ficar uma semana na casa de uma amiga, que era mãe solo, me revezando com ela nos cuidados com o filho dela de 2 anos e meio (na época). Essa experiência (aos 23 anos) me fez perceber que, pra mulher, ter filhos pode ser uma tremenda furada... depois disso, tive a sorte de ter um namorado que não queria ter filhos e então começamos a falar sobre isso e, desde então, digo isso em voz alta. Convivo com essa decisão há 16 anos. Nunca mudei de ideia, nunca mais me relacionei com homens que quisessem ser pais (hoje sou casada com um homem que não só não quer ter filhos, como está com a vasectomia marcada para quinta-feira... amém!) ...

26: Eu na verdade sempre gostei de crianças, especialmente as mais pequenas, bebezinhos. Mas uma coisa é estar com uma de vez em quando, outra é ter que criar, cuidar o tempo todo.

Eu até queria ser mãe, mas porque achava que tinha q ter. Nao questionava muito. No entanto eu queria adotar, pois tenho tocofobia. Minha família nao aceitou, queriam que fosse do sangue da família, bla bla bla. Foi tanta echeção de saco que comecei a me questionar se queria filhos mesmo. Depois de uns 2 anos de autoreflexão, vi que na verdade, maternidade não é pra mim. Claro que minha familia também nao aceitou isso, mas tiveram q engolir. Fazem 6 anos q sou childfree, e estou muito convicta. Na verdade, a ideia de me doar pra criar um filho me deixa em panico. Eu nunca me senti preparada pra criar filhos, mas achava que no futuro eu estaria. Quanto mais o tempo passa, menos vontade sinto de fazer isso.

27: Lendo os posts percebi que muitas de nós seríamos até mães melhores do que quem quer porque quer ter filhos 🤔 pensamos muito em como está o mundo, na nossa situação financeira em não poder dar o melhor. Muita gente acha que quem não quer filhos não tem coração, quando na verdade queremos o bem deles evitando e protegendo de situações horríveis

28: Acho que não é sobre ter filho, mas sobre o que é ser mãe na sociedade atual.

Ser mãe é deixar de ser mulher no capitalismo.

Ser mãe é ter jornada dupla.

Ser mãe é ganhar menos e ter mais gastos.

Ser mãe é sempre priorizar o outro ao invés de si mesma, é perder sua individualidade e abandonar suas ambições.

Ser mãe é estar desempregada e não conseguir passar na entrevista pq informou que tem filhos e não tem com quem deixar.

Ser mãe é ser responsabilizada por qualquer coisa, por não cuidar direito, por não doar 100% de si a um ser.

É ser maltratada por estranhos, é estar sozinha.

A maternidade no capitalismo é pura solidão.

Não é nem sobre ter filhos, acredito que seja uma experiência muito boa para as pessoas, as crianças nos ensinam muito sobre o mundo, o problema mesmo é ser mãe num ambiente social devastador e desigual.

40: Eu nunca pensei em ter um filho, nunca me vi na situação, até as pessoas falando depois vc muda a cabeça, estou com 28 e até hoje não quero de jeito nenhum. A única coisa que me incomoda é que não tenho sorte para arrumar namorado que pense igual. O último terminou tínhamos 9 anos de relacionamento disse que cansou de me esperar mudar de ideia 🙄 o atual diz que quer mas não agora, pra mim isso é bem chato não mudo minha ideia por causa de homem mas acabo sofrendo 😞

47: Eu tinha vontade quando era mais nova. Mas lá pelos meus 19, 20 eu percebi que somente a mãe cuida dos filhos. E que em raros casos, a mãe é uma vadia escrota que nem cuida dos próprios filhos (experiências na família). E daí notei o quanto é ridículo colocar uma vida no mundo pra fazê-la passar dificuldade por abandono do pai, ou deixá-la com os parentes por irresponsabilidade. E ainda assim, por melhor cuidado e empenho que uma mãe tenha para com seu filho, ela nunca mais vai ser uma mulher. Apenas mãe.

E daí tive a luz de que jamais eu colocaria uma criança nesse mundo. 😊

52: Eu tenho tocofobia, que é o PAVOR de ter filhos. Nunca quis ter e só de pensar eu tenho crises de pânico surreais. Menstruação parece diferente, meus seios, meu humor, eu me sinto horrível. Não me imagino sendo mãe, mas adoro crianças. Já pensei muitas vezes (por pressão) que meu pensamento é errado, porém nunca mudei de ideia. Maternidade é algo complexo e eterno, enquanto sua vida durar. Não é pra mim

53: Eu fiz uma lista para quando eu for pedir a laqueadura 😂 1. Não sei lidar com coisas infantis, seja crianças ou adultos, desde criança.

2. Questão de saúde, pq já tive e tenho muito desgaste emocional, psicológico e físico (depressão, transtorno de ansiedade e diagnóstico de fibromialgia desde 2014)
 3. Liberdade e foco na vida profissional e estudo.
 4. Não tenho problemas nenhum em adotar se eu me arrepender.
 5. Não sinto necessidade de filhos para me sentir completa ou mulher.
 6. Não tenho família além da minha mãe para me ajudar ou se preocupar comigo.
 7. Tenho tocofobia o que deve ser tratável mas não é o principal motivo.
 8. Não confio em homem, não quero passar o que minha mãe passou sozinha comigo.
 9. Tenho complexo com meu corpo há 10 anos e não preciso de mais.
 10. Gastar rios de dinheiro para me estressar, já sofro de graça 😊 o médico que me aguarde ate lá a lista aumenta 😊
- 57: Qndo entendi oq era maternidade compulsória e maternidade real. Através de páginas feministas.
- 66: Tive a certeza absoluta há 11 anos quando namorei por cinco anos alguém q tinha filhos. (não conheci as crianças então elas em si não me incomodavam). Mas, ver o pai agindo de maneira X y z enquanto a mãe se fodia, me abriu os olhos pra ver que a maternidade não é algo tão legal fora das propagandas de margarina como se vê. Hoje tenho 40 anos, fiz laqueadura ano passado sem filhos e meu atual marido Tb se esterilizou ano passado, sem filhos. Todo dia dou graças a Deus por não ter filho. Todo fardo fica muito pior quando vc tem mais um peso desse tamanho pra carregar.

De maneira geral, as respostas mostram que essa questão já havia sido colocada e refletida anteriormente na trajetória de vida de cada uma das interlocutoras, fazendo parte da sua identidade (Silva, 2003). Apesar de mulheres que consideravam não ser necessário ter uma justificativa para o não exercício da maternidade, de modo geral, elas colacionavam razões para isso: a questão financeira, social, ambiental, ou pessoal, como problemas mentais, problemas familiares, ou mesmo as próprias crianças. Algumas se mostraram decididas desde a infância ou adolescência; já outras, desistiram da ideia da maternidade ao longo dos anos ou mudaram de perspectiva em algum momento determinante. Certas mulheres disseram não gostar de crianças. Outras, pelo contrário, inclusive se justificavam dizendo que gostavam ou cuidavam de crianças, mas não queriam ter uma para si.

Questões ambientais ou políticas também apareceram, no sentido de que não é possível criar uma criança nesse planeta ou nesse país. Outras, por fim, justificavam a não-maternidade por meio de sua trajetória familiar - traumas de infância, problemas mentais - ou de personalidade, sendo o “egoísmo” o que me chamou particular atenção. Elas diziam não querer mudar a própria vida ou se dedicar a outro ser humano, afirmavam que não seriam boas mães e que não gostariam de gastar tempo ou dinheiro criando uma criança. Algumas mulheres, por outro lado, afirmaram ter medo do processo físico da gravidez ou do parto. Ter convivido com

crianças ou mães próximas também foi um fator de destaque, diante tanto do trabalho com o cuidado materno, quanto do sofrimento de mulheres mães.

Nesse sentido, o arrependimento de não ter filhos é visto como um fator menos gravoso do que o arrependimento de ter filhos, inclusive diante da possibilidade da adoção. A maternidade - que, repito, está associada principalmente ao ato de gestar, parir e cuidar de uma criança - é um caminho que traz muitos malefícios e que precisa ser refletida com muito cuidado, envolvendo uma série de responsabilidades, trabalhos e mudanças de vida. Segundo uma participante, as mulheres ali seriam, ironicamente, “mães melhores” do que muitas outras, já que teriam feito toda aquela reflexão sobre o processo de ter um filho. Para elas, não há, no geral, um pensamento crítico com relação à maternidade e as mulheres não teriam liberdade para fazer suas próprias escolhas, sendo tratadas como “incubadoras humanas” e “parideiras”. Uma integrante publicou, quando se decidiu pela cirurgia:

Depois de pensar por meses, agora eu tenho certeza. **Não quero perder minha vida, meu sono, minha carreira e sonhos. Eu quero ser feliz cuidando de mim mesma. Não quero viver em torno de uma criança. Não quero ser responsável por tudo. Não quero inchar, sentir dor, ter meu corpo dilacerado, sangrar por um mês. E ainda criar a criança sozinha seja casada ou não sabemos a verdade.**

A partir de amanhã vou atrás da minha laqueadura. Eu não quero filhos. E se aos 45 do segundo tempo eu me arrepender eu posso adotar uma criança.

Mas não vou jogar minha vida fora. Estou fazendo 29 anos e é hora de tomar essa decisão.

(grifos meus)

Em outras postagens, no entanto, participantes expressam dúvidas sobre a questão da maternidade e questionam os motivos que a levam a esses sentimentos. Diante da dúvida se querem ou não ser mães, temos, por exemplo, essa postagem, que procura refletir sobre o desejo de ter um filho para suprir uma falta e uma necessidade de amor utilizando-se, como ponto de reflexão, de uma série de televisão:

Olá meninas, **gostaria de fazer um desabafo.**

Alguém aqui já assistiu The Witcher? Pra quem não assistiu, tem uma personagem extremamente importante na série, a Yennefer. Lhe foi concedido beleza e poder com um pequeno preço: nunca ser mãe.

Parece maravilhoso né? Vc ganha uma laqueadura vitalícia e de brinde muita beleza e poder, no entanto, a Yennefer percebe que ninguém a ama de verdade, que as pessoas só são atraídas por sua beleza e **ela resolve desesperadamente ter um filho, e não é pq ela quer ser mãe mas pq ela quer ser tudo pra alguém.**

Ultimamente eu tenho me sentido meio Yennefer (sem beleza e o poder claro sksksksk¹⁴⁸) eu vejo todas a minha volta fazendo coisas que me magoam só

¹⁴⁸ Uma forma usual de expressar “risada” no universo on-line, assim como “kkkk”, “hahaha” e outros.

pelo prazer de me magoar, e me sinto extremamente sozinha (eu tenho baixíssimas probabilidades de engravidar mas mesmo assim quero fazer laqueadura) **só que esse sentimento EGOÍSTA de me sentir sozinha e querer ser o mundo pra alguém, tem me assolado.** Eu já marquei psicólogo mas só pra daqui 3 meses, **gostaria de indicações de livros ou qualquer coisa para ler que afaste esse sentimento por favor**, algo como ser independente emocionalmente. Grata.
(grifos meus)

Diferente do “egoísmo” expressado por muitas diante da escolha de não ter filhos, aqui, a participante o expressa no sentido de ter filhos para “não se sentir sozinha” e “ser o mundo de alguém”. A postagem possui 153 reações e 173 comentários. Os comentários indicavam que ela procurasse fazer terapia, que pensasse que é preciso aprender a viver sozinho, e que aquela ideia estava atrelada à romantização da maternidade. Ainda, afirmavam que o suposto filho poderia não ser aquilo que ela esperava ou nada garantia que ele iria amá-la. Uma integrante comentou que aquele não era um bom motivo para ser mãe. Algumas indicaram listas de livros para ajudá-la a rever aquela ideia. Outras sugeriram que ela adotasse um animal de estimação. Outras, ainda, indicaram que poderia ser o fator da idade (cerca de 30 anos) e o fato de ver as mulheres à sua volta sendo mães, além do relógio biológico e pressão social¹⁴⁹. A maioria sugeriu que ela fosse firme ou pelo menos refletisse com calma. Uma disse:

Não sei sua idade mas tem uma fase que eu acho normal se sentir assim, aos 29 vi amigas casando e tendo filhos e cheguei a ter depressão por isso, fiz terapia e foi ótimo. Te digo, senta e observa. Todas minhas amigas hj¹⁵⁰ são mães solo, sobrecarregadas, com ex ausentes e que nem pensão pagam e algumas já me falaram na cara que invejam minha liberdade. Não tome nenhuma decisão estando fragilizada e carente.

Diante da pressão social pela maternidade, da promessa de completude que ser mãe traria às suas vidas e do medo da solidão, elas precisam se reafirmar na escolha de não serem mães e das inúmeras vantagens dessa decisão, principalmente diante da história de maternidade de mulheres ao seu redor. Em certa postagem, que posteriormente teve os comentários restringidos, as mulheres travaram uma discussão acerca do modo de tratar as crianças, da permissão para gostar ou não delas, do movimento “*childfree*” e “*antinatalidade*”. Em certos comentários, algumas mulheres se afirmavam “*childfree*” ou “*antinatalistas*”, sem, no entanto, explicarem o que esses termos significavam. Busquei, então, compreender o que esses termos podiam significar em suas falas.

¹⁴⁹ Aqui, vemos a utilização de uma suposta “natureza feminina”, o que normalmente é rechaçado pelas participantes do grupo.

¹⁵⁰ Abreviação que significa “hoje”.

Algumas diziam que possuíam o direito de não gostar de crianças e detestar a maternidade; outras, afirmavam que aquilo era um exagero, que era preciso respeitar crianças e mães, e que a ideia de associar “não querer ter filhos” com “odiar crianças” as prejudicava, além de não ser uma perspectiva coadunada por todas. Em certos momentos, ao se questionar esses movimentos, algumas diziam que “*childfree*” não significava odiar crianças, ou mesmo restringir o seu acesso a determinados lugares, havendo uma disputa acerca dos sentidos que aquelas palavras significavam. Apesar de estarem alinhadas com a escolha pela não-maternidade, havia discussões acerca da forma como essa escolha era colocada, até pelas diferentes perspectivas acerca de crianças e mães. Algumas afirmavam que não eram “respeitadas” por mães em sua escolha de não ter filhos, mas que elas não podiam se expressar contra a maternidade.

Surgido nos Estados Unidos na década de 1970, com o grupo *National Organization for Non-Parents* (algo como “organização nacional para não-pais”), o movimento *Childfree* se caracterizou por um movimento de pessoas que acreditavam que ter filhos era uma escolha e não uma obrigação, popularizando-se posteriormente para outros países. Mais recentemente, é um movimento associado não apenas à escolha de não ter filhos, mas à ideia de haver espaços livres de crianças, isto é, onde elas teriam acesso restrito, como hotéis e restaurantes¹⁵¹.

Na comunidade, a palavra *childfree* é comumente utilizada para designar a negação da maternidade, sem que haja discussão sobre o acesso de crianças em determinados espaços ou sua separação. Significa, de maneira ampla, a escolha pela não-maternidade. Algumas diziam, inclusive, participar de movimentos *childfree*, mas a discussão não era travada no grupo, que é denominado por algumas, inclusive, como *childfree*, já que é voltado para aquelas que não desejavam ser mães.

Uma integrante, em janeiro de 2023, compartilhou uma tirinha de uma página denominada “Aborto fácil, Childfree, Antinatalismo”¹⁵²:

¹⁵¹ Cordeiro, Tiago. O que é o movimento *childfree* e o que diz a lei sobre a prática. *Gazeta do Povo*, 2019. Disponível aqui: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/o-que-e-o-movimento-childfree-e-o-que-diz-a-lei-sobre-a-pratica/>. Mais em IDOETA, Paula. O que é o movimento *childfree* e o que diz a lei sobre a prática. *BBC News Brasil*, São Paulo, 2019. disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/salasocial-50533908>.

¹⁵² A página, aberta, pode ser visualizada aqui: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=710943264509363&set=a.303000621970298>



Figura 13: imagem de publicação aberta. Facebook, 2024.

A postagem, no grupo, possui 397 reações - 241 curtidas, 150 risadas, 5 corações e 1 carinha triste - e 19 comentários. Uma diz: “O único lugar que podemos compartilhar isso sem sermos julgadas 😂😂😂😂”.

