

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE DIREITO

LETÍCIA PAVEI SOARES

**ESTERILIZAÇÃO DA MULHER E DIREITOS REPRODUTIVOS: ANÁLISE DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTRACEPÇÃO À LUZ DA LEI Nº 9.263/96 DIANTE
DA AUTONOMIA DO CORPO**

CRICIÚMA

2018

LETÍCIA PAVEI SOARES

**ESTERILIZAÇÃO DA MULHER E DIREITOS REPRODUTIVOS: ANÁLISE DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTRACEPÇÃO À LUZ DA LEI Nº 9.263/96 DIANTE
DA AUTONOMIA DO CORPO.**

Monografia de Conclusão de Curso,
apresentada para obtenção do grau de
bacharel, no curso de Direito da Universidade
do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.^a. Rosângela Del Moro

CRICIÚMA

2018

LETÍCIA PAVEI SOARES

**ESTERILIZAÇÃO DA MULHER E DIREITOS REPRODUTIVOS: ANÁLISE DAS
POLÍTICAS PÚBLICA DE CONTRACEPÇÃO À LUZ DA LEI Nº 9.263/96 DIANTE
DA AUTONOMIA DO CORPO**

Monografia de Conclusão de Curso aprovada
pela Banca Examinadora para obtenção do
Grau de Bacharel, no Curso de Direito da
Universidade do Extremo Sul Catarinense,
UNESC.

Criciúma, 19 de novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Rosângela Del Moro - Especialista – (Universidade do Extremo Sul
Catarinense - UNESC) - Orientadora

Prof. Marcus Vinicius Almada Fernandes – Especialista – (Universidade do Extremo
Sul Catarinense)

Prof.^a. Gabriele Dutra Bernardes Ongaratto – Mestre – (Universidade do Extremo Sul
Catarinense - UNESC)

Dedico meu trabalho à todas as mulheres que se empenham diariamente para tornar a sociedade mais compreensiva, justa e igualitária.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus e ao universo por toda energia que me guiou nesta trajetória até o dia de hoje. A vida nos ensina as maiores lições através de situações desafiadoras e aprendi que cada ensinamento é um meio de renascer.

Agradeço à minha família, em especial à minha mãe Cris, por ser minha fortaleza, confidente, fonte de paciência e de carinho sem fim. Ao meu pai, Roberto, por ser minha inspiração de valores profissionais e por todo seu amor. E à minha irmã, Camila, que mesmo tão distante de mim sempre se faz presente.

Agradeço também à minha amiga Natália, minha gêmea de coração, que me acompanha em todos os momentos da minha vida.

À minha amiga Vitória, minha irmã de alma, por estar sempre ao meu lado, por seu carinho e apoio incondicional em todos esses anos.

Ao meu amigo Donizete, que cuida de mim como se fosse meu irmão, levanta meu astral e faz meus dias melhores, um verdadeiro anjo em minha vida.

À minha amiga Larisse, por termos trilhado juntas mais uma etapa de nossas vidas nos últimos cinco anos com tantas alegrias e momentos inesquecíveis.

À minha amiga Simone, por acompanharmos uma à outra nesta trajetória de cinco anos (“duplinha de sempre”) e pela linda amizade que construímos.

Às minhas amigas Bruna e Ana Carolina, que mesmo não presentes diariamente fazem os meus dias melhores com nossos desabafos e momentos cômicos (além de todo suporte).

Às minhas amigas Ana Lúcia e Carolina, que me apoiaram na construção deste trabalho e me fortaleceram neste caminho.

Aos meus amigos do grupo MQCT, por todo carinho e apoio que construímos e temos uns pelos outros.

Ao professor Jean e meus colegas da Casa da Cidadania, obrigada por trazerem leveza e boas risadas em meio à um semestre tão tumultuado.

Por fim, à minha orientadora Rosângela, peça fundamental na minha construção acadêmica e na elaboração deste trabalho. Obrigada por toda paciência e atenção empenhada no desenvolvimento desta monografia e por constantemente me desafiar a buscar o meu melhor.

E a todos que de alguma forma contribuíram para concretização deste momento, muito obrigada!

**“O feminismo não está aqui para ditar o que
você deve fazer. Estamos aqui para te dar
chance de escolher”**

Emma Watson

RESUMO

O presente trabalho monográfico consubstanciou-se no estudo dos Direitos Reprodutivos e da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96) em relação às políticas públicas de saúde integral da mulher. Teve como objetivo demonstrar os motivos que levaram parte significativa das mulheres no Brasil à aderirem a esterilização voluntária como método contraceptivo principal, bem como analisou as circunstâncias que envolvem o procedimento em si e a escolha reprodutiva. Ademais, examinou as características da Lei nº 9.263/96 favoráveis e desfavoráveis ao empoderamento das mulheres quanto ao seu corpo na sociedade e no plano individual. Ao fim, concluiu-se que mesmo diante de políticas públicas em saúde integral da mulher e da Lei do Planejamento Familiar que persiste eminente necessidade de materializar novas políticas e orientações congruentes com as demandas das mulheres para que tenham pleno acesso à informação, atendimento e educação em Direitos Reprodutivos. O método básico de pesquisa utilizado foi o dedutivo, por meio de pesquisa teórica e qualitativa, a partir de material bibliográfico encontrado em artigos de periódicos, doutrinas, legislações esparsas, dissertações e cartilhas informativas com bases de dados do Governo Federal, Ministério da Saúde e Universidade Federal de Santa Catarina.

Palavras-chave: Direitos Humanos; Direitos Reprodutivos; Planejamento Familiar; Políticas Públicas; Contracepção.

ABSTRACT

This work was based on the study of Reproductive Rights and the Family Planning Law (Law 9.263/96) related to women's comprehensive health public policies. The main objective was to demonstrate the reasons that led significant part of Brazilian women to choose voluntary sterilization as their contraceptive method, as well as to analyze circumstances surrounding the procedure itself and reproductive choice for women. In addition, it assayed the Law 9.263/96 in its favorable and unfavorable characteristics due to women's empowerment over their bodies face to society and individual issues. In the end, it was concluded that besides the existence of women's comprehensive health public policies and the Family Planning Law, it has been maintained an eminent need to materialize new policies and guidelines consistent with women's demands for full access to information, care and education in Reproductive Rights. It was used the deductive method, based on theoretical and qualitative research coming from bibliographic material of periodical articles, doctrines, extensive legislation, dissertations and informative booklets with databases of the Federal Government, Ministry of Health and Federal University of Santa Catarina.