As participantes, mesmo as que são mães, compartilham a ideia de que a experiência da maternidade é negativa e que mulheres que são mães “reclamam o tempo inteiro” acerca da maternidade, mas desejam que as outras também experienciem esses sofrimentos. Elas entendem que mães são “frustradas” e “sentem inveja” de mulheres que não possuem filhos, expondo a contradição dessas reclamações com o discurso de que ter filhos é algo maravilhoso quando elas expressam o desejo de não os ter.

Em uma sociedade que se constitui pela valorização da maternidade, é fundamental afirmar a não-maternidade de forma veemente, inclusive por meio da apropriação de justificativas empreendidas pelo meio social para aquelas mulheres que decidem não ser mães, como o “egoísmo” ou a “falta de instinto materno”. As razões para essa escolha, inclusive, apareciam como uma maneira de se preparar para entrevistas com médicos ou psicólogos. Elas precisavam demonstrar certeza em sua decisão, diante de um possível arrependimento, uma das justificativas utilizadas por médicos para negar a cirurgia. Para algumas participantes, não ser mãe deveria ser uma absoluta certeza, e que, havendo alguma dúvida, era caso de não realizar a cirurgia.

3.4 - Contar ou não contar: o “julgamento” das outras pessoas, a combinação de métodos e o “pânico de engravidar”

Em uma postagem, uma integrante anônima disse:

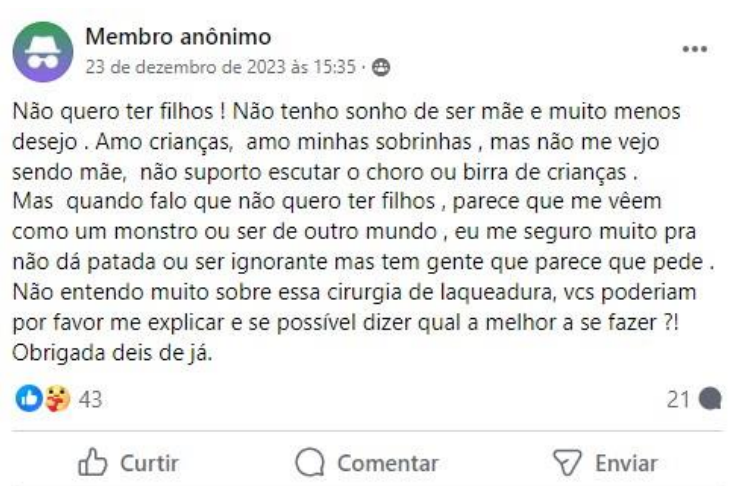


Figura 14: postagem no grupo Facebook. Arquivo pessoal

Em outra postagem, de fevereiro de 2023, uma participante se disse triste diante da resposta da família ao ter contado acerca da escolha de não ser mãe:

Oi, gente
Contei para minha família que não quero ser mãe e ouvi coisas horríveis 😭
😭
O que falam pra vcs quando vcs contam? Será q é só comigo?

A pergunta final “será que é só comigo?” expressa a necessidade de não se sentir sozinha diante de uma escolha que é considerada desviante pelos demais, que a torna “um monstro” para a família e amigos, tendo de ouvir “coisas horríveis”. Grande parte dos comentários foram de apoio e no sentido de que ela deveria se manter “forte” em sua decisão. Outras relataram as próprias experiências, como é comum no grupo. A maioria das mulheres disse que a escolha por não ser mãe só diz respeito aos seus próprios corpos e que ninguém irá cuidar daquele filho além delas. Trata-se de uma escolha individual, na qual ninguém deve opinar. Elas comentaram que “é assim mesmo” e que “sempre serão julgadas” por esse “sonho” que elas não têm: a maternidade.

Certas mulheres optam por não contar acerca da escolha de não serem mães, seja porque acreditam que é uma escolha privada e não querem a opinião de ninguém, seja para evitar conflitos. Algumas chegam a dizer aos outros que terão filhos no futuro apenas para evitar mais questionamentos. Há casos na comunidade de mulheres que realizam a cirurgia e não

contam para ninguém, dizendo que se trata de procedimento cirúrgico diverso. Outras, por outro lado, gostam de afirmar e reafirmar que não terão filhos ou que são esterilizadas, dizendo-se indiferentes ao “julgamento” de amigos e familiares. A família aparece aqui como mais “julgadora” da decisão da mulher, seja pelos pais, seja pelo companheiro (este em menor frequência). Uma participante comentou:

Ouvir coisas horríveis de quem a gente espera apoio, acolhimento e compreensão é triste demais, só quem já passou sabe como que é pesado... Crie a sua rede de apoio, pessoas que tem os mesmos valores que vc, leia textos sobre isso (mulheres que não tem filhos), fortaleça sua decisão e sua autoestima... Com o tempo eles se acostumam. E mesmo que não acostumarem, vc não se importará tanto. 😊

Acerca de novos parceiros, muitas entendem que não é caso de contar sobre terem feito a laqueadura, porque isso faz com que os homens se tornem mais resistentes ao uso de preservativo. Algumas contam que não desejam ter filhos logo no início, para o caso de o relacionamento se desenvolver, mas não dizem que realizaram a laqueadura. Outras, por outro lado, contam logo no início que são estéreis. Há um discurso hegemônico no grupo de que a esterilização não é suficiente para evitar uma gravidez, apesar de sua segurança e baixas taxas de falha. É preciso combinar métodos contraceptivos para que a relação sexual seja mais segura, evitando a concepção. Há um medo generalizado de engravidar e a cirurgia significa maior tranquilidade e segurança de que essa escolha será respeitada. Um assunto comum é a tocofobia, que seria o pânico de engravidar, assim descrita pela Maternidade Rede D’Or¹⁵³:

É um distúrbio que afeta as mulheres e causa um medo intenso da gravidez ou, ainda, da dor do parto. As mulheres que sofrem de tocofobia desenvolvem crises de ansiedade e aversão ao ato sexual (devido ao medo de engravidar), além de pesadelos frequentes e dificuldades para dormir e se alimentar.

Algumas integrantes relatam possuir tocofobia, não gostando nem mesmo de olhar para mulheres grávidas, ou colocar a mão em suas barrigas, e algumas evitam ter relações sexuais diante do medo da gravidez. Uma mulher relatou que não mantinha relações sexuais há um ano e meio por medo de engravidar, enquanto outra esperava a laqueadura para que pudesse ter a primeira relação sexual, tamanho era o medo de uma possível gravidez. Há aquelas que, além de combinar métodos, fazem testes de gravidez frequentes. Certas mulheres relatam, inclusive, que cometeriam

¹⁵³ Tocofofia: pânico irreal de engravidar ou do parto. Disponível em: Rede D’Or São Luiz. "Tocofofia: pânico irreal de engravidar ou do parto." Maternidade, [s.d.].
<https://www.rededorsaoluiz.com.br/maternidade/noticias/artigo/tocofofia-panico-irreal-de-engravidar-ou-do-parto>.
 Acesso em 10/02/24.

suicídio ou prefeririam morrer a ter um filho, ou que odiariam a criança caso fossem mães. Muitas afirmam que não seriam boas mães ou, mesmo que fossem, seriam frustradas e infelizes.

Nesse sentido, há conversas no grupo acerca das melhores combinações de métodos anticoncepcionais, sendo em geral utilizado o dispositivo intrauterino, o implante subcutâneo ou o preservativo. Os métodos não hormonais são vistos de maneira mais positiva, enquanto os hormonais são mais criticados ou repelidos, principalmente o anticoncepcional. Uma participante compartilhou, em certo momento, que teve o seu anticoncepcional negado pelo posto de saúde por ser esterilizada, o que gerou revolta entre as mulheres. Para elas, a decisão pela esterilização não exclui a utilização de outros métodos contraceptivos, cuja combinação garante maior segurança nas relações sexuais. A única maneira segura de evitar por completo a concepção é a abstinência.

Diante desse receio, no grupo, mulheres também perguntam por exames que possam confirmar que a cirurgia foi feita corretamente ou que não houve reversão¹⁵⁴. Afinal, como ter certeza de que as trompas foram retiradas? Os comentários a esse tipo de publicação são no sentido de que é preciso confiar no médico que realizou o procedimento, pois não há uma maneira fácil de verificar se a cirurgia foi feita. Algumas mencionam a biópsia, vídeos da cirurgia ou fotografias. Outras também pedem para ver ou levar as trompas para casa. O exame que verifica o procedimento da laqueadura e se “continua tudo bem”, por outro lado, seria “invasivo” e “doloroso”, segundo algumas, e só poderia ser feito um ano após a cirurgia. Chamado de histerossalpingografia, trata-se de um exame de imagem com a realização de contraste para visualizar trompas e cavidade uterina. As integrantes relatam que se trata de uma espécie de exame de raio-X, cuja dor seria das pinçadas que é preciso dar no útero e na injeção de contraste para ver as tubas uterinas. Como é um exame comumente utilizado por quem deseja ver se há alguma obstrução nas tubas uterinas, algumas mulheres dizem que o exame é perigoso, pois poderia estimular a recanalização das trompas. Todavia, outras dizem que se trata de um “mito” e que o exame apenas desobstrui caso haja uma obstrução natural nas tubas e não um procedimento cirúrgico. Com a histerossalpingografia, seria possível verificar se a laqueadura não foi revertida e se o procedimento foi feito corretamente. No entanto, não há consenso na comunidade acerca de sua necessidade ou mesmo se é seguro, com muitas expressando receio diante da suposta dor que o exame causa.

¹⁵⁴ A reconexão natural das tubas uterinas, revertendo a laqueadura.

Esse receio de engravidar também se traduz na desconfiança dos médicos e da eficácia da cirurgia. Como comentamos no capítulo anterior, as integrantes costumam recomendar que uma mulher não opere com um médico que se mostrou relutante diante da cirurgia, pois temem que a cirurgia não seja feita ou seja malfeita de propósito. Uma participante anônima, em 2024, fez uma publicação pedindo orientações e dicas de cuidados pós-cirúrgicos, pois não teria sido bem orientada pelo médico, que teria ficado “revoltado” diante de sua escolha pela cirurgia. Nos comentários, outras mulheres relataram ter passado por situação parecida, não tendo sido devidamente orientadas diante do procedimento. Dois comentários mencionavam a Histerossalpingografia:

1: Recomendo continuar com algum outro método contraceptivo até fazer o exame Histerossalpingografia que confirma que as trompas estão bloqueadas, como o médico fez contrariado ele pode ter feito porcamente só pra dizer depois que "o metodo não é 100%" caso falhe.

2: Eu faria Histerossalpingografia. Tem médico que faz o serviço porcamente só pra dizer que depois "falhou". E na verdade isso dá até processo, pois já vi um caso no Fatima Bernardes disso, o médico não queria fazer, mas acabou fazer, abriu ela, NÃO CORTOU e nem fez nada na mulher e fechou de novo. Depois de uns 3 meses acho ela engravidou, mas conseguiu fazer o exame e processou ele com causa ganha (infelizmente isso não vai custear a criança indesejada não importa o valor que seja).

Felizmente, acredito que não tenha sido o caso da doutora que me operou, que apesar de se impressionar com minha idade (23), não relutou em me operar, me deu as trompas pra levar pra casa e me tratou muito bem na consulta de pós operatório em que fui com ela pra tirar minhas dúvidas. De qualquer forma, pretendo daqui a alguns anos fazer a histerossalp e continuarei usando ac hormonal mas por outros motivos (acne e endometriose).

Há, portanto, insegurança diante do controle reprodutivo de seus próprios corpos, o que leva à ansiedade e ao medo constantes diante de uma gravidez não desejada, além da pressão social para serem mães, a falta de apoio familiar, a desconfiança nos homens e a criminalização do aborto.

Quando a questão do aborto é pautada, ainda que com pouca frequência, há um movimento favorável a esse procedimento como último recurso em caso de uma gravidez indesejada. Em uma postagem acerca da ADPF 442¹⁵⁵, do Supremo Tribunal Federal, que discute a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gravidez, uma mulher comentou que seria

¹⁵⁵ Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF). É um instrumento jurídico que tem o objetivo de proteger preceitos fundamentais estabelecidos na Constituição. Para saber mais: SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Rosa Weber vota pela descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. Supremo Tribunal Federal, 22 set. disponível em: [2023.https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=514619&ori=1#:~:text=A%20ministra%20Rosa%20Weber%2C%20presidente,primeiras%2012%20semanas%20de%20gesta%C3%A7%C3%A3o.](https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=514619&ori=1#:~:text=A%20ministra%20Rosa%20Weber%2C%20presidente,primeiras%2012%20semanas%20de%20gesta%C3%A7%C3%A3o.)

contra o procedimento, sendo a laqueadura uma “resposta eficaz às abortistas”. O comentário foi rebatido por outras mulheres, que disseram que a laqueadura não é de fácil acesso, justificando a necessidade de existir o grupo, e ainda que “é melhor um aborto do que uma criança desamparada”. A maior parte das postagens acerca do aborto não recebe discordâncias e as mulheres compartilham a determinação de que abortariam em caso de uma gravidez indesejada.

A negação veemente à maternidade é também uma estratégia para realizar a cirurgia. Quando uma participante perguntou no grupo se deveria falar ao médico que pretendia adotar, elas recomendaram que ela não o fizesse, pois o discurso, por menor que seja, que a atrelasse à ideia de que pretendia, em algum momento, exercer a maternidade, poderia ser um motivo para que a cirurgia fosse negada pelo médico. Uma participante disse, em uma postagem:

Boa tarde meninas! Acho que minha história aqui é um pouco diferente. Eu quero filhos! Porém, tenho um cisto na coluna e uma má formação cerebral que me leva a ter convulsões, quero filhos, mas não quero e nem devo engravidar. Optamos pela adoção! Será que com os laudos consigo mais fácil?

Diante da pergunta dessa integrante, as mulheres no grupo responderam, em maioria, que não. A primeira disse: “Você falando que quer ser mãe vai ser difícil conseguir”. Uma disse, no mesmo sentido, que isso não facilitaria o seu caminho pela laqueadura. Outra recomendou que ela apenas dissesse que suas condições de saúde tornariam uma gravidez difícil.

No grupo, é frequente que uma participante indague às outras sobre o que deve ou não dizer, e isso inclui dúvidas e nuances acerca da maternidade, mas também a presença ou não de algum problema de saúde, em especial de saúde mental, e até mesmo se elas devem ou não mencionar que têm namorado ou estão em um relacionamento amoroso de forma geral. Dizer que estão casadas leva o médico ou a assistente a indicar a vasectomia, compreendida como de mais fácil acesso, enquanto um namoro não levaria a essa indicação necessariamente. Relatar estar solteira, por outro lado, pode levar ao questionamento acerca de um futuro relacionamento com um homem que queira ter filhos. Ser casada, no entanto, evita esse tipo de discurso, mas faz com que seja sugerida uma vasectomia ao parceiro. M. disse, em um comentário:

Me perguntaram se eu era casada, eu falei que sim, há 12 anos, então tentaram empurrar a vasectomia p¹⁵⁶ ser mais fácil, eu disse q agora meu relacionamento estava bom, mas um dia poderíamos nos separar e o problema continuaria comigo e se um dia ele quisesse ter filhos poderia seguir com alguém que quisesse tbm. Eles sempre jogam essa de dizer que se vc encontrar alguém vai querer ter filhos, como se nos fossemos dar filho de presente pra macho.

¹⁵⁶ significa “por”.

Para elas, não ter filhos trata-se de uma escolha individual, que diz respeito apenas ao corpo da mulher. Engravidar é um medo enfrentado pelas mulheres na comunidade, que buscam se resguardar de todas as maneiras para que esse “pesadelo” não se concretize. O caminho escolhido pela maioria é, portanto, o “sonho” da laqueadura, constantemente negado por uma sociedade que quer lhes obrigar a serem mães.

3.5 - “Gatinhas castradas”: sonhos e relatos de si

“Tô em êxtase, chorei quando ele agendou, chorei quando vi as trompas, mas sempre que vejo os vídeos, quero continuar chorando de felicidade.”

Integrante do grupo ao relatar que conseguiu realizar a cirurgia.

Este trabalho se constitui, também, inspirado na antropologia que se volta para as narrativas¹⁵⁷, na constituição dos sujeitos em relatos autobiográficos - já que a experiência da laqueadura conta com um fragmento de vida pessoal, que marca muitas vezes uma trajetória de desejos, sonhos e medos - para compreender um procedimento e de que maneira o Estado dá contornos, respostas ou os medeia.