Key words: Human Rights; Reproductive Rights; Family Planning; Public Policies; Contraception.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BEMFAM Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil
CEDAW Convenção contra Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
CEPE Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CFM Conselho Federal de Medicina
CNJ Conselho Nacional de Justiça
DUDH Declaração Universal dos Direitos Humanos
OMS Organização Mundial de Saúde
ONU Organização das Nações Unidas
PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDS Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
RENAME Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais
SUS Sistema Único de Saúde
UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DIREITOS REPRODUTIVOS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	13
2.1 PANORAMA CONTEMPORÂNEO DOS DIREITOS HUMANOS NO MUNDO... 13	
2.2 DIREITOS REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS..... 17	
2.3 RECONHECIMENTO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA.....21	
2.4 DIREITOS REPRODUTIVOS E DIREITOS SEXUAIS..... 24	
3 LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTRACEPÇÃO.....	28
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E A REGULAMENTAÇÃO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA.....28	
3.2 BREVE ANÁLISE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERTADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....32	
3.3 O ADVENTO DA LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR (LEI Nº 9.263/96) E REFLEXOS DA LEI NO DECORRER DAS ÚLTIMAS DUAS DÉCADAS..... 37	
4 O PODER DA ESCOLHA DA MULHER EM FACE DOS CRITÉRIOS EXIGIDOS NA LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	44
4.1 O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA MULHER.....44	
4.2 O CONFRONTO ENTRE A AUTONOMIA DO CORPO E A LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR48	
4.3 A ESTERILIZAÇÃO DA MULHER COMO OPÇÃO CONTRACEPTIVA REMANESCENTE FRENTE A CARÊNCIA DE POLÍTICAS E INFORMAÇÃO NO CENÁRIO ATUAL DA SAÚDE REPRODUTIVA.....52	
5 CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS.....	59

1 INTRODUÇÃO

A busca por métodos contraceptivos seguros, bem como sua disponibilização em caráter igualitário para a população, são problemáticas sociais que compõem os direitos reprodutivos, categoria interdisciplinar de direitos presente no Direito Brasileiro.

O advento da Lei nº 9.263/96 (Lei do Planejamento Familiar) representou a inserção legal dos direitos reprodutivos de modo explícito no aparato legal nacional. Em seu teor, a Lei nº 9.263/96 corresponde a instrumento garantidor do acesso aos serviços de saúde reprodutiva, em especial pela oferta de métodos contraceptivos e por regulamentar o procedimento de esterilização voluntária na rede pública de saúde.

O presente trabalho monográfico tem como propósito verificar a efetividade da regulamentação da esterilização voluntária no meio social desde a vigência da Lei nº 9.263/96. Em suma, objetiva averiguar a existência e eficácia de políticas públicas no tocante a saúde integral da mulher à luz dos preceitos garantidores do livre planejamento familiar da Lei nº 9.263/96 e da Constituição Federal de 1988.

Nessa ordem, a pesquisa se divide em três capítulos. Inicialmente, o primeiro capítulo conceituará os direitos reprodutivos no ordenamento jurídico a partir do estudo desde as origens, as quais são derivadas dos direitos humanos. Após explanar a relação entre os direitos humanos e os direitos reprodutivos, o estudo situará os direitos reprodutivos dentro da legislação brasileira, também abordará os direitos reprodutivos e direitos sexuais, primordial para entendimento da autonomia de ambos no campo jurídico.

O segundo capítulo estudará a Lei nº 9.263/96 e as políticas de contracepção no Brasil. Deste modo, abordará o processo de surgimento e implantação do Sistema Único de Saúde, bem como os reflexos para a saúde pública. Em sequência, tratará dos oito métodos contraceptivos ofertados pelo Sistema Único de Saúde, bem como suas fórmulas disponibilizadas e meios de ação. Por fim, a Lei nº 9.263/96 será objeto de análise integral, acompanhada das devidas pontuações sobre os reflexos principais da Lei após sua vigência nos últimos vinte anos.

Por fim, o terceiro capítulo discutirá a existência da livre autonomia da mulher na escolha reprodutiva, levando-se em conta a cultura da esterilização, em face dos aspectos e garantias previstos na Lei nº 9.263/96 e nas políticas de saúde da mulher. Primeiramente, caracterizará o que são políticas públicas e o papel delas como instrumento de efetivação do acesso à saúde da mulher. Após, será procedido à análise crítica dos pontos restritivos da Lei nº 9.263/96 em detrimento da autonomia do corpo da mulher. Ao fim, o terceiro capítulo discutirá os elementos sociais, políticos e da saúde pública que influenciam na esterilização voluntária como método contraceptivo após a vigência da Lei nº 9.263/96.

A relevância social do tema reside em explorar temática do direito interdisciplinar pouco abordada por seu caráter interdisciplinar, cunho político e socioeconômico. Tem-se o escopo de trazer à tona problemas que existem, que afetam a saúde reprodutiva das mulheres brasileiras e que possuem um aparato legal para se recorrer, porém que não produz a devida eficácia no plano da realidade.

O método básico de pesquisa a ser utilizado foi o dedutivo, por meio de pesquisa teórica e qualitativa, a partir de material bibliográfico encontrado em artigos de periódicos, doutrinas, legislações esparsas, dissertações e cartilhas informativas com bases de dados do Governo Federal, Ministério da Saúde e Universidade Federal de Santa Catarina.

2 DIREITOS REPRODUTIVOS NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Os direitos reprodutivos tratam-se de categoria de direitos com caráter interdisciplinar, os quais dispõem direitos e deveres ligados ao planejamento familiar envolvendo direitos humanos, liberdades inerentes ao indivíduo, direito à saúde, acesso à informação, dentre outros (VENTURA, 2009, p. 19).

O presente capítulo se propõe a minuciar as principais características desse ramo do direito, bem como demonstrar sua conexão com os direitos humanos. Ainda, abordará o reconhecimento dos direitos reprodutivos na legislação brasileira, bem como a sua autonomia perante os direitos sexuais.