De acordo com Santos (2013), “a construção de narrativas está intimamente relacionada à construção identitária”, pois é uma maneira específica de contar, de narrar a si mesmo, de interpretar a realidade, de evidenciar ou escamotear determinados aspectos do vivido e do criado. Dessa maneira, “o estudo das narrativas é uma ferramenta importante para entendermos como as pessoas processam construções identitárias através da narração de suas histórias” (Santos, 2013, p. 24). Conforme expõe o referido autor, a narrativa deve estar situada dentro de uma teia de significados (Geertz, 1989), isto é, não apenas voltada para o dito, mas para o como e em que contexto foi dito, sendo “uma prática discursiva que dá margem a coconstruções sociais de toda ordem, através de vários tipos de negociações complexas”. (Santos, 2013, p. 28). Essa ilusão biográfica (Bourdieu, 1988), de uma narrativa linear acerca de si, ajuda os sujeitos a se constituírem e a elaborem suas próprias existências. Como diz Sartre (1986), narrar não é viver e parte de um exercício que surge aos avessos, isto é, do final para o início, e não o contrário, dando sentido aos acontecimentos de forma concatenada até o seu

¹⁵⁷ “narrativas se constituem de criações. E é exatamente essa criação que interessa aqui e não a busca de uma possível verdade”. (Santos, 2013, p. 32)

desfecho. As mulheres do grupo, nesse sentido, a partir da decisão pela laqueadura, constroem narrativas de vida que a levam à decisão de não serem mães.

A dimensão do individual, portanto, está intrinsecamente relacionada com o social. É a partir do micro que podemos entrever as dimensões do macro e do humano como sujeito social¹⁵⁸. Preocupado com essa relação entre o micro e o macro, Norbert Elias (1995) desenvolve a noção de configuração social, que constitui, possibilita e limita o indivíduo no meio social e busca romper com a dicotomia entre sociedade e indivíduo, evidenciando a inevitável interrelação que existe entre ambos. Para Elias (1995), os desejos individuais são influenciados, possibilitados e limitados pela situação social. Tem-se, nesses estudos a partir do indivíduo, não um olhar biográfico, mas um esforço etnográfico. “É preciso ser capaz de traçar um quadro claro das pressões sociais que agem sobre o indivíduo. Tal estudo não é uma narrativa histórica, mas a elaboração de um modelo teórico verificável da configuração que uma pessoa formava (...)” (Elias, 1995, p. 18 e 19). Nesse contexto, parto da ideia de que existe uma relação de interdependência entre os indivíduos, que leva a uma relação em que necessariamente um exerce poder sobre o outro. Logo, tem-se a noção de poder como uma característica das relações humanas, não havendo “configuração social que não seja constituída por relações de poder” (Pires, 2021, p. 58).

Portanto, não seria possível compreender a história de qualquer pessoa sem compreender a sociedade em que ela vive. Nas palavras de Kofes (2001, p. 13/25):

A experiência de um sujeito preciso não escapa das concretudes socioculturais que tensamente o realizam enquanto pessoa (...) os sujeitos sociais são em si mesmos entrecruzamentos de relações às quais estão ligados, quer pelos significados já dados a estas relações e que constituem os sujeitos enquanto pessoas sociais, quer pelos significados que eles agenciam e narram.

Nesse sentido, uma das principais postagens no grupo “esterilização sem filhos” é a do caminho percorrido pela mulher até a realização da cirurgia. Em geral, não apenas o método e o profissional que realizou a cirurgia são esmiuçados, mas também as dificuldades, os medos, os exames, a documentação, o tempo de espera até a cirurgia e os cuidados pós-operatórios. Após a cirurgia, algumas permanecem no grupo, para continuar a orientar outras mulheres e para fazer relatos acerca da vida após a cirurgia, comemorando inclusive aniversários da laqueadura.

¹⁵⁸ Nas palavras de Rodrigues (2006, p. 12): “A antropologia busca, mediatamente, compreender, por detrás das alteridades e diferenças, as invariâncias do intelecto humano”.



Figura 15: publicação no grupo. print do Facebook. Arquivo pessoal.

Mas, afinal, quem são essas mulheres? Além de estarem no mesmo país, em um mesmo momento histórico, falarem a mesma língua e terem acesso à rede mundial de computadores, é difícil precisar. O que se pode dizer é que são mulheres que, com o mínimo de acesso tecnológico (já que o Facebook é uma rede social que pode ser acessada de qualquer telefone celular com acesso à internet), procuram informações acerca de um procedimento médico nas redes sociais. Há a procura pela cirurgia no âmbito público, pelo Sistema Único de Saúde, e por meio dos planos de saúde privado. Como acredita-se que há mais facilidade de realizar a cirurgia na rede privada, algumas contratam um plano de saúde apenas com a finalidade de realizar a cirurgia, e mesmo escolhem o plano a partir da possibilidade de ser operada por um médico já conhecido daquela cidade que atende por ele. Raras são as mulheres que se propõem a pagar pela cirurgia de maneira integral. Muitos relatos são de mulheres com menos de 30 anos, e com a mudança da lei, começaram a surgir relatos de mulheres com menos de 25 anos de idade.

Vamos a um relato:

[BRASÍLIA] [UNIMED NACIONAL - GRUPO DE MUNICÍPIOS] [27 ANOS] [Dr. G. T.] [SALPINGECTOMIA BILATERAL POR VIDEOLAPAROSCOPIA]

⚠️ Alerta de TEXTÃO ⚠️

Finalmente!!!

Pessoal, vou contar um pouco como foi minha experiência com todo o processo.

Entrei no grupo há alguns anos e desde então venho acompanhando as jornadas compartilhadas aqui. Sempre soube que não queria ter filhos e meu sonho era poder fazer a laqueadura, porém, não tinha condições de arcar com os custos de uma cirurgia. Sou estudante e no início do ano

passado consegui um estágio com uma remuneração ok, **o suficiente para contratar um plano de saúde com uma boa abrangência, que tivesse cobertura total dos procedimentos e que os médicos que aceitavam fazer a laqueadura atendiam, sendo o mais em conta que achei foi a Unimed Nacional.**

Assim que a carência de consultas e exames passou, fui direto ao Dr. G. T., **que conheci aqui no grupo**, ele atende na Clínica da Mama, tanto na unidade de Taguatinga quanto na Asa Sul. **Cheguei bem nervosa, pois já tinha tido experiências anteriores com um médico que dizia que aceitava fazer a cirurgia em mulheres sem filhos e quando cheguei lá, disse na minha cara, literalmente, que eu era louca e que o médico que aceitasse fazer isso era mais louco ainda**, então já **cheguei na consulta travada e pra minha surpresa, o Dr G. foi extremamente compreensível, gentil e respeitoso.** Até engraçado quando ele disse: " Não quer ter minino não? " eu disse que não queria de jeito nenhum, então ele falou: " Bora resolver isso então! 😊 " Eu **fiquei quase sem reação pq não tava acostumada com esse tratamento kkkkk ele só falou de outros métodos, pq está no protocolo**, me explicou como funciona o processo (**eu disse que queria fazer a salpingectomia bilateral**) e me entregou os documentos (pedi três cópias, caso algo acontecesse com uma eu tinha mais duas de reserva), um pedido de exames de sangue, ultrassom transvaginal e já fiz a coleta para um preventivo. Também falei que precisava aguardar o restante da carência que eram mais três meses e ele disse que nesse meio tempo eu já podia levar o termo no cartório e aguardar os 60 dias, pq assim que a carência acabasse já podia solicitar ao plano. Autentiquei no mesmo dia e depois levei pra ele assinar e só aguardei ansiosa os prazos acabarem e assim que encerrou fui na clínica. Ele tirou a cópia dos documentos, me falou quais exames levar no dia e me passou o número da secretária dele (sim, ela demora um pouco pra responder como já falaram aqui, mas ela me ajudou bastante com coisas de última hora). Levei toda a documentação no hospital escolhido, que foi o Anchieta e acho que não demorou nem o prazo mínimo para o plano entrar em contato comigo dizendo que já estava quase autorizado, só alguns materiais que precisavam ser revisados. O processo de autorização foi muito rápido, porém tive que esperar até março, pois já estava no final do semestre, que emendou com as festas de fim de ano, que emendou com uma matéria de verão. Nisso tudo acabou o prazo de validade da autorização, a secretaria tentou achar uma vaga pra mim, mas o prazo era até o dia 02/02 e as aulas só acabaram dia 10/02, ou seja tive que voltar ao hospital para solicitar novamente. Pra minha sorte não levou nem 3 semanas e FINALMENTE no dia 05/03 eu já estava confirmada para a cirurgia que seria às 18h00. É necessário estar no hospital 2h antes, seguir o jejum que é solicitado pelo médico e a consulta com o anestesista fiz no dia anterior. As 18h30 eu já estava na sala de cirurgia, tiraram minhas dúvidas, colocaram o acesso me explicaram que seria anestesia geral. Disseram que eu poderia ficar despreocupada, pois seria bem simples (a enfermeiras e a médica anestesista são maravilhosas, me deixaram muito tranquila), colocaram a máscara e 3 segundos depois eu apaguei. Acordei já na recuperação, era por volta das 19h e pouco e às 20h30 já subi pro quarto. Não estava sentindo muitas dores, só um pouco de incômodo no umbigo e dores nas costas. Fiquei internada até as 12h do dia seguinte, fui muito bem assistida a todo momento, desde a hora em que cheguei no hospital, até a hora de sair, a equipe é simplesmente maravilhosa! De 2 em 2 horas iam verificar como eu estava, faziam as medicações, perguntavam se estava me sentindo bem, antes das 6h da manhã o Dr. G. foi ver como eu estava e passou as orientações para o pós. Também disse que já tinha mandado as trompas para a biopsia e que o resultado sairia em mais ou menos 10 dias.

Minha recuperação está sendo muito tranquila, praticamente não sinto dor, ainda no hospital consegui fazer xixi e tomar banho sozinha. Nos três primeiros dias eu ainda sentia os efeitos da anestesia e me movimentava com um pouco de dificuldade por medo de forçar muito o abdômen, e as dores nas costas também incomodavam. Hoje, menos de uma semana depois, estou muito bem. Não sinto dores e por isso tenho que me policiar o tempo todo para não fazer esforço, fico deitada, me alimento bem e faço caminhadas leves sem extrapolar.

Ainda estou na fase do "não caiu a ficha", não consigo nem acreditar que finalmente consegui, depois de tanto tempo lutando, ouvindo de tudo e com pouco apoio de quem está próximo. Não tenho palavras para agradecer tudo que o grupo fez por mim durante todo esse tempo!

E vamos continuar apoiando à todes pelo direito de escolha sob seus corpos!!!!

Obrigada mais uma vez por todo apoio ❤️
(grifos meus)

O relato de N. é um retrato representativo da trajetória de muitas mulheres no grupo, tratando-se do que denomino um relato de “sucesso”, isto é, quando a integrante consegue realizar a cirurgia. Ela diz que sempre soube que não queria ser mãe e que, após muita “luta”, o “sonho” da esterilização sem filhos foi realizado. O nível de detalhamento do seu relato perpassa todo o processo, desde o momento em que decidiu realizar a laqueadura, quando conseguiu contratar um plano de saúde, até o tratamento dado por médicos diante de sua escolha, chamando-a de louca, e, por fim, o final feliz, quando finalmente conseguiu realizar o procedimento. A cirurgia em si e o pós também são detalhados, e muitas publicam fotografias de si mesmas no hospital ou dos pontos cirúrgicos.

Muitos relatos, além das informações entre colchetes – idade, cidade, médico, técnica e plano de saúde etc. –, começam com expressões como “Hoje realizei uma meta de vida”; “finalmente chegou a minha vez”; “Meu projeto árvore seca!”; “Hoje foi meu dia! Mais uma árvore seca aqui”; “finalmente castrada!”; “chegou o meu dia”; “hoje realizei um sonho”; “sou oficialmente uma árvore seca”; “quanta felicidade em dizer que estou ESTERILINDA”; “Livre estou! Livre estou!”; “ontem foi o dia mais feliz da minha vida, finalmente fui castrada!!” e “mais uma gatinha castrada!”

Termos como “castrada” ou “gata castrada”, “esterilinda” e “árvore seca” são correntes no grupo, associados à alegria de realizar a cirurgia. Afinal, “árvore seca” é aquela que não dá frutos, enquanto a castração, aqui mais associada às gatas, é o termo utilizado para a esterilização desses animais, já “esterilinda” aglutina as palavras esterilizada e linda.

Nesse contexto, também são comuns as mensagens de superação, como aqui: “🙏🙏🙏 Foram dois anos de busca por profissionais que aceitassem fazer! Tentaram me subjugar mas minha determinação foi maior 💪”.

A realização da cirurgia é uma conquista que precisa ser compartilhada com aquelas que compartilham dos mesmo universo simbólico, das mesmas representações positivas daquele ato, um mesmo “sonho de vida”. Para algumas, a comunidade é o único espaço onde podem falar da cirurgia sem se sentirem “julgadas”, e onde poderão comemorar a concretização de um processo demorado, que demandou muita “luta” e “determinação”. O papel da comunidade é reforçado ao final de cada relato de “sucesso”, quando há um agradecimento direto às informações e ao apoio recebido naquele espaço.

Narrativas são contadas de acordo com as representações que se esperam delas e a partir de determinados objetivos (Santos, 2013). As mulheres contam os seus relatos de vida atrelados ao desejo de não serem mães, da busca pela realização desse “sonho” e dos diferentes percalços enfrentados até a sua realização, o fim feliz dessa trajetória. Trata-se de uma escolha crucial na vida de muitas, que perpassa uma série de reflexões acerca do próprio corpo e das próprias escolhas de vida. A chegada aos trinta anos marca para algumas, de certa maneira, a necessidade de tomar uma decisão com relação à gravidez, já que se entende que há uma aproximação maior do fim da idade reprodutiva.

Ao longo deste trabalho, utilizei por diversas vezes a entrevista que realizei, em novembro de 2022, com a administradora H., pois acredito que a sua figura é central para o grupo, não apenas por tê-lo criado, mas por seguir ativamente administrando e participando dele. Não por acaso a sua trajetória até a laqueadura me interessou:

[Eu] como surge para você essa questão da laqueadura?

H: Eu decidi não ter filhos aos onze anos de idade. Eu era criança ainda e todo mundo falava que eu ia mudar de ideia quando eu me tornasse adulta, o que não aconteceu. Na faculdade, eu tive meu primeiro contato com a lei de planejamento familiar, eu tinha 23 anos. Eu estava terminando minha faculdade, eu sou bibliotecária de formação e eu decidi que quando eu fizesse 25 anos, eu faria a laqueadura. **Só que a trajetória até a minha cirurgia não foi simples.** Quando eu fiz 25 anos, eu comecei a ir atrás de médicos para ver se me operavam, **mas eu levei 2 anos para conseguir um médico para me operar. Eu passei por uma via crucis. Eu passei por mais de 40 médicos até conseguir um para me operar. Eu fui em médico do SUS, em médico particular, médico de convênio e ouvi vários não e ouvi até uma médica dizer que eu era louca, que eu precisava de tratamento psiquiátrico. Até um dia que uma colega do grupo de laqueadura colocou como relato de que ela tinha conseguido pela Unimed, baseado na resolução 259/2011 da ANS, então ela me deu toda essa dica de entrar em contato com a ouvidoria da Unimed, que era meu plano de saúde da época, e graças a**

esse relato dessa colega desse grupo de laqueadura eu consegui fazer minha cirurgia. Isso deu o impulso que o grupo precisava, de mulheres ajudando outras mulheres. Depois que eu operei, consegui fazer a laqueadura em junho de 2017, decidi manter o grupo, **porque meu intuito no começo era só um grupo até conseguir a cirurgia e depois fechar, mas aí depois eu pensei não, se eu consegui, eu posso ajudar outras mulheres a conseguirem também.** Então o grupo permaneceu e cresceu, hoje tem 11 mil participantes. A gente tem esse cuidado de ajudar outras mulheres a conseguirem a cirurgia. E mulheres depois que operam ajudam outras que não conseguiram ainda, a conseguirem a cirurgia. (...) Eu fui operada aos 28 anos, em 2017. Estou com 33 hoje. Na época eu era casada. Meu ex-marido me apoiou muito na questão da cirurgia, ele não tentou impedir nem nada, inclusive assinou os papeis, autorizando a cirurgia, enquanto meu casamento durou ele me apoiou muito. E hoje eu sou divorciada dele, mas a gente é amigo. **E outro relacionamento que eu vier a ter, eu já deixo claro que eu não vou ter filhos, eu não tenho nenhum arrependimento acerca da minha cirurgia e eu vou viver a minha vida assim. Eu espero que o relacionamento que eu vier a ter no futuro, a pessoa compreenda que eu não quero ser mãe. Então meu foco é a minha carreira, meus estudos, não tenho grandes... o que eu quero focar mesmo é na minha vida profissional¹⁵⁹.**
(grifos meus)

Ela me informou que desde os onze anos sabia que não queria ser mãe, mas que foi apenas aos vinte e três anos de idade, terminando a graduação, que descobriu a Lei do Planejamento Familiar. Tentei entender por que, aos onze anos, surgiu essa reflexão acerca da maternidade e a sua conseqüente negação, mas ao pedir que ela me falasse um pouco mais sobre si, H. focou em seus relacionamentos amorosos. A possibilidade de acesso à informação - no caso, da existência da lei - atrelada à ajuda de uma participante do próprio grupo permitiram que ela conseguisse realizar a cirurgia. Depois disso, o grupo ganhou um novo sentido, e ela resolveu continuar a ajudar outras mulheres como havia sido ajudada. O seu relato também traduz o processo de luta travado para conseguir a esterilização. Ela se consultou com mais de quarenta médicos e foi chamada de “louca”, expressando os diversos aspectos que abordamos nos últimos capítulos acerca do “julgamento”, das diferentes estratégias utilizadas (neste caso, em especial, a descoberta da resolução 259/2011 da ANS) e do “sonho” de realizar a cirurgia.

Em 2022, H. publicou uma fotografia de si, sorridente, e um bolo com uma vela com o número 5 no topo:

Aniversário de 5 anos da minha laqueadura sem filhos
Dia 3 de julho de 2017 considero como um segundo aniversário da minha vida. Pois foi nesse dia que entrei em um centro cirúrgico para fazer minha cirurgia de esterilização definitiva.

¹⁵⁹ Entrevista realizada em 23 de novembro de 2022.

Quando falo sobre esse assunto, muitas pessoas ficam chocadas, pois vai contra a ordem natural das coisas: nascer, crescer, estudar, trabalhar, casar, ter filhos, envelhecer e morrer.

Aos 11 anos de idade já tinha na minha cabeça que não queria ter filhos. Durante minha adolescência falavam que mudaria de ideia, que uma hora o "instinto materno" iria despertar em mim. Algo que não ocorreu. Mas, somente aos 24 anos comecei a buscar por métodos contraceptivos de longa duração, até que ouvi falar da salpingectomia bilateral, que é uma espécie de esterilização que tira as trompas. Não corta apenas um pedaço como na laqueadura comum. Tira as trompas por inteiro.

Até fazer 28 anos, já tinha passado por dezenas de médicos que só de me ouvir falar de "uma barbaridade dessas", falaram que eu estava doente da cabeça e deveria buscar tratamento psiquiátrico. **Ora, a decisão ou não de ter filhos cabe exclusivamente a mim.**

Depois de entrar na justiça contra a Unimed, ela foi obrigada a indicar um médico, o que me operou.

Na mesa de cirurgia, já anestesiada, ouvi de uma das enfermeiras: "coitada, tão nova e vai fazer uma laqueadura sem ter filhos, espero que não volte aqui arrependida, porque é esse tipo de gentinha que dá trabalho pra gente".

5 anos depois, não voltei. **Não me arrependo.**

Sigo uma vida plena com controle sobre meu corpo em um país extremamente conservador que não dá às mulheres direito de escolha.

Tenho me dedicado ao ativismo de ajudar mulheres que queiram fazer esterilização sem filhos. Este grupo já ajudou pelo menos 250 mulheres em 5 anos a conseguirem suas cirurgias.

E se vier o arrependimento?

Vou ter que lidar com isso, assim como lido com inúmeras coisas (grifos meus)

Após cinco anos da sua laqueadura, H. mais uma vez reforça a ausência de arrependimento em sua escolha, considerando a cirurgia um “segundo aniversário” da sua vida, dedicando-se, desde então, ao ativismo, ajudando outras mulheres a realizarem a cirurgia. Uma das materializações desse papel são as listas de médicos que realizam a cirurgia em diferentes regiões do Brasil. Ela me informou que na lista havia um médico que realizasse a esterilização em pelo menos dezessete estados brasileiros, abrangendo todas as regiões do país. Os locais com menos médicos e com maior dificuldade para a laqueadura no grupo seriam no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde haveria uma “mentalidade mais atrasada”.

H: A dificuldade maior é nos estados do Norte e Nordeste, pela mentalidade dos médicos e pela própria composição regional, essas regiões são muito cabeça fechada, então é muito difícil - a mulher tem uma dificuldade maior, não estou dizendo que é impossível, mas que a dificuldade é maior nessas regiões. A região que tem mais índice de sucesso na busca por laqueadura é a sudeste. Sudeste e sul. Centro-oeste é um pouco mais complicado também, mas eu diria que é o mesmo patamar da região nordeste. Mas sul e sudeste tem mais sucesso nessa busca, pessoal dessas regiões.

Em 2021, ela fez uma publicação compartilhando o laudo psicológico recebido para a realização da cirurgia, que retrata que aquela foi uma decisão refletida por anos e que a paciente

teria consciência de um possível arrependimento e estava disposta a lidar com ele. Ela conclui a postagem com a reflexão de que elas [as mulheres] seriam as únicas responsáveis por suas escolhas e que preferia se arrepender por algo que não fez a “jogar o fardo” de uma má escolha para outras pessoas (isto é, um possível filho), finalizando ao dizer que se divorciou no ano anterior e segue sem se arrepender da cirurgia. As suas publicações ao longo do processo para a própria esterilização permanecem no grupo, em que é possível ler as suas experiências com médicos que a informavam acerca de “25 anos e dois filhos vivos” e não “ou dois filhos vivos”. Ela também publicou outros laudos psicológicos e disse ter feito “um experimento social”, consultando-se com duas profissionais, no que recebeu o laudo positivo de ambas.

Pioneira na realização da esterilização sem filhos, H. compreende o seu papel como fundamental para ajudar outras mulheres na realização da cirurgia, compilando informações e permitindo que, em dado momento, o grupo funcionasse de maneira autônoma, sob sua supervisão. Ela também foi uma das primeiras a realizar a salpingectomia, chamada carinhosamente de “salpi” ou “salpigec”, método de esterilização mais procurado na comunidade. H. representa o papel de demonstrar o acertado dessa decisão e o futuro de muitas que desejam seguir o mesmo caminho. As escolhas dessas mulheres influenciam umas às outras, servindo não apenas para dicas, mas para apoio mútuo em suas escolhas de vida, consideradas desviantes. A esterilização não representa, para elas, apenas mais uma escolha de método contraceptivo, mas o processo definitivo de uma decisão que, refletida, será levada para toda a vida, representando a negação a uma determinada identidade preconizada para as mulheres: o de ser mãe. A não maternidade, portanto, tem uma representação positiva nesse espaço, destoando-se de uma visão hegemônica do ser mulher, cuja identidade se atrela à maternidade de forma positiva e como “instinto natural feminino”.

CAPÍTULO 04 - MINHA ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA SEM FILHOS: UMA EXPERIÊNCIA AUTOETNOGRÁFICA

“As coisas aconteceram comigo para que eu as conte. E o verdadeiro objetivo da minha vida talvez seja apenas este: que meu corpo, minhas sensações e meus pensamentos se tornem escrita, isto é, algo inteligível e geral, minha existência completamente dissolvida na cabeça e na vida dos outros.”

A. Ernaux

Nesta parte, inspirada em estudos da autoetnografia, busco explorar minha própria experiência com a realização da cirurgia de esterilização voluntária, principalmente no que diz respeito ao contato com médicos e outros profissionais de saúde, refletindo sobre os aspectos sociais dessa experiência, isto é, no que ela se relaciona com as diferentes trajetórias vivenciadas por mulheres no grupo “esterilização sem filhos”. No início do planejamento deste trabalho, pensava em realizar entrevistas com médicos ginecologistas para compreender os sentidos que esses atores dão à laqueadura em mulheres sem filhos, mas, em seu desenvolvimento, acabei optando por deixar esse aspecto de lado, pelo menos em um primeiro momento. No entanto, em minha experiência como paciente, acabei conversando com alguns desses atores, o que pode ser elucidativo de alguma maneira para este trabalho.

4.1 - A autoetnografia como método experimental e criativo

A autoetnografia, explica Gama (2020), parte da experiência do pesquisador, mas em sua dimensão coletiva, abordando o que é particular, mas também vivenciado por outras pessoas. Como gênero autobiográfico, atrela-se à importância das narrativas para as ciências sociais. Surgida na década de 1970, a autoetnografia advém da crítica à objetividade na etnografia e a limitação dos métodos tradicionais, trabalhando a intersecção entre a autobiografia e a etnografia (ADAMS, ELLIS, JONES, 2017). Assim, trata-se de:

uma produção de conhecimento subjetivo e experimental (...) a qual nega a separação entre racionalidade e emoções, dados e análises, Eu e o Outro. Elas apontam para expressões presentes no corpo (na pele e em outros órgãos) e/ou sobre ele (...). Na autoetnografia, a antropóloga reflete sobre a própria experiência, ou a partir dela, para analisar questões da sociedade e/ou cultura à qual pertence. (Gama, 2020, p. 189 e 190)

Logo, é uma maneira de pesquisar que, colocando o pesquisador no centro da pesquisa, rompe com a separação entre sujeito e objeto, já que a pesquisa e o pesquisado se fundem, aproximando aspectos por vezes ignorados no fazer antropológico: o corpo, a sensação e a

emoção. Por envolver uma transgressão e causar, por isso mesmo, certo estranhamento¹⁶⁰, vejo a autoetnografia como um experimento e um exercício de criatividade (Gama, 2020). São pesquisas que “partem de experiências pessoais para refletir sobre questões culturais, sociais e políticas mais amplas. Eles apresentam experimentações com a escrita, mas também com a coleta de informações e com formas de construir análises sociais, abordando temas tidos como difíceis de serem abordados ou tabus” (Gama, Raimondi, e Barros, 2021).

Esse modo de pesquisar, que perpassa as subjetividades do pesquisador-pesquisado, e me parece particularmente valioso em trabalhos que exploram o corpóreo, ainda é bem recente no Brasil, havendo várias maneiras de abordá-lo (Gama, Raimondi, e Barros, 2021). Na arte, por outro lado, o uso de si como objeto já me era familiar. Penso, dentre outras coisas, no que Simone de Beauvoir (1972) define, em suas memórias, como sendo um dos papeis da literatura, isto é, o de compartilhar dores ou experiências que parecem individuais. Ao partilhar uma vivência aparentemente pessoal, outras pessoas percebem que não apenas elas a vivenciaram, rompendo com uma solidão social e existencial. Ainda, Conceição Evaristo (2017), ao cunhar o termo *escrevivência*, explica que o seu processo de escrita parte de um lembrar e de um inventar, que é capaz de confundir as identidades de escritora e narradora, mas que esta é uma confusão que não a constrange. De certa forma, narrar a si é o que minhas interlocutoras fazem quando compartilham suas angústias, dúvidas e anseios em um grupo em que sentem seguras.

Klinger (2023), ao trabalhar com a autoetnografia na escrita, diferencia o narrador tradicional do narrador-etnógrafo a partir dos conceitos alemães de experiência (*Erfahrung*) e vivência (*Erlebnis*)¹⁶¹. A experiência aqui estaria ligada à sabedoria ou conhecimento, enquanto a vivência estaria ligada à postura do etnógrafo não de narrar pelo outro, mas de explorar sua vivência na relação com o outro. Ainda que haja um esforço de alteridade no fazer etnográfico, o sujeito pesquisador faz parte da pesquisa, já que é a partir do seu olhar que o campo será explorado e interpretado. Não por acaso utilizo aqui a primeira pessoa do singular. A autoetnografia seria, por outro lado, nada mais do que narrar não o outro, mas a si mesmo a partir de um esforço etnográfico.

No entanto, no que minha experiência poderia contribuir para este trabalho? mesmo que à disposição de centenas de narrativas sobre esterilização, esta é, a bem verdade, a narrativa

¹⁶⁰ Nas minhas apresentações gerais acerca da minha pesquisa, o aspecto da autoetnografia, apenas um momento dessa pesquisa, tem causado muitos questionamentos, sendo um dos aspectos mais debatidos em conversas e seminários que tenho participado.

¹⁶¹ A autora explica que essa diferenciação em alemão se perde na tradução para o português.

mais detalhada que eu poderia obter: a minha própria. A partir da minha própria vivência, espero conseguir refletir sobre o meu objeto, e ainda trazer um pouco da voz dos médicos com quem conversei nesse processo. Em uma pesquisa cujo corpo é o cerne, parece adequado falar do meu próprio corpo e das intervenções - físicas e emocionais - que o perpassaram ao longo da pesquisa.

4.2 - O “direito de me arrepender”: minha experiência com médicos

Como pude observar, a relação entre médicos e pacientes é um dos aspectos mais abordados pelas mulheres na busca pela laqueadura, já que são eles que possibilitam ou impossibilitam a paciente de realizar a cirurgia. Para conseguir fazer uma esterilização, as pacientes precisam convencer os médicos de que estão certas de sua decisão, já que, não raro, há uma resistência por parte deles nesse processo. Esses profissionais da saúde apontam a idade, a possibilidade de arrependimento, a existência de outros métodos reversíveis, o fato de não se sentirem à vontade para realizá-la, ou mesmo dão informações incorretas acerca dos critérios legais, como a obrigatoriedade de ter dois filhos vivos, ainda que o indivíduo já possua a idade mínima legal.

No meu caso, não sei precisar a data em que comecei a me interessar pelo método contraceptivo da esterilização voluntária, mas acredito que tenha sido por volta de 2021, quando descobri que a ligadura tubária não causava efeitos hormonais. Até então, procurava algum método seguro para evitar uma gravidez, mas tenho certa aversão a métodos hormonais: recusava a pílula anticoncepcional, que usei durante a adolescência, assim como o implante subcutâneo (chamado comumente de implanton¹⁶²) ou o dispositivo intrauterino hormonal (chamado de DIU mirena¹⁶³). Até então, só me restava, além do preservativo, o DIU de cobre, que me causou efeitos colaterais tais como dores intensas e fluxo inconstante. Assim, ao descobrir que a laqueadura não afetava o funcionamento hormonal, uma luz se acendeu em minha mente. Afinal, a possibilidade de evitar aquilo que eu realmente não queria, de forma definitiva, parecia o ideal. Nessas pesquisas, na internet, encontrei o perfil da advogada Patrícia Maxs, do “Laqueadura sem filhos”¹⁶⁴ e, a partir dela, o grupo no Facebook. Desde então, munida de informações que essas mulheres compartilhavam, aguardava meus vinte e cinco anos, critério da antiga lei, para dar

¹⁶² Espécie de chip anticoncepcional, o implante é um bastonete inserido sob a pele do braço da mulher para atuar como contraceptivo. Ele é invisível e evita a gravidez por até três anos, sendo um método reversível de longa duração.

¹⁶³ Ou DIU de progesterona, é um pequeno objeto em formato de T inserido no útero para atuar como contraceptivo. O mirena possui a liberação de hormônio, enquanto o DIU de cobre não possui liberação hormonal.

¹⁶⁴ Patrícia Maxs é uma advogada e ativista que produz informações acerca da Lei do Planejamento Familiar em rede sociais como o Facebook e o Instagram. Já a vi se manifestar no grupo estudado, mas ela não é responsável por ele.

início ao processo. No início dessa “jornada”, não tinha em mente uma pesquisa, muito menos uma dissertação. Portanto, parte dessa reconstituição se vale de um esforço mnemônico e de buscas de mensagens trocadas no aplicativo WhatsApp, histórico de pesquisas e registros médicos como receitas, pedidos de exames e procedimentos laboratoriais.