2.1 PANORAMA CONTEMPORÂNEO DOS DIREITOS HUMANOS NO MUNDO

Os direitos humanos representam um conjunto de direitos decorrentes de necessidades de caráter universal. Em suma, visam propiciar à humanidade o cuidado integral em termos morais, éticos e políticos, a partir da elaboração de garantias em prol do todo (VENTURA, 2009, p. 35).

Desde a antiguidade, somam-se mais de vinte e oito séculos para o nascimento de um compilado de direitos universais, a denominada Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), Paris, no ano de 1948 (RAMOS, 2014a, p. 31).

Segundo Peterke et al. (2009, p. 24), anterior à DUDH a intervenção em matéria de direitos humanos de uma nação em outra ocorria em situações predeterminadas. Usualmente era relacionado à proteção individual do conterrâneo em outro país e/ou casos de imunidades diplomáticas, não existindo um rol de normas relevantes para a coletividade.

A discussão sobre direitos humanos tornou-se expressiva em caráter internacional durante a Segunda Guerra Mundial. Até esse período, cada Estado era soberano ante os limites de direitos humanos em seu território, com exceção das situações supramencionadas (PETERKE et al., 2009, p. 24).

Ao propor a análise histórica dos direitos humanos em face de sua concepção contemporânea, Piovesan (2002, p. 62) caracteriza a Era Hitler como:

[...] marcada pela lógica da destruição e da descartabilidade da pessoa humana, que resultou no envio de 18 milhões de pessoas a campos de concentração, com morte de 11 milhões, sendo 6 milhões de judeus, além

de comunistas, homossexuais, ciganos e outros grupos. O legado do nazismo foi condicionar a titularidade de direitos, ou seja, a condição de sujeito de direitos, à pertença a determinada raça – a raça pura ariana.

Ante a destruição ocasionada pela Segunda Guerra Mundial coube ao período pós-guerra reestabelecer os laços entre a humanidade, enfatizando que havia um compromisso internacional de arquitetar “um paradigma e referencial ético” com o propósito de regular a sociedade contemporânea (PIOVESAN, 2002, p. 63-64).

Ramos (2014a, p. 47) expõe que, frente às atrocidades provocadas pela hegemonia nazista foi pactuada em 1945 a Carta da ONU (São Francisco- EUA), documento responsável pelo reconhecimento explícito dos direitos humanos na contemporaneidade. Firmada a Carta da ONU, deu-se a largada para o reconhecimento dos direitos humanos em seu contexto internacional, ainda que sem conceitos fixados ou princípios norteadores.

Sobre a natureza dos direitos humanos, assevera Peterke et al. (2009, p. 26) que, por razão de serem intrínsecos ao meio social, os indivíduos assim como sujeito de direitos, também possuem obrigações com o coletivo para promoção dos direitos humanos. Encerra seu raciocínio sob a afirmação de que “[...]a efetivação dos direitos humanos implica responsabilidade do indivíduo ante a sociedade e não somente uma responsabilidade do Estado perante o indivíduo[...]”.

Devido a abrangência da Carta da ONU, inevitavelmente, as nações compilaram um rol de direitos essenciais dentre os mencionados na Carta de São Francisco. Deste modo, foi concebida a Declaração Universal de Direitos Humanos (Paris – 1948) que, conforme explana Ramos (2014a, p. 47), dispõe:

[...] 30 artigos e explicita o rol de direitos humanos aceitos internacionalmente. Embora a Declaração Universal de Direitos Humanos tenha sido aprovada por *48 votos a favor* e sem voto em sentido contrário, houve *oito abstenções* (Bielorússia, Checoslováquia, Polônia, União Soviética, Ucrânia, Iugoslávia, Arábia Saudita e África do Sul). Honduras e Lêmen não participaram da votação. Nos seus trinta artigos, são enumerados os chamados *direitos políticos e liberdades civis* (artigo I ao XXI), assim como *direitos econômicos, sociais e culturais* (artigos XXII-XXVII). Entre os direitos civis e políticos constam o direito à vida e à integridade física, o direito à igualdade, o direito de propriedade, o direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, o direito à liberdade de opinião e de expressão e à liberdade de reunião. Entre os direitos sociais em sentido amplo constam o *direito à segurança social, ao trabalho, o direito à livre escolha de profissão e o direito à educação*, bem como o “o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”

Com o advento da Declaração Universal de Direitos Humanos se tornou possível extrair definições para o que são direitos humanos. Para Dallari (2004, p.7), tratam-se de:

[...] uma forma abreviada de mencionar os direitos fundamentais da pessoa humana. Esses direitos são considerados fundamentais porque sem eles a pessoa humana não consegue existir ou não é capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida.

O propósito dos direitos humanos se concentrou em oferecer a garantia do mínimo existencial em modo extenso, à toda a sociedade. Essencialmente, estão dispostos a favor de uma vida digna para todos, sem distinções de aplicabilidade e receptividade de direitos quanto ao sexo, idade, raça, etnia, e qualquer outro fator discriminatório (RAMOS, 2014b, p. 35).

Piovesan (2002, p. 63) pontua que a Declaração Universal dos Direitos Humanos introduziu o conceito contemporâneo de direitos humanos ao apresentar como base estrutural a universalidade e indivisibilidade destes direitos. A universalidade dos direitos humanos se apresenta “pela extensão universal dos direitos humanos, sob a crença de que a condição de pessoa é o requisito necessário e suficiente para a dignidade e a titularidade de direitos”.

Já a indivisibilidade se estabelece pela unidade de direitos que se compõem a Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH). Ao violar um direito social, viola-se também direitos políticos, culturais, civis, entre outros. Trata-se de relação de coexistência e garantia de respeito entre os direitos contemplados na DUDH, sem exclusão de um ao se aplicar o outro (PIOVESAN, 2002, p. 63).

Outra característica que esclarece o fundo de proteção aos direitos humanos se trata do “temor à diferença”. O rol de direitos apresentado na DUDH tem como essência preservar a igualdade formal entre os indivíduos como um meio de entrelaçar a humanidade e afastar os estereótipos ou qualquer objetificação que implicasse em desigualdade para os sujeitos (PIOVESAN, 2012, p.4).

Deste modo, encara-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos como o início da reconstrução dos direitos humanos na ordem internacional, sendo consolidada pela gama de convenções e tratados promovidos até o final do século XX (COLETO e MOREIRA, 2010). Complementa Piovesan (2002, p. 66):

[...] os tratados internacionais de proteção aos direitos humanos refletem,

sobretudo, a consciência ética contemporânea compartilhada pelos Estados, na medida em que estes invocam o consenso internacional acerca de temas como os direitos civis e políticos, os direitos econômicos, sociais e culturais, a proibição da tortura, o combate à discriminação racial, a eliminação da discriminação contra a mulher e a proteção aos direitos da criança, dentro outros temas.

Já no cenário nacional, ao passo que o Brasil saiu da era militar, os tratados já por ele ratificados foram agregados à legislação com o advento da Constituição Federal de 1988 (COLETO e MOREIRA, 2010). A afirmação se comprova nos artigos 1º e 3º da Constituição Federal de 1988, os quais ilustram como bases principiológicas a cidadania (art 1º, II), a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), a promoção do bem livre de preconceitos (art. 3º, IV), dentre outros.

Adiante, o artigo 5º da Constituição Federal de 1988 apresenta um rol de 76 incisos que dispõem sobre garantias fundamentais no âmbito individual. As garantias em evidência tiveram como base o rol de direitos humanos da DUDH e demais tratados, com sua aplicabilidade assegurada de modo imediato pelo parágrafo 1º do mesmo artigo (VENTURA, 2009, p. 40).

Quanto aos direitos humanos não previstos na Constituição Federal de 1988, o artigo 5º, §2º¹ se encarrega de convalidar a receptividade destes direitos quando decorrentes de tratados internacionais em que o Brasil tenha ratificado (BRASIL, 1988). Importa ressaltar que o dispositivo acrescentado ao artigo 5º da Constituição Federal de 1988 pela Emenda Constitucional nº 45/2004 elevou a segurança jurídica dos direitos humanos na norma constitucional ao determinar que tratados e convenções internacionais validados pelo congresso A partir de sua vigência no artigo 5º, §3º, da Constituição Federal de 1988, a emenda determinou que “os tratados e convenções internacionais validados pelo Congresso Nacional por quórum específico, têm o status de emenda constitucional, e não o de lei ordinária [...]” (VENTURA, 2009, p. 40).

Do exposto, tem-se que o legislador brasileiro utilizou do advento da Constituição Federal de 1988 para se comprometer com a implementação e efetivação dos direitos humanos no meio social, a fim de caracterizar o novo momento da democracia.

¹ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] § 2º Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte. [...] (BRASIL, 1988)

2.2 DIREITOS REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS

Os movimentos revolucionários que se sucederam a partir da Idade Moderna criaram mera expectativa de direitos às mulheres, usando-as apenas como massa de manobra para o objetivo final. Após uma série de reivindicações inexitosas, o descontentamento manifestou-se como motivação para a reunião de mulheres em prol de seus direitos, compondo os movimentos feministas (BRAUNER, 2003, p. 2-3)

Ao final da década de 60, as feministas tiveram como premissa o rompimento entre as desigualdades de homens e mulheres, comprometendo-se a descobrir as origens das disparidades entre os sexos. Nas décadas posteriores, a atuação dos movimentos pela consciência do respeito integral à mulher conquistou força mundial (COSTA et al., 2013, p. 26-27).

Sob a construção de valores com base na dignidade humana, os direitos humanos evoluíram e se ramificaram em suas particularidades. Nessa ordem, revelam-se os direitos humanos das mulheres como alicerce das feministas na nova ordem contemporânea (PIOVESAN, 2012, p. 62).

A aprovação da Declaração Universal de Direitos Humanos alavancou a discussão sobre os direitos humanos das mulheres no século XX. As resguardas do documento sobre igualdade entre homens e mulheres viabilizaram a análise racional e fundamentada sobre as discriminações entre os sexos, bem como o papel de cada qual na sociedade contemporânea (BRAUNER, 2003, p.4).

As subseqüentes conferências mundiais sobre direitos humanos reiteraram entre as nações que a promoção da equidade entre os sexos, bem como a proteção dos direitos humanos das mulheres, são medidas fundamentais para o desenvolvimento da humanidade (COSTA et al., 2013, p. 27).

Pitanguy (2013, p. 2) destaca como uma das principais fontes de direitos humanos das mulheres a Convenção contra Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) em 1979. Ratificada pelo Brasil em 1984, é constituída por 30 artigos que atuam com o propósito de compelir os Estados Partes a adotar medidas que visem “alcançar a eliminação de preconceitos e práticas consuetudinárias ou de outra índole que estejam baseadas na ideia de superioridade ou inferioridade de qualquer dos sexos [...]” (RAMOS, 2014a, p. 177).

A CEDAW contempla normas expressas para o combate à discriminação da mulher em matéria de direitos civis, políticos, trabalhistas, educação, bem como no ambiente familiar, na sociedade conjugal e na vida social (ONU, 1979). A relevância da adoção da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher como parâmetro em direitos humanos das mulheres se dá pela repercussão de sua aderência tanto no ambiente internacional como nacional (OLIVEIRA e TERESI, 2017, p. 2).

Em sequência, Oliveira e Teresi (2017, p. 2) inferem que a CEDAW:

[...]Na esfera internacional é o primeiro dispositivo internacional a abordar de maneira abrangente (e com força vinculante) os Direitos das Mulheres. Além disso, destaca-se por ser o segundo tratado de Direitos Humanos com maior número de adesões. No contexto doméstico é marco do processo de incorporação do Direito Internacional dos Direitos Humanos pela legislação brasileira. Foi em 1984 o primeiro tratado a ser ratificado pelo Brasil após a redemocratização do país [...] Assim, os Direitos das Mulheres são resultado, principalmente, da luta de movimentos feministas, que defendem a igualdade econômica da mulher, seus direitos sexuais e reprodutivos, a não violência em razão de gênero, etc

Observa-se que o artigo 12 da Convenção, ao contemplar o direito da mulher ao acesso de serviços médicos e ao planejamento familiar, projeta timidamente o que hoje conhecemos por direitos reprodutivos. Extrai-se do artigo que a atuação do Estado nestes direitos não pode ocorrer pela via única da previsão legal, pois necessitam também da promoção de políticas que efetivem o cumprimento de seus dispositivos no cotidiano da população (PIOVESAN, 2002, p. 70-71).