Ao colocar o DIU de cobre, último método não-reversível que experimentei, comentei com o médico que pretendia fazer a esterilização assim que atingisse a idade mínima exigida pela lei¹⁶⁵. Na ocasião, ele me disse que não achava métodos irreversíveis uma boa ideia, o que me fez procurar por outro profissional¹⁶⁶. Após muita procura no Google, encontrei uma ginecologista que, assim me parecia, poderia aceitar fazer a cirurgia. Já ciente da possível dificuldade que encontraria, essa busca inicial partiu de uma estratégia que utilizei para tentar encontrar um médico disposto a me operar. Essas pesquisas partiram de um olhar puramente subjetivo: procurava o perfil no site Doctoralia¹⁶⁷, lia comentários, via se o médico operava, procurava o seu nome no Google, verificava o seu perfil no Instagram. No caso dessa médica, vi que ela preenchia os possíveis critérios para me operar: aceitava o meu plano, falava dos requisitos da lei em seu perfil, realizava cirurgias ginecológicas, além de ser especialista em técnicas minimamente invasivas. Um dos aspectos das minhas buscas foi procurar algum indício, no perfil dos médicos nas redes sociais, de que eles eram propensos ou não a realizar a laqueadura. Utilizei, portanto, minhas próprias estratégias para obter a cirurgia antes mesmo do contato direto com médicos.

Em 31 de março de 2022, troquei mensagens pela primeira vez com a secretária particular da doutora Q.¹⁶⁸ pelo WhatsApp, que me informou que a médica estava de licença maternidade. Em agosto do mesmo ano, enviei outra mensagem perguntando se a médica havia retornado da licença e marquei uma consulta para o dia 13 de setembro de 2022. Minha ideia inicial era encontrar um médico antes mesmo de poder realizar a cirurgia¹⁶⁹, alguém que pudesse me acompanhar e saber do meu interesse de antemão, garantindo que esse profissional tivesse ciência da minha certeza e do tempo longo que tive para refletir sobre essa decisão. Munida dos relatos do grupo e de todas as dificuldades encontradas para a realizar a cirurgia,

¹⁶⁵ Na época o critério era de 25 anos.

¹⁶⁶ Ao perceber que esse médico não estava disposto a realizar a esterilização, decidi não insistir e procurar outro profissional.

¹⁶⁷ Site em que é possível procurar e mesmo marcar médicos on-line.

¹⁶⁸ Escolhi preservar o nome dos profissionais de saúde, assim como os demais.

¹⁶⁹ Completei 25 anos, critério anterior à Lei n.º 14.433/2022, em 23 de janeiro de 2023.

meu nervosismo inicial foi dissolvido nesse primeiro contato. A doutora Q. apenas disse que se tratava de uma decisão da mulher e que ela não a questionava. Combinamos, assim, a retirada do DIU de cobre, que eu vinha usando durante um ano, sem uma boa adaptação. No ano seguinte, eu retornaria para marcar a cirurgia.

Nesse meio tempo, o acesso à esterilização feminina voluntária já era o objeto da minha pesquisa. Passar pela operação enquanto realizava aquela pesquisa me parecia uma oportunidade para experimentar aquele procedimento, e suas incursões burocráticas, com meu próprio corpo. Mas, até então, tinha certa tranquilidade de que a minha cirurgia seria feita com facilidade. Ainda, como figura fundamental na busca dessas mulheres, a opinião médica me parecia incontornável e poderia enriquecer minhas reflexões de pesquisa. No entanto, até aquele momento, minha laqueadura e minha pesquisa se encontravam em planos diversos: o fazer no corpo e o fazer acadêmico, a mulher e a pesquisadora.

Em 16 de janeiro de 2023, uma semana antes do meu aniversário, voltei a enviar mensagens para a secretária para marcar uma consulta e assim finalmente dar início à cirurgia. Contudo, fui informada de que a doutora Q. não aceitava mais o meu plano de saúde. Naquele momento, toda a tranquilidade que achei que teria, contrariando os relatos que li na comunidade, começou a ruir. Perguntei à secretária:

[eu]: será que a dra. não tem alguma médica ou médico para me indicar?
Estava no meio de tratamento.

[secretária]: liga para 2521-**** // 2267-**** // 99904****¹⁷⁰ fala com a R.
acho que tem médica sim

[eu]: obrigada

[secretária]: FALA QUE A SRA FALOU COMIGO

No mesmo dia, entrei em contato com o número indicado. Foram me dadas três opções de médicas que atendiam pelo meu convênio, e acabei marcando consulta com a doutora T. para o dia 31 de janeiro de 2023, uma semana depois de completar vinte e cinco anos. Escolhi essa médica porque vi que ela operava, utilizando-se do método de cirurgia minimamente invasiva¹⁷¹. Informei à médica, logo de início, a intenção de operar. Lembro do seu olhar de certa comiseração, que eu não sabia decifrar. Ela me disse: “fico com dó no coração”, termo

¹⁷⁰ Ocultei a integralidade dos números para manter a privacidade dos interlocutores.

¹⁷¹ “A cirurgia minimamente invasiva (CMI) é uma técnica cirúrgica que utiliza métodos e instrumentos especiais para realizar procedimentos cirúrgicos com incisões menores em comparação com a cirurgia tradicional. Também é conhecida como cirurgia laparoscópica, endoscópica ou de incisão mínima.”, Sanar, 2023. Disponível em: [https://sanarmed.com/cirurgia-minimamente-invasiva-tecnicas-indicacoes-clinicas-e-principais-vantagens-carreiramed/#:~:text=A%20cirurgia%20minimamente%20invasiva%20\(CMI,endosc%C3%B3pica%20ou%20de%20incis%C3%A3o%20m%C3%ADnima.](https://sanarmed.com/cirurgia-minimamente-invasiva-tecnicas-indicacoes-clinicas-e-principais-vantagens-carreiramed/#:~:text=A%20cirurgia%20minimamente%20invasiva%20(CMI,endosc%C3%B3pica%20ou%20de%20incis%C3%A3o%20m%C3%ADnima.)

que anotei em meu caderninho de campo¹⁷², e que eu era muito nova, mas que primeiro faria uma histeroscopia¹⁷³ para verificar certos pólipos que eu tinha no útero e depois conversaríamos sobre a cirurgia. Quando a questioneei, timidamente, ela me disse que caso precisasse fazer outro procedimento, tudo poderia ser feito na mesma operação. Marquei a histeroscopia para março.

No dia 11 de abril de 2023, voltei à consulta com a ginecologista. Estava nervosa, mas pelas nossas conversas anteriores, ela estava ciente do meu desejo de operar. Percebi, no entanto, que ela evitava chegar ao assunto, até que a questioneei diretamente. Foi então que ela disse que sabia do meu desejo, mas que não me operaria. Ela me pediu desculpas várias vezes, disse que sabia da lei, sabia que eu estava decidida, que era meu direito, que o respeitava, que me apoiava, mas que por motivos éticos, morais e religiosos, não se sentia confortável em realizar o procedimento. Em um primeiro momento, eu me senti desapontada e, em certo ponto, enganada, já que havia esperado quase quatro meses para aquela conversa desde que a procurei pela primeira vez. Porém, administrando esses sentimentos, escolhi deixá-los de lado. O meu interesse primeiro, ali, foi o de pesquisadora. Tentando não transparecer nenhum aborrecimento, vi que aquela seria uma oportunidade para conversar com um médico sobre o tema. Tentei criar um espaço em que pudéssemos estabelecer um diálogo e que ela pudesse ser minha interlocutora. Conversamos por cerca de trinta minutos.

Na ocasião, ela me disse que via muitos arrependimentos, e eu a indaguei a respeito. Ela me informou que trabalhava com métodos contraceptivos, já que sua especialidade era em endometriose¹⁷⁴. Pediu, diversas vezes, para que eu não ficasse chateada com ela, que estaria disposta a me ajudar em outros tratamentos e que me operaria se eu tivesse pelo menos um filho. Nesse momento, respondi, em tom de brincadeira, que eu justamente não queria ter filho nenhum. Esse comentário dela também demonstra a diferença percebida entre mulheres com e sem filhos, já que T. não era completamente contra a cirurgia, mas se mostrava hesitante em realizá-la em mulheres sem filhos. Informou, ainda, que no Hospital São Vicente de Paulo, um

¹⁷² Naquele momento, desde setembro de 2022, havia me decidido por fazer a dissertação acerca de um grupo de mulheres que buscavam realizar a laqueadura sem filhos, mas não pretendia trabalhar com a autoetnografia ou com a minha própria experiência. Essa possibilidade surgiu a partir do campo, das leituras e das conversas com meu orientador.

¹⁷³ A histeroscopia, similar a uma endoscopia, é um exame ginecológico de imagem feito com o objetivo de ver o interior do útero para o diagnóstico de lesões, pólipos, miomas ou aderências.

¹⁷⁴ A endometriose é uma das principais causas de infertilidade em mulheres e “é uma afecção (uma modificação no funcionamento normal do organismo) inflamatória provocada por células do endométrio que, em vez de serem expelidas, migram no sentido oposto e caem nos ovários ou na cavidade abdominal, onde voltam a multiplicar-se e a sangrar.” Bruna, Maria Helena Varella. 2011. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/endometriose/>. Acesso em 23/04/24.

hospital católico localizado no bairro da Tijuca, no Rio de Janeiro, onde trabalhava, os médicos eram proibidos de informar às pacientes acerca do DIU¹⁷⁵ ou inseri-los. Quando uma paciente queria utilizar o DIU, ela encaminhava para outro consultório, onde o colocaria. O exemplo servia para indicar que ela discordava da proibição de utilizar o dispositivo intrauterino, mas não descumpria com a orientação do hospital privado em questão. Ela também não era inteiramente contra a esterilização, mas “tinha pena” de realizá-la em uma mulher como eu, jovem e sem filhos. Sentada naquele consultório, em Ipanema, bairro de classe média alta na cidade do Rio de Janeiro, ouvia-a falar das suas convicções, no que ela me informou ser cristã, certificando-me que, caso eu fizesse a cirurgia, poderia retornar ali para ser atendida por ela. A doutora T. também me sugeriu realizar a cirurgia com Q., buscando o reembolso depois. Indaguei se ela conhecia algum médico que poderia me operar e ela disse que não, acrescentando que sabia que G., outra médica daquela mesma clínica, pensava como ela. Quando estava realizando minha histeroscopia, no mês anterior, um procedimento feito em consultório, mas com anestesia, escutava T. e a anestesista conversando sobre roupinhas para os seus filhos pequenos, e aquela imagem retornou, junto com o ícone religioso que T. tinha ao lado de sua mesa, perto da máquina de café expresso.

Diante daquela primeira frustração, liguei para a central de atendimento do plano de saúde e perguntei por médicos que realizassem a cirurgia. A funcionária apenas me informou que eu deveria consultar o site do convênio, que fornece uma lista de médicos, sem me dar maiores explicações. Contudo, as informações são genéricas e não é possível saber qual médico ginecologista opera, muito menos qual realiza a esterilização, e menos ainda qual realiza a esterilização em mulheres sem filhos. Passei, a partir dali, a entrar em contato com diversos consultórios que aceitavam o meu plano de saúde e possuíam um ginecologista, para saber, de antemão, se o médico realizava a laqueadura em uma mulher sem filhos. A maioria respondia que não ou que não sabiam informar. Passei, também, a procurar por médicos no grupo “esterilização sem filhos”, por meio da barra de pesquisas da página. A pesquisa consistia em pesquisar “Rio de Janeiro” e o nome do meu convênio médico, ou apenas um e outro. Os dois médicos que via serem mais recomendados, no entanto, não aceitavam o meu plano de saúde. Ali, um dos médicos atendia em Jacarepaguá, mas não cheguei a marcar uma consulta. A

¹⁷⁵ Há quem acredite que o DIU seja abortivo, havendo certa polêmica sobre ele em alguns contextos. Para saber mais: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre DIU de cobre nas maternidades. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-diu-de-cobre-nas-maternidades/>

maioria dos profissionais atendia no bairro da Barra da Tijuca, igualmente distante do meu local de moradia. Sem melhores alternativas, resolvi marcar com um deles, apenas diante da informação de que ele realizava a cirurgia de laqueadura.

A consulta era pela manhã e fui a primeira a chegar ao consultório. O doutor C. me fez diversas perguntas sobre minha vida privada e saúde, e questionou o motivo da minha visita. Informei, então, o desejo de realizar a cirurgia, explicando as dificuldades encontradas e recebendo, de pronto, uma negativa. Foi difícil conter a frustração nesse segundo caso. Já diante da minha segunda negativa direta em tão pouco tempo, isto é, sem considerar aquelas por meio de aplicativos de mensagens com as secretárias dos médicos, o lado pesquisadora perdeu para o lado paciente. Eu me senti frustrada e impotente. Não consegui agir com a frieza da primeira vez, mas tive dados interessantes.

Percebi, em minhas consultas, que os médicos tentavam recompensar de alguma maneira a recusa da cirurgia. Nos dois casos, ambos se desculparam. Mas também informaram que não eram obrigados a realizar procedimentos com os quais não se sentiam à vontade. Nenhum dos dois utilizou o termo escusa de consciência. A primeira me orientou a voltar à antiga médica e pedir um reembolso com o plano de saúde. Já o segundo, mostrou-me o termo de consentimento no *Google* e sugeriu que eu já levasse o termo na consulta com outro médico, aumentando assim as minhas chances de sucesso. Foi interessante perceber que estes médicos também me davam estratégias para conseguir a cirurgia, de maneira similar às mulheres do grupo de “esterilização sem filhos”. Ele disse que gostaria de “pelo menos me ajudar de alguma forma”. Virando a própria tela do computador para mim, disse que havia o termo de consentimento pedido pelo plano e o termo de consentimento da FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia), que até então eu não conhecia (anexo 01, que traz o termo de consentimento livre e esclarecido fornecido no site da FEBRASGO e que foi o modelo preenchido e assinado por mim).

Em certo momento, o médico pegou o celular e disse que enviaria uma mensagem nos grupos de ginecologistas em que estava inserido para tentar encontrar alguém que pudesse me atender. Comentei, irritada, que acabaria tendo de pagar pela cirurgia, no que ele me informou que não achava que se tratava de ser pelo plano ou particular e que mesmo pelo particular eu encontraria dificuldades. Ele escrevia a mensagem na minha frente e me perguntou se eu

aceitaria qualquer forma de procedimento. Respondi que só não faria “estilo cesárea¹⁷⁶”. C. retrucou que isso diminuía minhas chances, já que nem todos os médicos faziam por outras técnicas como a videolaparoscopia¹⁷⁷. Eu já estava, em minhas incursões no campo, familiarizada com a apropriação de termos técnicos utilizados pelas mulheres da comunidade e as discussões acerca dos métodos de esterilização: laqueadura ou salpingectomia; “tipo cesárea”, “por vídeo” ou “via vaginal”. Como elas, queria realizar a cirurgia “por vídeo”, por ser um método mais moderno e menos invasivo.

Assim, o segundo médico que recusou diretamente a cirurgia enviou minha solicitação para grupos de médicos ginecologistas em que ele estava inserido em aplicativo de mensagens. Essa foi uma das estratégias utilizadas por ele para “me ajudar”, o que de fato ocorreu. Saí do consultório sem muitas esperanças, quando, no dia seguinte, recebi uma mensagem de sua secretária, informando-me que o doutor B. atendia pelo meu plano e faria a cirurgia em mim. Na mesma hora, marquei uma consulta com esse médico, que realizava consultas em um hospital no bairro da Gávea, na Zona Sul do Rio de Janeiro.

Importante acrescentar que nenhum dos dois médicos desconhecia a lei ou suas mudanças. Inclusive, ao procurar saber mais sobre a FEBRASGO, vi que a Federação preparou folhetins e informativos para os médicos acerca das mudanças legislativas (anexo 02). A lei 14.433/2022 havia acabado de entrar em vigor, em março de 2023. No entanto, percebi, nos dois casos, que ao saber que eu era formada em direito ou advogada, os médicos partiam do pressuposto que eu conhecia “os meus direitos”, que nem mesmo precisavam ser explicados a mim. Eles usaram expressões tais quais: “como você sabe...”, indicando que eu compartilhava com eles um saber-poder, mas que eles possuíam outro: a escusa de consciência. Ao refletir sobre a possibilidade de conversar com outros médicos, concluí que não informaria minha profissão como advogada, mas como estudante, para ver se percebia alguma mudança no tratamento dispensado a mim.