A ascensão dos direitos reprodutivos, resumidamente, deu-se por fatores como o crescimento demográfico, desenvolvimento mundial e, principalmente, a legitimidade do movimento feminista em prol da causa. Assim, tal conjunto de fatores e forças externas ensejaram a positivação dos direitos reprodutivos (MATTAR, 2008, p. 61-62).

Ventura (2009, p. 19) conceitua que os direitos reprodutivos “são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana”. Cook, Dickens e Fathalia (2004, p. 152-155) reconhecem que os direitos reprodutivos surgiram para garantir liberdades de escolha dentro do âmbito pessoal e familiar. Tratam-se das decisões sobre o próprio corpo, planejamento familiar, meios para conduzir a vida,

bem como a escolha reprodutiva do homem, da mulher, do casal, a disponibilização de métodos de contracepção e o acesso à informação.

A respeito das fontes dos direitos reprodutivos, Ventura (2009, p. 19) aduz que se utilizam todos os dispositivos normativos que tratam da reprodução humana; aqui encontram-se tanto leis e acordos internacionais, como jurisprudências e leis nacionais.

As conferências dos anos 90, em especial Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento (1994) e a Plataforma de Ação de Beijing (1995) estenderam a discussão sobre os direitos reprodutivos. O debate sobre controle de natalidade saiu do contexto demográfico e se dirigiu aos direitos humanos das mulheres, com enfoque em questões de gênero e necessidade de construção de políticas sob as diretrizes da saúde reprodutiva (BRAUNER, 2003, p. 12-13).

A Plataforma de Ação de Beijing (1995) corroborou a condição dos direitos humanos das mulheres como direitos humanos nos moldes já previstos na Declaração de Direitos Humanos de Viena (1993) e tal declaração assegurou em seu teor que os direitos das mulheres “[...] são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais” (PIOVESAN, 2002, p. 67).

Quanto ao Programa de Ação do Cairo (1994, p. 31), destaca-se a previsão do item 7.3:

[...]os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. No exercício desse direito, devem levar em consideração as necessidades de seus filhos atuais e futuros e suas responsabilidades para com a comunidade. A promoção do exercício responsável desses direitos por todo indivíduo deve ser a base fundamental de políticas e programas de governos e da comunidade na área da saúde reprodutiva, inclusive o planejamento familiar. Como parte de seus compromissos, toda atenção deve ser dispensada à promoção de relações mutuamente respeitadas e equitativas entre os sexos [...] (ONU, 1994)

Assim, Mattar (2008, p. 69) enaltece o ativismo feminista por ter articulado a discussão sobre a natalidade fora do contexto de densidade demográfica e teorias de controle expostas no Cairo (1994). Ao direcionar a análise do tema para o que

acontece na saúde da mulher e do homem no âmbito da reprodução, criou-se uma esfera de integração dos direitos humanos na formação das políticas populacionais.

A Constituição Federal de 1988 trata de modo geral sobre os direitos reprodutivos quanto aos seus sujeitos, direitos e deveres. Definiu-se como sujeitos o homem e a mulher, atribuindo-lhes o direito de escolha dentro do ambiente da reprodução, atuando ambos como família (casal) ou não (individualmente); quanto aos deveres, o Estado tomou para si a incumbência de desenvolver e expor a devida informação em saúde reprodutiva, bem como proporcionar o acesso aos meios de contracepção e concepção pela construção e, por conseguinte, concretização de políticas públicas na área (BRAUNER, 2003, p. 14).

Ventura (2009, p. 19-20) ilustra os direitos reprodutivos como uma extensão dos direitos individuais e sociais. Tal concepção advém da conclusão que estes direitos se efetivam no meio da educação, da saúde e do planejamento familiar para ratificar garantias e liberdades de ordem reprodutiva.

Os direitos sociais à saúde da mulher associados aos direitos individuais à intimidade e à liberdade funcionam como pilares dos direitos reprodutivos. Isto porque tem-se conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o estado de saúde como forma “[...] de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente como ausência de doença ou enfermidade” (VENTURA et al, 2003, p. 60).

Na mesma obra, aduz-se:

O direito à saúde contempla tanto o direito à autonomia e à liberdade como o direito ao acesso aos serviços de saúde públicos. O direito à autonomia e à liberdade compreende o direito da pessoa ter controle sobre o seu corpo e a sua saúde, incluindo a liberdade sexual e reprodutiva, bem como o direito a não ser submetido a interferências indevidas, à tortura, a tratamentos e experimentos médicos não consentidos ou não suficientemente seguros. Por sua vez, o direito ao acesso aos serviços de saúde, a ser prestado como um dever do Estado implica o direito a um sistema de saúde universal e de boa qualidade que contemple a igualdade de oportunidades para que todos gozem do mais alto padrão da saúde [...] (VENTURA et al., 2003, p. 60-62)

Destarte, viabilizar o exercício os direitos reprodutivos no cotidiano se trata de compactuar com o ideal saúde e bem-estar proposto pela OMS. Ao reconhecer o exercício do livre planejamento familiar como um direito inerente à todo indivíduo, tem-se configurado o respeito tanto à individualidade quanto à dignidade da pessoa humana.

2.3 RECONHECIMENTO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A receptividade dos direitos reprodutivos na legislação nacional se apresenta por dois marcos dentro do contexto sócio-político brasileiro. O primeiro em 1984 com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no Brasil pré-democracia; e o segundo com o advento da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96), aliada às premissas da Constituição Federal de 1988.

O Brasil é um dos países que relutou em incorporar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos na agenda de políticas de saúde pública, tendo em vista que a saúde reprodutiva se restringia aos meios de contracepção e à saúde da mulher sob a figura da maternidade (CORRÊA et al., 2003, p. 16-20).

A popularização do uso da pílula anticoncepcional no decorrer dos anos 60 não foi suficiente para o legislador brasileiro, que persistiu na taxatividade do uso da pílula como contravenção penal, compactuando com a Lei de Contravenções Penais – Decreto-Lei nº 3.688/1941- (BARSTED, 2003, p. 79).

Restou às mulheres a utilização da contracepção oferecida pela pílula no plano da ilegalidade, através de medicamentos com nomes fantasia que funcionavam como contraceptivos. Irresignadas com resistência da legislação, a reivindicação das feministas durante a década de 70 teve enfoque no pleito ao Estado por ações que consolidassem o novo momento da saúde reprodutiva (BARSTED, 2003, p. 79-81).

Nessa ordem, destaca-se como o posicionamento feminista da década de 70 foi primordial para a sequência de conquistas na saúde da mulher. Isto porque o lema lançado pelas feministas norte-americanas “nosso corpo nos pertence” irrompeu com a interpretação passiva sobre o corpo da mulher de modo a refletir que “o corpo de cada uma/um é o lugar primeiro da existência humana a partir do qual ganham sentido experiências individuais no cotidiano e nos processos coletivos da história” (CORRÊA e ÁVILA, 2003, p.19).

Concomitantemente, a ascensão do movimento sanitarista expandiu a discussão sobre o elo saúde e ambiente social em face dos direitos humanos. Nessa linha, evidenciou-se a necessidade de políticas que agregassem o debate de gênero

e a inclusão da saúde da mulher no panorama contemporâneo (PITANGUY, 2003, p. 330).

Deste modo, surge no ano de 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo considerado o primeiro programa a se preocupar com a saúde da mulher além da maternidade e concepção (CORRÊA et al., 2003, p. 16). O PAISM teve como objetivo atender as reivindicações da saúde da mulher, tornando-se o primeiro programa com políticas voltadas para o planejamento familiar. As diretrizes principais do programa focaram no combate das patologias femininas e na atenção integral à educação com cunho preventivo da mulher na adolescência, juventude e na maternidade (OSIS, 1998, p. 2-3).

Nas palavras de Barsted (2003, p. 82), as iniciativas em saúde reprodutiva elevaram a utilização dos direitos humanos no meio social, uma vez que acarretaram “o alargamento do conceito de cidadania, o reconhecimento de direitos e a criação de garantias legais capazes de proteger esses novos direitos”.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, verifica-se a positivação dos direitos reprodutivos (na forma de direitos humanos) pelo princípio da dignidade da pessoa humana aliado ao objetivo fundamental da promoção do bem de todos (BRAUNER, 2003, p. 13). A discussão advinda da CEDAW em 1979 (ratificada pelo Brasil em 1984), da III Conferência Mundial da Mulher (Nairobi – 1985), dentre outros, incluiu os direitos reprodutivos como pauta dentre interesses sociais e individuais, legitimando-os conforme os artigos 1º, 3º e 5º da Constituição Federal de 1988. (OLIVEIRA e TERESI, 2017; BARSTED, 2003).

Assim como no PAISM, a Constituição Federal de 1988 legitimou o planejamento familiar como garantia dentro dos direitos relacionados à família, no artigo 226, §7º, o qual dispõe:

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 [...] **(grifei)** (BRASIL, 1988)

Importa destacar que a presença do artigo supra na Constituição Federal de 1988 se deve aos movimentos pré-democratas pelo âmbito sanitário quanto à declaração do direito à saúde como direito social; e também pelo movimento

feminista ao persistir na luta pelo reconhecimento da saúde reprodutiva como também um direito de caráter social, cabendo ao Estado assegurá-lo por todos os meios possíveis (PITANGUY, 2003, p. 330-331; VENTURA, 2009, p. 89-90).

Sob o propósito de criar políticas em planejamento familiar, a Lei nº 9.263/96 contemplou os serviços de saúde voltados para a saúde reprodutiva em geral, apresentando formas de como facilitar e realizar o acesso aos métodos preventivos para regular a fecundidade e a promoção da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (BRAUNER, 2003, p. 15).

A lei dispõe sobre os serviços e garantias do planejamento tanto sobre as responsabilidades do Estado e do Sistema de Saúde, quanto do que se encontra na matéria do íntimo/vida privada. Enquanto cabe ao homem, à mulher ou ao casal a escolha dos métodos de contracepção, o número de filhos ou o modo no qual será realizado o parto, cabendo ao Estado dispor de meios para promover a informação sobre o planejamento familiar, instruir a população sobre os métodos contraceptivos e se opor a qualquer discriminação pelas escolhas que a família realizar dentro de seu íntimo (BRAUNER, 2003, p. 16).

Por fim, Ventura (2009, p. 91) refere-se ao Lei nº 9.263/96 como:

[...] um conjunto de ações, não se restringindo à contracepção, enfatiza a igualdade de direitos entre homem e mulher, e garante o acesso às ações de saúde separadamente à mulher, ao homem e ao casal, evitando legitimar o exercício e cuidados relacionados à sexualidade e reprodução somente no âmbito da família tradicional.

Ao inserir o direito ao livre planejamento familiar como matéria constitucional e regulamentá-lo através da Lei nº 9.263/96, demonstrou-se a relevância da matéria no meio social. Ainda que já existisse programas em direitos de saúde à mulher, à família e à criança, dissociar os direitos reprodutivos da demanda das políticas de família e criar um aparato legal que contemplasse a individualidade formalizou a ideia de direitos reprodutivos como personalíssimos.

2.4 DIREITOS REPRODUTIVOS E DIREITOS SEXUAIS

Os direitos humanos das mulheres evoluíram massivamente nas últimas três décadas do século XX no que diz respeito à saúde da mulher. Por consequência, o conceito de saúde da mulher desdobrou-se em saúde sexual e

reprodutiva, sendo posteriormente reconhecida (CORRÊA e ÁVILA, 2003, p. 19-22; MATTAR, 2008 p. 63).

Corrêa e Ávila (2003, p. 22) inferem que a legitimação destes direitos ocorreu por virtude do aprimoramento das vertentes dentro do direito à saúde (saúde da mulher, reprodutiva, sexual, entre outros). Já Villela (2002, p. 83) aduz:

[...] a conquista dos direitos sexuais e reprodutivos exige a desconstrução da ideia de que ser homem e ser mulher, corpo e sexualidade são fatos dados, objetos da natureza e, como tais, imutáveis. Esta desconstrução torna-se efetiva na transformação do modo como vivemos e experienciamos os nossos corpos e emoções nas situações concretas da vida

Os direitos sexuais e direitos reprodutivos necessitam além do seu reconhecimento como matéria de direito, garantias para que sua teoria seja aplicada no meio social. Destarte, o Estado atrai para si tanto obrigações negativas e positivas, que se harmonizam no plano da ação com os princípios e garantias fundamentais da Constituição Federal de 1988 (BUGLIONE, 2002, p. 137-139).