Contudo, não cheguei a conversar com outros médicos depois de passar, pessoalmente, por três profissionais. Eu me sentia cansada daquelas incursões. Afastada, de certa maneira, das minhas interlocutoras, já que eu acreditava que faria a cirurgia sem dificuldades com a doutora

¹⁷⁶ Para relembrar: chamada de laparotomia, “tipo cesárea” refere-se ao corte horizontal acima do púbis, de maneira parecida com o parto cesárea, e que exige uma recuperação pós-cirúrgica mais longa. Também é chamada de “mini cesárea” no grupo.

¹⁷⁷ Método em que se realiza pequenos furos no corpo do paciente, sendo considerado menos invasivo. No caso da laqueadura, costuma-se fazer um furo no umbigo e dois furos nas laterais da barriga.

Q., agora eu me via no lugar delas, impossibilitada de realizar um procedimento planejado há cerca de dois anos. O lugar de pesquisadora e paciente começavam a se anuviar. A impotência diante da recusa médica, cuja escusa não é citada, mas está implícita no discurso, não vem atrelada a nenhuma solução à paciente a não ser se conformar ou procurar outro profissional. No meu caso, alguns fatores facilitaram minha “trajetória”: o fato, primeiro, de ter um plano de saúde considerado de boa cobertura; morar em um grande centro urbano, que dispõe de uma quantidade razoável de médicos, como é o Rio de Janeiro; ser advogada e, portanto, alguém que é visto como “conhecedor das leis”; poder me deslocar pela cidade, em especial em bairros nobres da Zona Sul; e, é claro, estar munida do conhecimento e das dicas compartilhadas no grupo “esterilização sem filhos”. Uma das minhas estratégias, além de conhecer os critérios para realizar a cirurgia, era deixar claro ao médico que eu já havia considerado e mesmo experimentado outros métodos contraceptivos antes de optar pela esterilização. Nesse processo, os sentimentos de ansiedade começaram a tomar conta de mim e me vi mais afetada pelo discurso produzido no grupo, tanto quanto ao medo da gravidez, corrente naquele espaço, tanto pela dificuldade de encontrar alguém que me operasse. A vontade de operar, que já existia antes da pesquisa, agora se revestia também de uma necessidade de me afastar emocionalmente do campo. Era um jogo de afastamento e aproximação, estranhamento e familiaridade, de transpor meus próprios anseios, e de compreender aquelas mulheres e os discursos por elas produzidos que começaram a se embaçar diante dos meus próprios medos, e do fato de me ver afetada mais do que gostaria por eles.

Sentada no consultório do doutor B., o terceiro médico que consultava em menos de um mês, expliquei todo o processo que havia passado até ali, informando que o seu contato tinha sido fornecido pelo médico anterior. Ele me fez uma série de perguntas, mas, de forma bem diferente dos outros ginecologistas, não questionou a minha escolha e disse que eu tinha “o direito de me arrepender”. Assim como os outros profissionais com quem havia conversado, ele estava ciente da lei e de suas mudanças. Como me orientou o médico C., levei o termo de autorização da FEBRASGO, ainda que não assinado. Doutor B. me explicou que eu precisava preencher e assinar o termo de consentimento com a data, para dali a sessenta dias o plano autorizar a cirurgia. Eu ainda faria um exame de sangue e enviaria uma ressonância magnética recente da pelve. Não foi solicitado que eu reconhecesse firma da assinatura, procedimento muito comum no grupo de esterilização, nem que passasse pelo planejamento familiar ou por psicólogos. Ele acrescentou que estava disposto a tirar quaisquer outras dúvidas que eu tivesse, passando o seu número de telefone, mas que só precisávamos nos ver novamente no dia da

cirurgia. Finalmente, eu conseguia encontrar um médico que me operaria pelo plano de saúde, por auxílio direto de outro médico.

Enviei os exames solicitados por aplicativo de mensagens e, cerca de um mês depois, enviei ao plano de saúde a solicitação da cirurgia com o termo de consentimento livre e esclarecido. A cirurgia foi marcada para o dia 11 de julho de 2023, cerca de uma semana depois de completar os sessenta dias de espera. Esperava apenas pela autorização do convênio, que não chegava. Na sexta-feira, dia 07 de julho, B. me ligou e disse que veria o que teria acontecido. No sábado, ele me informou que havia esquecido de assinar ele mesmo o termo e que por isso o plano não havia autorizado ainda. Na segunda, a autorização veio, e eu pude me preparar para a cirurgia que aconteceria no dia seguinte. Só tive certeza de que operaria cerca de 24h antes da cirurgia, quando pude avisar à família e ao trabalho. O assistente do anestesista entrou em contato comigo para me fazer perguntas sobre alergia, peso e medicamentos, pedir meus exames e me passar as orientações acerca do jejum, que seria de oito horas, com a possibilidade de tomar água ou Gatorade até às seis da manhã.

4.3 - A escusa de consciência e o arrependimento

Os médicos com quem conversei utilizaram dois fatores principais para a recusa em realizar a cirurgia, de forma similar ao experienciado pelas mulheres do grupo de “esterilização sem filhos”: o fator do arrependimento, atrelado à idade e à ausência de filhos, e a escusa de consciência. Eu queria entender de onde vinha esse fator do arrependimento e se havia estudos sobre isso. Quando a primeira médica recusou minha cirurgia, ela falou que via muitos arrependimentos, pois trabalhava com técnicas de concepção e endometriose, e que havia casos de médicos processados por realizarem a laqueadura. Isto é, era um dado da experiência médica dela, que trabalhava com técnicas de fertilidade e mulheres que desejavam engravidar.

A literatura que encontrei acerca do arrependimento após a esterilização, no entanto, não me pareceu consistente. Descobri poucas pesquisas ou fontes de informação sobre o tema. Ademais, em nenhuma delas constava a presença de mulheres sem filhos. As pesquisas realizadas sobre a esterilização voluntária dizem respeito a mulheres com filhos que realizaram a cirurgia após um número máximo de filhos planejado ou considerado ideal, muitas vezes em contexto anterior à Lei do Planejamento Familiar, quando muitas não eram bem-informadas acerca do procedimento, utilizado como contenção da maternidade considerada temerária. Mulheres sem filhos não foram considerados nesses dados. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-1996) apontam a proporção de 10% no número de mulheres

arrepêndidas, sendo a principal razão “o desejo de ter outro filho”. Esses números não incluem mulheres sem filhos, analisando, por outro lado, a idade e a escolaridade, cuja conclusão aponta para uma maior chance de arrependimento em mulheres jovens e de baixa escolaridade (Barbosa, Leite e Noronha, 2009). Em uma investigação realizada em Campinas, São Paulo, a porcentagem de arrependimento também ficou em torno de 10%, pesquisa esta que relacionou a cirurgia ao considerado número ideal de filhos pela mulher (Carvalho et al, 2006), isto é, por óbvio, sem considerar possíveis mulheres sem filhos (a divisão dos dados dava-se em “mais de dois filhos” ou “menos de dois filhos”). Todas as pesquisas que tive acesso são, no máximo, do início dos anos 2000.

Nessas buscas, não encontrei dados recentes sobre as possíveis taxas de arrependimento ou pesquisas relacionadas ao tema. No entanto, informações mais recentes indicam um aumento no número de laqueaduras nos últimos anos, discriminando mulheres sem filhos (ou com “status não informado”, importante salientar).

Dados do Ministério da Saúde:

De 2019 a 2022, foram realizados 324.272 procedimentos de laqueadura no SUS. Desses, 218.926 em mulheres entre 25 a 35 anos. A média de idade das mulheres que realizaram o procedimento é de 30 a 34 anos. Os dados foram levantados pelo Ministério da Saúde a pedido do g1. **No caso de mulheres sem filhos ou com o status não informado, o número de laqueaduras praticamente dobrou nos últimos quatro anos:** em 2019, foram 653 cirurgias. Em 2022, o número saltou para 1.241. **A quantidade de cirurgias é maior entre mulheres com dois filhos: foram mais de 43 mil procedimentos no ano passado**¹⁷⁸.
(grifo meu)

Esse aumento, de 2022 para 2023, quando entrou em vigor a nova lei, foi expressivo:

Após mudança na lei da laqueadura, que diminuiu de 25 para 21 anos a idade mínima para realizar o procedimento e extinguiu a necessidade de consentimento do parceiro, **o número de cirurgias quase dobrou em todo o país**. Segundo dados do Ministério da Saúde, os registros passaram de 98.625 procedimentos em 2022 para 196.682 em 2023 (aumento de 99,4%)¹⁷⁹.
(grifo meu)

¹⁷⁸ <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/03/12/sus-faz-300-mil-laqueaduras-em-4-anos-mas-mulheres-citam-dificuldades-e-falta-de-apoio-nova-regra-diminui-exigencias.ghtml>

¹⁷⁹ <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2024/04/medicos-discordam-da-lei-e-se-recusam-a-fazer-laqueadura-em-mulheres-com-mais-de-21-anos.shtml>

Poderíamos especular diversos motivos para esse aumento, mas aqui é possível concluir, sem ir muito longe, que, apesar das dificuldades encontradas por algumas mulheres, a cirurgia tem sido realizada, ainda que não saibamos muito bem de que mulher estamos falando.

Para além de falas sobre um possível arrependimento, uma das razões evocadas por médicos para não realizar a cirurgia é a escusa de consciência. A escusa de consciência é vista, no âmbito jurídico, como um direito constitucional de liberdade e livre-arbítrio, que diz respeito a um dever de abstenção do Estado diante de um direito individual que não pode ser violado. É descrito como “uma modalidade de resistência de baixa intensidade política (negação parcial das leis) e de alta repercussão moral” (Buzanello, 2001, p. 174), que repercute em diversas áreas. Trata-se, em termos jurídicos, de uma ponderação de direitos feita caso a caso, envolvendo tanto uma liberdade individual quanto uma obrigação legal. No caso médico, o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou, em seu Código de Ética Médica (1988), a possibilidade de objeção de consciência dos pacientes, que deve ser respeitada pelo médico, assim como a escusa médica. Na Resolução CFM nº 2.217/2018, consta os princípios fundamentais que embasam essa objeção, assim como o direito do médico de recusar um procedimento no qual não concorde:

Capítulo I

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

(...)

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

(...)

Capítulo II

DIREITOS DOS MÉDICOS

É direito do médico:

X - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência

Assim, um médico pode se recusar, amparado pela lei, a realizar um procedimento que seja contrário à sua consciência ou mesmo que não deseje, com exceção daqueles que sejam urgentes, quando não há a presença de outro médico, ou se essa escolha causa danos ao paciente. A chamada objeção de consciência não costuma ser o primeiro argumento trazido pelo médico ao recusar a realização do procedimento, mas, diante da insistência da paciente, ou ainda diante de uma explicação que precise ser fornecida, a escusa de consciência é utilizada como

mecanismo para essa recusa, sem que o médico explique o que ela significa, bastando dizer que ele não é obrigado a realizar algo com o qual não concorda.

4.4 - “Pode tirar tudo”: a minha cirurgia de esterilização

Cheguei ao hospital, em Copacabana, às 8h, e fui levada para o quarto privativo às 9h. No quarto, um enfermeiro veio verificar meus sinais vitais, como temperatura e pressão, e perguntou o quê e com quem operaria, e se havia sido informada e assinado o termo de consentimento. Ele não tinha cabelos nem sobrancelhas, o que o fazia ser inteiramente branco, da cabeça aos pés. Depois, uma nutricionista veio até o quarto e perguntou minha dieta, aquilo que eu comia ou não. Trouxeram uma vestimenta descartável e me pediram para colocá-la. Trata-se de um roupão ou avental cirúrgico, colocado pela frente, com abertura na parte de trás, e amarrado, touca para a cabeça e proteção para os pés. Além de tirar toda a roupa, tive de retirar todos os brincos e piercings. Troquei minha máscara PFF2¹⁸⁰ por uma máscara cirúrgica.

No geral, eu estava bem tranquila. A esterilização não foi minha primeira cirurgia e sabia que era um procedimento de baixo risco. Toda aquela dúvida ou medo que poderia sentir não existiram. Nem mesmo por um segundo me veio qualquer dúvida sobre a operação. É curioso falar sobre a ausência de um sentimento. Contudo, eu estava certa, calma. A ansiedade, mínima, advinha da demora dos procedimentos médicos, de todos os protocolos que precisavam ser seguidos e do jejum prolongado. Era preciso esperar. Cerca de uma hora e meia depois, vieram me buscar e fui levada ao centro cirúrgico.

¹⁸⁰ Espécie de máscara de proteção respiratória que se popularizou durante a pandemia do Covid-19 por oferecer maior proteção contra o vírus.



Figura 16: indo ao centro cirúrgico. Arquivo pessoal.

Estar em uma maca é ver apenas tetos, luzes e resquícios de gentes, enquanto te colocam dentro de um elevador e te deslocam de um lugar a outro, passando por diversas salas e portas. Você apenas pode ver quem se aproxima por cima da sua cabeça. Fui levada até o centro cirúrgico, que estava bastante agitado, com sons e pessoas de um lado para o outro e o telefone tocando a toda hora. A responsável pelo centro se apresentou para mim e verificou minha identidade, o que ocorreu por diversas vezes ao longo da internação. Perguntavam: “qual o seu nome? Dia de nascimento?” e verificavam se o prontuário batia com as informações contidas na pulseira do meu braço¹⁸¹. Por mais de uma vez fui perguntada se estava ciente da cirurgia, o que eu assentia. Tudo parecia ter um protocolo rígido, que era seguido a cada momento em que eu passava sob a supervisão de um funcionário a outro.

Na sala de operação, o médico me perguntou se eu tinha certeza e eu respondi que sim, e acrescentei: “pode tirar tudo”. “Tudo?!” ele retrucou. “Sim, as trompas inteiras¹⁸²”, esclareci. Ele respondeu que tudo bem, que havia estudos sobre a prevenção ao câncer de ovário, mas que médicos

¹⁸¹ Recebi essa pulseira com minha identificação quando dei entrada na internação.

¹⁸² Refiro-me à salpingectomia. Já havia informado ao médico que optaria por essa técnica e quis garantir que ele se lembrasse.

que faziam a ligadura não gostavam disso¹⁸³. Fui transportada da maca para a mesa de cirurgia e estiquei o braço esquerdo para fazerem o acesso. Apresentaram-me àqueles que acompanhariam a cirurgia: o meu médico, uma médica, a instrumentadora e o anestesista. O anestesista me avisou que eu me sentiria um pouco tonta. Minha máscara foi retirada e uma máscara de oxigênio foi aproximada do meu rosto. Os médicos conversavam alegremente e reparei em dois aparelhos que talvez servissem para prender as minhas pernas. Comecei a sentir um pouco de falta de ar e o anestesista me pediu para respirar fundo, respirar fundo e eu perdi a consciência.

Segundos depois, acordei ainda na sala de cirurgia e me disseram que foi tudo bem. A anestesia é um sono longo, profundo e vazio. Assinei algum termo, no que o anestesista disse que depois falaria comigo, porque agora teria outra cirurgia. Eu estava completamente sem voz e fui incapaz de responder. Fui levada para sala de observação, um lugar amplo e com algumas macas que eu podia ouvir, mas ver apenas de soslaio. Uma enfermeira se aproximou e me perguntou se eu estava com frio. Respondi com a cabeça que não, mas aceitei o aquecedor, um tubo de ar quente que foi colocado debaixo do meu cobertor. Ela disse que viria de vez em quando ver os meus sinais vitais, que era para eu ficar tranquila e fechar os olhos. O teto era ascético, com luzes brancas e quadradas, então fechei os olhos. Percebia um bipe constante do meu lado direito e o aparelho que media minha pressão. No dedo indicador da mão esquerda, um pregador me ligava a alguma outra máquina. O bipe me irritava cada vez mais e torcia para me liberarem logo. Queria entender o que cada botão e luz significava, qual protocolo era seguido, o prontuário que deixavam na minha maca, mas continuava sem voz. Ouvia os enfermeiros conversarem, buscarem outra pessoa, ansiosa para que fosse minha vez. Não sei se cheguei a dormir em algum momento. Em um momento, um enfermeiro colocou meu prontuário na maca de outra paciente, o que foi resolvido em uma das vezes em que verificavam a identificação no meu braço.