Nesse momento, cumpre a análise em separado dos direitos reprodutivos e direitos sexuais. Pretende-se afunilar as competências de cada qual e apresentar a relevância de sua aplicabilidade no meio social como institutos autônomos.

Em se tratando de direitos reprodutivos, esta terminologia foi introduzida no direito brasileiro com o retorno do nosso movimento feminista do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher em Amsterdã (1984). Por razão das discussões sobre saúde da mulher estarem voltadas para a questão reprodutiva, aderiram à nova terminologia em detrimento de sua capacidade de potencializar a autonomia da saúde reprodutiva na pauta da saúde global – e de direitos humanos também-, representando o cuidado integral pela anatomia da mulher, não apenas de sua “função procriadora” (CORREA e ÁVILA, 2003, p. 20-21; VILLELA, 2002, p. 87-90).

A Conferência do Cairo (1994) foi pioneira no reconhecimento e definição de direitos reprodutivos, ao dispor em seu parágrafo 7.3 que se tratam de direitos básicos inerentes a todo indivíduo sobre o momento e meio de reprodução na sua vida. Ao mesmo tempo, imputa aos Estados a responsabilidade em fornecer políticas adequadas para assegurar o exercício da escolha reprodutiva.

Assim, Mattar (2008, p. 61) define os direitos reprodutivos como “direito de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão”.

O exercício dos direitos reprodutivos se encontra legitimado pela Constituição Federal de 1988 através do artigo 226, §7º, e pela Lei nº 9.263/96 e, inclusive, por enunciados como o Enunciado nº 68 da II Jornada de Direito da Saúde: “Os direitos reprodutivos correspondem ao conjunto de direitos básicos relacionados com o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana” (CNJ, 2015a).

Assim, manifesta-se tanto pelo cunho social, representando a igualdade entre sexos na escolha reprodutiva enquanto casal e indivíduos; como tem caráter individual, ao assegurar a liberdade de escolha quanto a tudo que envolva a reprodução para todos (ÁVILA, 2003, p. 2).

Já os direitos sexuais tratam-se de categoria de direitos que teve legitimação *solo* mais tardia em comparação aos direitos reprodutivos. A eclosão da sexualidade na pauta dos direitos humanos se deu na década de 90, em virtude da conjunção entre os movimentos homossexuais com o movimento feminista; o comum interesse na diminuição das desigualdades entre sexos e transformações sobre gênero alinharam os movimentos em prol das futuras conquistas (CORRÊA e ÁVILA, 2003, p. 20-21).

Em virtude do empenho dos movimentos *pró* direitos sexuais, a discussão sobre sexualidade foi incluída dentre os temas pertinentes à Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena em 1993. Por resultado, a violência sexual foi reconhecida como violação aos direitos humanos na Declaração de Viena (BUGLIONE, 2002, p. 141-142).

Em sequência, os direitos sexuais foram reconhecidos enquanto um conceito de sexualidade (sem adotar terminologias) na Conferência do Cairo (1994). Isto porque o teor do parágrafo 7.3 da Convenção do Cairo, ao definir os direitos reprodutivos, reconhece o respeito à saúde sexual.

Assim, Corrêa (1999, p. 43) aduz que:

[...] a inclusão de 'sexual' visava a radicalizar a linguagem para reter os 'direitos reprodutivos' no texto final. Em setembro de 1994, a adoção de direitos sexuais não foi experimentada como 'derrota' pelas feministas, entre outras razões, porque as que seguíamos de perto as negociações sabíamos como havia sido difícil legitimar direitos reprodutivos.

Em sequência, o primeiro documento que reconheceu os direitos sexuais em âmbito internacional foi a Plataforma de Ação de Beijing em 1995, em seu parágrafo 96:

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

Nesta ocasião, tem-se o marco dos direitos sexuais como direitos humanos não apenas como um direito à saúde, mas também como forma de direito à liberdade, à dignidade, à vida privada, ao respeito à intimidade e à autonomia (BARSTED, 2010, p. 253).

Assim, os direitos sexuais são conceituados como garantias ao respeito e exercício pleno da sexualidade a cada indivíduo. Procuram assegurar a liberdade no âmbito da vida privada, bem como dispor de recursos para que o aparato estatal proteja de qualquer forma de violência, discriminação ou coerção (MATTAR, 2008, 64-65).

No viés da saúde e cidadania, os direitos sexuais são responsáveis em garantir à população o alerta sobre os números relativos às doenças sexualmente transmissíveis, bem como a informação sobre os meios para preveni-las na prática sexual e no cotidiano (VILLELA, 2002, p. 89-90).

A dificuldade de aceitação dos direitos sexuais no meio jurídico se dá, expressivamente, em razão do aspecto moral no meio social. Em suas palavras, reflete que o enraizamento da sociedade sobre padrões de casal, família e condutas em relacionamento é o que prejudica o processo de evolução da maioria sobre aceitar que existem diferentes modos de se relacionar e de se expressar sexualmente no seu meio social (VENTURA, 2009, p. 21).

Portanto, Ventura (2009, p. 20-21) frisa a importância de minuciar o campo de atividade dos direitos reprodutivos em face dos direitos sexuais. O tratamento conjunto de ambos regride ao antigo conceito de que a finalidade sexual é a reprodução, atrasando o desenvolvimento de políticas e conteúdo público sobre direitos sexuais em seu modo positivo.

Ao tratar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos como categorias autônomas, consolida-se o trabalho dos movimentos LGBT e feministas pelo

reconhecimento da liberdade tanto no pleno exercício da sexualidade quanto na escolha reprodutiva (ÁVILA, 2003, p. 2).

Ávila (2003, p. 2) alude que “tratá-los como dois campos separados é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social[...]”.

Nessa linha, Villela (2002, p. 84) julga ilógico tratar direitos sexuais e direitos reprodutivos de modo contíguo eternamente. Acrescenta que, apesar de apresentarem pontos intersecção, direitos reprodutivos perpetuam a cultura da família, do legado; já os direitos sexuais são relacionados ao individualismo e à liberdade na busca pelo prazer, além da proteção por todas as facetas de violência sexual.

Evidenciar as características dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais auxilia a compreensão de suas acepções no âmbito social. Ademais, o discernimento impulsiona o debate utilizando a categoria de direitos reprodutivos como autônoma dentre os direitos humanos, dissociada da conjunção “direitos sexuais e reprodutivos”.