Depois de um tempo - quanto, não sabia - fui levada de volta para o meu quarto. Depois descobri que fiquei cerca de duas horas na sala de monitoramento. Sentia muita fome e muita sede. Fui colocada com cuidado na minha cama. Estava bem desperta e fui informada de que iria para casa, provavelmente à noite, naquele mesmo dia. Passei cerca de doze horas no hospital. O procedimento deve ter durado em torno de quarenta minutos. Deram-me dipirona na veia para a dor de cabeça que eu sentia, imagino que pela fome e pela falta de caféina. Precisei esperar autorização para beber água. Só me serviram o lanche às 15h, com autorização

¹⁸³ Acredito que ele quis se referir ao fato de que, com a retirada total das trompas, não é possível fazer a reversão da cirurgia.

da nutricionista. Bolo de milho e suco de maracujá. Não podia beber nem comer nada fora da dieta estabelecida pela nutricionista. Tive de esperar pela autorização para tomar um pouco de café. Em um hospital, somos inteiramente tutelados, um corpo à disposição técnica. Respondi amigos e parentes, e me sentia bem-disposta.

Às 18h me serviram a janta. Para comer, minha mãe teve de me dar comida na boca, já que sou canhota e o acesso estava no meu braço esquerdo. Descobri que precisava resolver com certa urgência uma questão do programa de pós-graduação, o que fiz com ajuda. Após o jantar, a médica que acompanhou a cirurgia veio falar comigo, para ver como eu estava e me entregar um atestado médico de 14 dias. Depois, já em casa, pedi ao meu médico que me entregasse outro, porque o do hospital informava a CID (Classificação Internacional de Doenças) que identifica a esterilização (CID Z302), e eu queria um documento sem aquela informação para entregar no trabalho. É um direito do paciente não ter a CID em seu atestado e, sabendo desse direito, utilizei-me dele para ter mais privacidade. Assim como minhas interlocutoras, não havia avisado para todos do procedimento que faria. Minha família, no entanto, sabia, e parte dela veio me visitar após o procedimento.

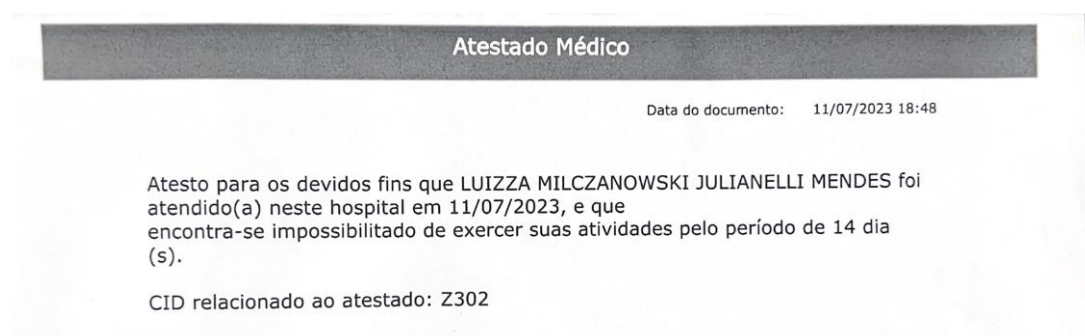


Figura 17: atestado médico fornecido no hospital, com a CID. Arquivo pessoal.

A minha liberação demorou um pouco, porque ainda não havia levantado da cama nem ido ao banheiro, o que fiz para ser liberada. Sentia um pouco de dor na região do umbigo e desconforto do gás que é colocado na região do abdômen durante a cirurgia. São três pontos na barriga, um no umbigo e dois nas laterais, mais perto do púbis, formando um triângulo. Essa técnica, chamada de laparoscópica¹⁸⁴, consiste na cirurgia minimamente invasiva, normalmente desejada pelas mulheres do grupo “esterilização sem filhos” por ser considerada mais moderna

¹⁸⁴ “A técnica cirúrgica consiste na insuflação de dióxido de carbono dentro da cavidade abdominal a fim de expandir e criar um campo de trabalho para se realizar a cirurgia. Uma incisão de 10mm na região umbilical é realizada para a inserção de uma ótica conectada a uma câmera de vídeo. Outras incisões adicionais são realizadas para a introdução dos instrumentos cirúrgicos”. Bruns, Rafael. 2019. Disponível em: <https://www.fetalmed.net/o-que-e-cirurgia-laparoscopica/>

e por deixar cicatrizes menores, além de ter uma recuperação mais célere. Às 20h, pude ir para casa. Junto do relatório de internação, que assinei antes de sair, recebi um sumário de alta que trazia tanto o diagnóstico quanto um resumo clínico, que confirma que realizei uma salpingectomia laparoscópica:

Sumário de Alta

Data da Alta: 11/07/2023 19:59

Diagnóstico de Entrada:
Z302 - ESTERILIZAÇÃO

Diagnóstico de alta:
Z302 - ESTERILIZAÇÃO

Resumo Clínico:
> Paciente submetida a salpingectomia laparoscópica, sem intercorrências.

No momento, paciente em bom estado geral, lúcida e orientada, anictérica, acianótica, hidratada, corada, eupneica em ar ambiente, hemodinamicamente estável, sem queixas no momento. Boa aceitação da dieta oral oferecida. Diurese espontânea. Discreto sangramento transvaginal.
AR: MVUA sem RA
ACV: RCR 2T, BNF, sem sopros
ABD: peristáltico, timpânico, depressível, discretamente doloroso à palpação de abdome inferior - compatível com pós operatório, sem sinais de irritação peritoneal
MMII: sem edema, panturrilhas livres, sinal de Homans negativo.

> Em condições de alta hospitalar com acompanhamento médico ambulatorial.

Informações Relevantes

Procedimentos realizados:
464739 - 11/07/2023 10:00 [CIRURGIA ESTERILIZADORA FEMININA]

Orientações e Planos de Alta
Retorno Ambulatorial: Sim

Qual especialidade: Ginecologia e obstetrícia
Local: Médico Assistente
Médico específico:
Retorno em: 15 dias

Orientação de Alta:
Realizado reconciliação medicamentosa: Não
Realizado educação médica para auto cuidado: Sim
Solicitação de exames de imagens: Não
Solicitação de exames laboratoriais: Não

Condições de Alta: Alta Melhorada(o)

Destino: Residência

Figura 18: meu sumário de alta. Oculteí apenas os nomes dos médicos. Arquivo pessoal.

A recuperação consistia em ficar parada, sem fazer esforço ou se abaixar, tomando medicações para dor e fazendo curativo no umbigo durante 15 dias. No início o umbigo doía mais e eu não conseguia ficar sentada, sendo obrigada a permanecer deitada a maior parte do tempo. Andar longas distâncias também me causava dor, mas de resto a recuperação se deu com tranquilidade. Após 21 dias eu não sentia mais nenhum incômodo. Retornei ao médico para que ele olhasse os pontos, que seriam absorvidos pelo corpo. Ele me entregou o resultado da biopsia das trompas e me disse que estava tudo bem. É estranho pensar, observei em meu caderno de campo, que nos abram, tirem coisas lá de dentro e nos fechem de novo, e que o corpo já comece a curar essas feridas abertas em um espaço impressionantemente curto de tempo.

O relato da minha cirurgia foi longo e detalhado, porque foi escrito em meu caderno apenas dois dias depois da operação, enquanto me recuperava, deitada na cama. Assim, pude conservar bem a memória, para fins artísticos e acadêmicos. Essas impressões vívidas também

partiram de uma necessidade de absorver todo o procedimento cirúrgico para transplantá-lo para o papel. Essa experiência física só podia ser transcrita por meio do meu próprio corpo. Tive a oportunidade, por meio de uma conjunção de fatores, de vivenciar a experiência de uma paciente que estuda pacientes, e entrever algumas das dificuldades e sensações experienciadas por elas ao longo do processo de realização da esterilização voluntária sendo uma mulher jovem e sem filhos. Consegui realizar a cirurgia seis meses depois de completar 25 anos e desde o meu primeiro contato com um médico após atingir os antigos critérios legais, em janeiro. Graças a estratégias utilizadas por mim, algumas aprendidas com as mulheres no grupo “esterilização sem filhos”, mas também aquelas utilizadas pelos próprios médicos anteriores e que se recusaram a realizar a cirurgia, pude encontrar um cirurgião que realizasse a salpingectomia sem se opor.

O paciente é um corpo tutelado¹⁸⁵, cujos procedimentos dependem de um saber-poder outorgado ao médico. O profissional de saúde possui a técnica e, a partir dela, poderes sobre o diagnóstico, os exames e os procedimentos feitos no paciente, de tomar decisões por ele e questionar mesmo a sua vida privada (Costa, 2007). Ademais, no caso da esterilização, por não se tratar de um procedimento de emergência, chamado de cirurgia eletiva, pode escolher a realizar ou não a partir dos seus próprios critérios, sejam eles morais, filosóficos ou religiosos, ou mesmo de experiência clínica, dentre outros.

Após a cirurgia, pude retornar ao campo com outros olhos, mais tranquilos, para estranhar todos aqueles medos e discursos muito particulares, com os quais eu me sentia estrangeira, mas uma estrangeira familiar. Por fim, rompi uma única vez com minha própria decisão de não me manifestar no grupo, publicando anonimamente o nome do médico que me operou. Após refletir se deveria fazer isso ou não, decidi que essa seria uma maneira de retorno ao grupo, já que o doutor B. não estava na lista fornecida por elas. Meses após a minha cirurgia, vi relatos de mulheres que realizaram, a partir da informação que forneci, a cirurgia com o mesmo profissional.

¹⁸⁵ Não utilizo o termo tutela aqui no âmbito jurídico, mas em seu sentido dado pelo dicionário, isto é, de uma proteção que é exercida a alguém mais frágil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma pesquisa nunca realmente termina, mas é o resultado de um trabalho possível em um determinado momento, dentro das circunstâncias e do tempo disponível para isso. Diante da complexidade da realidade, poderia passar vários anos descrevendo e analisando a riqueza do universo e dos entraves vivenciados por mulheres que buscam a laqueadura como método contraceptivo eletivo, e é algo que não findaria. No entanto, dentro dos recortes possíveis para um mestrado, procurei focar no processo de obtenção da cirurgia de esterilização voluntária realizada por mulheres sem filhos e compreender como se dá a efetivação do acesso a direitos reprodutivos por parte dessas mulheres. Escolhi, para isso, um grupo específico na internet, voltado exclusivamente para mulheres sem filhos, que estabelecem entre si uma certa identidade e visão de mundo, na busca de um mesmo propósito: garantir a não-maternidade por meio de um método definitivo de contracepção.

Ao observar um pouco da construção social da mulher como mãe e o destino feminino atrelado à maternidade, mulheres que procuram fugir desse papel são vistas como desviantes, pois fogem do que é preconizado para elas, isto é, da normatividade. Na dicotomia que distingue e objetiva os sujeitos (Foucault, 1995) em normais e anormais, aqui, em mãe e não-mãe. Logo, para entender a não-maternidade, precisei compreender a maternidade, e em que lugar essas mulheres se colocavam ao negá-la.

Ainda, o fenômeno da medicalização dos corpos femininos transforma a maternidade e o parto em áreas de ingerência médica. O corpo que procura se esterilizar é duplamente tutelado: primeiro pelo Estado, que permite ou impede a esterilização dentro de certos parâmetros normativos, e depois pelo médico, que aceita ou não realizar a cirurgia dentro dos seus próprios critérios, muitas vezes discricionários e moralizantes. Se estamos falando do setor público, também acrescentamos aqui agentes e trâmites estatais nos postos, unidades básicas de saúde e hospitais públicos.

São diversos os caminhos percorridos por cada mulher que busca se esterilizar. São diversos os entraves que ela encontra nesse percurso, devendo barganhar entre dois poderes – o médico e o estatal – para realizar a cirurgia. Cada posto, cada plano de saúde e cada hospital funciona de maneira única, evidenciando a singularidade das relações e práticas sociais. O direito como norma se destaca como forma de resistência, um meio para efetivar o que é considerado um direito sobre o próprio corpo.

Ainda, vimos que a Lei do Planejamento Familiar, no que diz respeito à laqueadura, foi pensada dentro de um contexto de esterilização em massa no Brasil, buscando regular um procedimento que era realizado em meio à omissão estatal. A laqueadura foi pensada principalmente para mulheres pobres, racializadas e com muitos filhos, sendo uma maneira eficaz de conter a fecundação considerada desenfreada e indesejada. Na ocasião, não se pensou, ouso dizer, em mulheres que, por agência própria e fora desses parâmetros, decidisse pelo método de contracepção definitiva. Ademais, com o surgimento dos métodos contraceptivos de longa duração (métodos LARC), tal qual o dispositivo intrauterino, a laqueadura perde relevância, não sendo mais vista com grande interesse pela classe médica, que prefere a utilização de métodos reversíveis, independentes de uma ação feminina¹⁸⁶, que causam menos polêmicas¹⁸⁷ e, ainda, são mais rentáveis, pois precisam ser renovados de tempos em tempos¹⁸⁸. A coerção reprodutiva, que procura determinar que método é o melhor para cada mulher, e quem é apta ou não para ser mãe, faz parte do processo denominado biomedicalização da vida.

Buscando contrariar essa lógica, as mulheres do grupo “esterilização sem filhos” escolhem um método de contracepção que não foi preconizado para elas e que não faz parte do que seria considerado adequado para corpos aptos e desejáveis a reproduzir. Elas rompem com a oferta seletiva de métodos contraceptivos e com o papel social da mulher como mãe. A escolha pela não-maternidade passa a ser uma decisão existencial e social que precisa ser reafirmada e que necessita de um espaço próprio de acolhimento, auxílio e apoio mútuo para ser efetivada. Diante de tantas dificuldades, são necessárias estratégias de luta para a efetivação de direitos reprodutivos e o exercício de liberdade e autonomia sobre o próprio corpo.

¹⁸⁶ Diferente de métodos como o contraceptivo oral (ou pílula anticoncepcional), o dispositivo intrauterino (DIU) e o implante subcutâneo (implanton) não dependem de uma ação diária da mulher, como tomar um comprimido, e por isso acredita-se que funcionem melhor para conter a concepção.

¹⁸⁷ O dispositivo intrauterino (DIU) encontra alguma resistência, pois há certos discursos que o colocam como método abortivo. Para saber mais: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre DIU de cobre nas maternidades. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-diu-de-cobre-nas-maternidades/>

¹⁸⁸ O DIU, a depender do modelo, pode durar de três a dez anos. Para saber mais: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre DIU de Cobre x DIU Hormonal: diferenças e indicações. Rio de Janeiro, 04 jan. 2024. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-diu-de-cobre-x-hormonal>.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, T.E., ELLIS, C. and JONES, S.H. Autoethnography. **The International Encyclopedia of Communication Research Methods**. eds J. Matthes, C.S. Davis and R.F. Potter. 2017.
- 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.
- AMARAL, A. Etnografia e pesquisa em cibercultura: limites e insuficiências metodológicas. **Revista USP**, [S. l.], n. 86, p. 122-135, 2010. DOI: 10.11606/issn.2316 9036.v0i86p122-135. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13818>.
- BARBOSA, L. C. LEITE, I. C. NORONHA, M. F. Arrependimento após a esterilização feminina no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde e Maternidade Infantil**. Recife, 9 (2), p. 179-188, abril/jun. 2009.
- BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 18: 179-180, 1984
- BATAILLE, Georges. O Erotismo. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2017. 339 pp.
- BEAUVOIR, Simone. **Balanço Final**. Ed. Nova Fronteira, 504 p., 1972.
- BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Editora Vozes: Petrópolis, 2014.
- BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **Modernidade, pluralismo e crise de sentido. A orientação do homem moderno**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.
- BERQUÓ, Elza e CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2003, v. 19, supl. 2, pp. S441-S453. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800025>
- BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Nova ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BOBEL, Chris. Paradox of Natural Mothering. **Philadelphia: Temple University Press**, 2002.
- BOURDIEU, Pierre. “Sobre o poder simbólico”. In: **O poder simbólico**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. 22ª ed. Rio de Janeiro: Difel, 2023.
- BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Linguísticas: O que Falar Quer Dizer I - 2. ed.**, 1ª reimpr. -São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.
- BOURDIEU, Pierre. L’illusion biographique. In: **Actes de la recherche en sciences sociales**. Vol. 62-63, pp. 69-72, juin 1986. Tradução de Olívia Alves Barbosa.

BRANDÃO, Elaine R. e CABRAL, Cristiane S. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres “vulneráveis”. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 27, n. 61, p. 47-84, set./dez. 2021.

BRANDÃO, Elaine Reis et al. Homens jovens e aborto: a perspectiva masculina face à gravidez imprevista. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020, v. 36, n. Supl. 1, e00187218. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00187218>>. Epub 10 Fev 2020. ISSN 1678-4464.

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.

BUZANELLO, José Carlos. Objeção de consciência: uma questão constitucional. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília a. 38 n. 152 out./dez. 2001

CAMPANELLA, B. **Por uma etnografia para a internet: transformações e novos desafios**. MATRIZES, [S. l.], v.9, n.2, p. 167-173, 2015. DOI: 10.11606/issn.1982-8160.v9i2p167-173.

CARDOSO, L. R. de O. (2018). **O ofício do antropólogo, ou como desvendar evidências simbólicas**. Anuário Antropológico, 32(1), 9-30.

CARMO, Iris Nery do. Há algo de natural na natureza? Corpo, natureza e cultura nas teorias feministas. In: **Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades**, Salvador, 2011.

CARVALHO, L. E. C. de., CECATTI, J. G., OSIS, M. J. D., e SOUSA, M. H. de. Número ideal de filhos e arrependimento pós-laqueadura. **Revista Da Associação Médica Brasileira**, 52(5), 293-297. 2006.

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.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 2.217/2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Publicada no D.O.U de 01 de novembro de 2018, seção I, p. 179. disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>.

COROSSACZ, Valeria R. **O corpo da nação: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009. 294p. (coleção Etnologia, v. 06).

COSTA, Rosely G. Gender and sexuality in ethnography, **Omeerta, Journal for Applied Anthropology**. Pp. 38-44, 2007.

DA MATTA, Roberto. **O ofício de etnólogo, ou como ter anthropological blues**. A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. P. 23-35.

DIÓGENES, Glória M. S. **Entre cidades materiais e digitais: esboços de uma etnografia dos fluxos da arte urbana em Lisboa**. Revista de Ciências Sociais, Fortaleza, V. 46, n. 1, jan/jun 2015, p. 43-67.

DUARTE, Luiz F. D. A pulsão romântica e as ciências humanas no Ocidente. **RBCS**, v. 19, n. 55, junho, p. 5-19, 2004.

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

DUARTE, Luiz F. D. The vitality of vitalism in contemporary anthropology: Longing for an ever green tree of life. **Anthropological Theory**, v. 21, n. 2, 2021.

ELIAS, Norbert. **Mozart: A sociologia de um gênio**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

EVARISTO, Conceição. **Becos da Memória**. Pallas; 1ª edição, 200p, 2017.

FAVRET-SAADA, Jeanne. 1990. “Être Affecté”. In: *Gradhiva: Revue d’Histoire et d’Archives de l’Anthropologie*, 8. pp. 3-9. Tradução: “Ser afetado”, de Jeanne Favret Saada. **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, São Paulo, Brasil, v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005. DOI: 10.11606/issn.2316-9133.v13i13p155-161. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50263>.

FIGUEIRA, Luiz Eduardo. **Implicações da perspectiva etnográfica na pesquisa em direito e problemáticas possíveis acerca das decisões judiciais**. Revista Juris Poiesis - Rio de Janeiro. Vol.22-nº 28, 2019, pp. 283- 427. ISSN 2448-0517. Rio de Janeiro, 29 de abril de 2019.

FONSECA, Claudia e CARDARELLO, Andrea. Direitos dos mais e menos humanos*. **Horizontes Antropológicos**. 1999, v. 5, n. 10, pp. 83-121. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-71831999000100005>>. ISSN 1806-9983.

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. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade, 1: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade, 3: O cuidado de si**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In.: DREYFUS, Hubert L. e RABINOW, Paul. Michel Foucault. **Uma trajetória Filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População: Curso dado no College de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, Luiza e PASSARINHO, Nathalia. Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz. **BBC News Brasil**, Londres e São Paulo, 26 jun. de 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368>.

GAMA, F. A autoetnografia a como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. **Anuário Antropológico**, [S. l.], v. 45, n. 2, p. 188-208, 2020. DOI: 10.4000/aa.5872.

GAMA, F., RAIMONDI, G. A., e BARROS, N. F. de. Apresentação -Autoetnografias, escritas de si e produções de conhecimentos corporificadas. **Sexualidad, Salud Y Sociedad** (Rio De Janeiro), (37), e 21300, 2021.

GEERTZ, Clifford. **O Saber Local: Novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

GEERTZ, Clifford. **Uma descrição densa. Por uma teoria interpretativa da cultura**. In A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. P. 3-21.

GIRARDI JR., Liráucio. Pierre Bourdieu: mercados linguísticos e poder simbólico. **Revista FAMECOS**, [S. l.], v. 24, n. 3, p. ID25978, 2017. DOI: 10.15448/1980-3729.2017.3.25978.

GOFFMAN, Erving. **A Representação do eu na vida cotidiana**. 20ª Ed. Vozes: Petrópolis, Rio de Janeiro. 273 pp. 2014.

GOMES, Edlaine de Campos e MENEZES, Rachel Aisengart. Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2008, v. 18, n. 1, pp. 77-103. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000100006>>. Epub 15 Jul 2008. ISSN 1809-4481.

HARAWAY, Donna. In the beginning was the word: the genesis of biological theory. In: HARAWAY, Donna. **Simians, Cyborgs, and Women: the reinvention of nature**. New York, London: Routledge, 1991.

IACONELLI, Vera. **Manifesto antimaternalista: psicanálise e políticas de reprodução**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

IGREJA, Rebecca Lemos. O Direito como objeto de estudo empírico: o uso de métodos qualitativos no âmbito da pesquisa empírica em Direito. In Machado, Máira Rocha (Org.). **Pesquisar empiricamente o direito**. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017.

INGOLD, Tim. An anthropologist looks at biology. **Man**, v. 25, n. 2, p. 208-229, 1990.

KANT DE LIMA, Roberto; LUPETTI BAPTISTA, Bárbara Gomes. **Como a Antropologia pode contribuir para a pesquisa jurídica? Um desafio metodológico**. In: Anuário Antropológico, 2013, Brasília, UnB, 2014, v.39, n.1, 09-37.

KLINGER, Diana. **Escritas de si, escritas do outro: o retorno do autor e a virada etnográfica**. Rio de Janeiro: Ed. 7 letras. 180 p. 2023.

KOFES, Suely. **Uma Trajetória Em Narrativas**. 1ª edição. Goiás: Mercado de Letras, 2001.

LEMOS, André. Cunha, Paulo (org). Olhares sobre a Cibercultura. Sulina, Porto Alegre, p. 11-23, 2003.

MAGNANI, José G. C. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**. 2009, v. 15, n. 32, pp. 129-156.

MATOS, Maria Izilda S. Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico (São Paulo 1890-1930). P. 107 - 127. In: MATOS, Maria Izilda e SOIHET, Rachel (orgs.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora Unesp, 2003.

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

MEDEIROS, Monique X. L. Conflitos de Estado nas comissões parlamentares de inquérito sobre “planejamento familiar”: esterilização, soberania nacional, nordeste e corpos femininos. **Revista Antropolítica**, v. 55, n. 2, Niterói, e56440, 2. quadri., mai./ago., 2023.

MERCADO, Luís Paulo Leopoldo. Pesquisa qualitativa on-line utilizando a etnografia virtual. **Revista Teias**, V. 13, N. 30, p. 169-183, Set/dez. 2012.

MONACO, Helena M. Quem cala consente? Ambientes digitais e suas implicações para a pesquisa antropológica. **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. e175295, 2020.

OLIVEIRA, Januária Teive de. **Lobby das meninas: a mulher na constituinte de 1987/88**. março 2020. Disponível em: <http://querepublicaeessa.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; LAMPHIER, 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.

PAUGAM, Serge. Afastar-se das prenoções. In: _____. **A pesquisa sociológica**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

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

PEDRO, Joana Maria. As representações do corpo feminino nas práticas conceptivas, abortivas e no infanticídio - século XX. P. 157 -176. In: MATOS, Maria Izilda e SOIHET, Rachel (orgs.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora Unesp, 2003.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**. 2014, v. 20, n. 42, pp. 377-391.

PEREIRA NETO, André et al. O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, supl., dez. 2015, p.1653-1671.

PIRES, Welkson. O que é configuração social? In **conceitos e categorias fundamentais no ensino de sociologia** - volume 1. 1ª edição. Maceió: Editora café com sociologia, 2021.

POLIANOV, Beatriz B. Dinâmicas identitárias no Facebook: estratégias de publicização e ocultamento de conteúdos. **XII Congresso ALAIC**, Lima, 2014. 8, 2014.

POLIANOV, Beatriz. Etnografia Virtual, Netnografia ou Apenas Etnografia? Implicações dos Termos em Pesquisas Qualitativas na Internet. Intercom- Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, **XXXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação** - Manaus, AM- 4 a 7/9/2013

RIBEIRO, Renato Janine. Não há pior inimigo do conhecimento que a terra firme. **Tempo Social**; Rev. Soc. USP, São Paulo, (11) 1: 189-195, maio de 1999.

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, p. 183-196, 2004.

ROHDEN, Fabíola. Feminismo do sagrado: uma reencenação romântica da diferença. **Estudos Feministas**, v. 97, n. 1, p. 96-117, 1996.

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

RUSSO, Jane; PONCIANO, Edna. O Sujeito da Neurociência - da naturalização do homem ao re-encantamento do mundo. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 345-373, 2002.

SANTOS, Amanda Maihara dos et al. Arrependimento da realização da esterilização tubária em gestação de alto risco. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 49-68, jan. 2014.

SANTOS, William Soares dos. Níveis de interpretação na entrevista de pesquisa interpretativa com narrativas. In **A entrevista na pesquisa qualitativa: perspectivas em análise da narrativa e da interação**. Org: BASTOS, Liliana Cabral e SANTOS, William Soares dos. Rio de Janeiro: Quartet: Faperj, 2013. P. 22-35.

SARTRE, Jean-Paul. **A Náusea**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

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

SCARAMELLA, Maria Luiz. A produção de biografias judiciais em autos de processos penais: uma análise dos laudos psiquiátricos do caso Maura Lopes Cançado. 2015.

Confluências | Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito, 17(3), 14-34.

<https://doi.org/10.22409/conflu17i3.p442>.

SCHIEBINGER, Londa. Mamíferos, primatologia e sexologia. In: PORTER, Roy; TECH, Mikolas. **Conhecimento sexual, ciência sexual**. São Paulo: Editora Unesp, 1998.

SCHIEBINGER, Londa. *Nature's Body: gender in the making of modern science*. Boston: Beacon, 1993.

SILVA, Hélio R. S. A situação etnográfica: andar e ver. **Horizontes Antropológicos**. 2009, v. 15, n. 32, pp. 171-188.

SILVA, Tomaz T. A produção social da identidade e da diferença. In _____, Tomaz T. (org); HALL, Stuart e WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença: A perspectiva dos estudos culturais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

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.135-146, 2010.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: **individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Bazar Editora, pp. 121-132. 1981.

VIANNA, Adriana. “Etnografando documentos: uma antropóloga em meio a processos judiciais”. In: CasXlho, Sergio Ricardo Rodrigues et al (org.). **Antropologia das práticas de poder: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2014.

VIEIRA JUNIOR, Luiz A. M. A imersão oculta em plataformas online: uma experiência antropológica a partir dos estudos de recepção. **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, [S. l.], v. 29, n. 2, p. e175275, 2020.

VIEIRA, Elisabeth Meloni e SOUZA, Luiz de. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2009, v. 43, n. 3, pp. 398-404. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000300002>>. Epub 12 maio 2009. ISSN 1518-8787.

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

ANEXOS

ANEXO 01 - Termo de consentimento livre e esclarecido fornecido pela FEBRASGO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Eu _____, portadora da cédula de identidade nº, _____, inscrita no CPF sob o nº _____, residente e domiciliada na _____, na cidade de _____ Estado do _____, atualmente com ____ anos de idade, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente, Dr. _____, inscrito no CRM sob o nº _____, manifesto o desejo de ser submetida a laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade.

Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme a Lei 9263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 e que, de acordo com a mesma lei, desde que observado esse prazo mínimo, é permitida a laqueadura durante o período do parto;

Antes da operação, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez;

- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea); via periumbilical (logo a seguir do parto vaginal).

- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de alguma anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo médico assistente e Serviço de Anestesia.

- Embora o método de laqueadura tubária esteja entre os mais efetivos dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. **Existe uma porcentagem de falha em torno de 0,41% que independe da paciente ou do médico.**

- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.

- **A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente nem garantia de sucesso**, devendo sempre ser entendido a laqueadura como um procedimento potencialmente irreversível;

- As complicações que poderão surgir são: Intra-operatórias (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e Pós-operatórias Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras) bem como Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelvipерitonites, hemorragia e outras, que podem ter desdobramentos graves) perfurações de órgãos;

- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto ou necessidade técnica, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;

- O procedimento planejado da esterilização cirúrgica durante o período de parto (após passado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da minha vontade e o parto) poderá sofrer mudanças de técnica ou postergado, devido a condições médicas, técnicas ou de estrutura assistencial da maternidade.

- Por se tratar a Medicina de ciência com múltiplas variáveis, do meu próprio corpo, de dificuldades ou indicações e contra-indicações que podem se apresentar no momento, caso não seja possível realizar a laqueadura, entendo que a fundamentação será registrada em prontuário e a equipe médica me orientará outro método para evitar gravidez que seja aplicável ao meu caso;

- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os Métodos de barreira, Anticoncepção hormonal, Dispositivos intrauterinos (DIU), Implantes e Métodos naturais;

Entendo também que o desejo de laqueadura não significa jamais a indicação absoluta de cesárea, haja vista as outras técnicas descritas para a laqueadura pós- parto que podem ser aplicadas no caso de parto via vaginal, e que é proibido pela Lei realizar cesárea para fim exclusivo de esterilização;

Tenho ciência, conforme disposto no Art. 11 da Lei 9263/1996, que toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde;

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome: _____
Assinatura: _____
Identidade nº: _____
São Paulo _____ Hora _____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____
Assinatura: _____ CRM: _____
São Paulo _____ Hora _____

O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico.

ANEXO 02 - material disponibilizado pela FEBRASGO para médicos



Conheça a nova lei da Laqueadura Tubária

São 3 principais modificações em relação à lei anterior:



Idade

LEI N 9.263 - 1996 (lei anterior)
Idade 25 anos

Artigo 10.
Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
I - Em homens e mulheres com capacidade civil plena e **maiores de 25 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;

Conclusão: Modificou apenas a idade, que passou de 25 para 21 anos, para quem tem menos de 2 filhos vivos ou nenhum filho vivo. Com 2 filhos vivos, basta ter capacidade civil plena (18 anos). Restante do texto permaneceu inalterado e mantém a necessidade de manifestação antecipada da vontade com prazo mínimo de 60 dias antes do procedimento para aconselhamento multidisciplinar.

LEI N 14.443 - 2022 (atualizações na lei)
Idade 21 anos

Artigo 10.
Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
I - Em homens e mulheres com capacidade civil plena e **maiores de 21 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;

LEI N 9.263 - 1996 (lei anterior)
Proibida no parto ou aborto

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

Conclusão: Condições necessária: manifestação antecipada da vontade com prazo mínimo de 60 dias antes do parto para aconselhamento multidisciplinar e ter as condições médicas para realizar o procedimento.

LEI N 14.443 - 2022 (atualizações na lei)
Garantida no pós-parto

§ 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.



No parto



Consentimento do cônjuge

LEI N 9.263 - 1996 (lei anterior)
Consentimento do cônjuge

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

Conclusão: Retirada a necessidade de consentimento do cônjuge.

LEI N 14.443 - 2022 (atualizações na lei)
Sem necessidade de consentimento do cônjuge

§ 5º Revogado.

GT FEBRASGO - NOVA LEI LT
Grupo 1 – Mirela, Fabiana e Rogério

Clique e saiba mais

Lei anterior
LEI N 9.263 - 1996

Atualizações na lei
LEI N 14.443 - 2022