3 LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR E POLÍTICAS DE CONTRACEPÇÃO NO BRASIL

A incorporação dos direitos reprodutivos na legislação brasileira foi recepcionada pela Constituição Federal de 1988 a título de normas de direitos humanos, bem como direito de família.

Não obstante as previsões constitucionais, a matéria tornou-se objeto de lei própria para assegurar sua efetivação no plano da realidade. Nessa ordem, cumpre ao presente capítulo analisar o contexto no qual foi elaborada a Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/96), suas garantias para a saúde reprodutiva e sua relevância na matéria de saúde pública.

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E A REGULAMENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

O direito à saúde é uma das garantias sociais que se moldou através das décadas para alcançar o patamar conhecido atualmente (COOK, DICKENS e FATHALIA, 2004, p. 37-38).

Os primeiros registros do direito à saúde como um direito humano ligado ao bem-estar e qualidade de vida se encontram dispostos em documentos internacionais como a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 e no Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 (COOK, DICKENS e FATHALIA, 2004, p. 38).

Noronha, Lima e Machado (2012, p. 366) consideram, além dos instrumentos supracitados, a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) para situar as normas internacionais para a situação da saúde no Brasil. No debate da saúde foi associado a extensão do direito à cidadania, bem como à formulação de ideias para o financiamento e renovação dos sistemas vinculados ao setor em nível nacional.

A Constituição de 1988, nas palavras de Ventura (2009, p. 65) incorporou “os princípios e diretrizes afirmados no âmbito internacional dos direitos humanos, e rompe com o modelo de anterior, que limitava o acesso aos cuidados de saúde individual aos contribuintes do sistema público previdenciário[...]”. O “novo Brasil

democrático” propiciou, além da reforma política-governamental, o exercício da cidadania na saúde.

Isto porque o artigo 6^o da Constituição Federal de 1988 prevê que a saúde, assim como a educação, a moradia, o trabalho, entre outros, trata-se de um direito social. O posicionamento da saúde nesta categoria de direitos reafirma seu caráter de direito humano através da universalidade (AITH, 2007 p. 340).

O Título VIII, Capítulo II, da Constituição Federal de 1988 apresenta dentre os meios que o Estado possui para perpetuar a ordem social a seguridade social (artigos 194 a 204). A seguridade social engloba os conceitos e garantias a respeito da assistência social, previdência social e do direito à saúde, como também assegura direitos e deveres comuns aos seus três eixos (BRASIL, 1988).

Assim, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 dispõe:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Depreende-se da previsão acima que o direito à saúde se trata de uma garantia universal pautada na dignidade da pessoa humana. Ademais, incumbe ao Estado realizar a contraprestação de seus insumos na forma de ações e programas para a redução de epidemias, doenças graves e condições precárias de saúde (AITH, 2007, p. 341).

Nessa ordem, Cook, Dickens e Fathalia (2004, p. 38) conceituam o direito à saúde como um conjunto de liberdades e titularidades, dado que se exige do Estado a prestação de condições sanitárias, políticas públicas e oferta de recursos para que a saúde seja acessível ao cidadão, se faculta ao indivíduo a liberdade para controlar a condição saudável de seu corpo.

A inclusão da saúde tanto como direito fundamental quanto como uma prestação embasada na seguridade social ampliou a proteção do direito à saúde. A partir disso, propiciou-se a releitura e criação de novos instrumentos para efetivação da saúde como um bem estendido a todos (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012, p. 366; AITH, 2007 p. 341-342).

² Art. 6^o **São direitos sociais** a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, **na forma desta Constituição [...] (grifei)** (BRASIL, 1988)

A Constituição Federal de 1988 descreveu em seu artigo 198³ os preceitos do novo sistema de saúde nacional, o qual foi regularizado pela Lei nº 8.080/90 e pela Lei nº 8.142/90. A primeira dispõe sobre a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em linhas gerais; já a segunda fragmenta as esferas de gestão do SUS tanto na administração quanto na participação da comunidade nas prestações relativas à saúde (VENTURA, 2009, p. 65-66).

Do exposto, Aith (2007, p. 341) aduz:

[...] O SUS organiza-se como um conjunto individualizado (o Sistema), dotado de uma organização interna que se equilibra com o direito positivo [...] formado pela rede de ações e serviços públicos de saúde prestados no país, como um sistema que é, o SUS reúne em si todas as instituições jurídicas que desenvolvem ações e serviços públicos de saúde no Brasil

A acepção apresentada concorda com a definição do Sistema Único de Saúde, nos moldes do artigo 4º da Lei nº 8.080/90⁴. Por esse ângulo, Canut (2013, p. 20) reconhece que a fundação do SUS se opera como uma garantia e forma de proteção para o exercício da seguridade social nos moldes da Constituição Federal de 1988.

A idealização do Sistema Único de Saúde se guiou pelos princípios da universalidade e integralidade no atendimento. Rechaçado o antigo modelo contributivo, o Estado age como um garantidor do direito para toda nação e, em equilíbrio com a premissa do Estado Democrático de Direito, serve-se do auxílio da comunidade para gestão e melhorias do sistema de saúde (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012, p. 366-368).

O Sistema Único de Saúde é constituído de princípios e diretrizes próprios, estabelecidos no rol do artigo 7º da Lei nº 8.080/90⁵. Noronha, Lima e

³ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes [...] (BRASIL, 1988)

⁴ Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.[...] (BRASIL, 1990a)

⁵ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e

Machado (2012, p. 367-368) destacam a universalidade, igualdade na assistência, integralidade nas ações e serviços, participação da comunidade e descentralização político-administrativa.

A universalidade se trata do amplo acesso ao sistema de saúde, enquanto a integralidade diz respeito ao constante aperfeiçoamento e para melhor atender o cidadão. A igualdade na assistência se ampara no objetivo constitucional da promoção do bem de todos (art. 3º, IV, Constituição Federal de 1988), sem discriminação dos usuários no acesso à saúde (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012, p. 367).

A participação da comunidade se relaciona com a ideia de integralidade no atendimento, visto que é essencial para melhorar serviço, utilizando-se como suporte os conselhos de saúde municipais. Segundo Ventura (2009, p. 66), os conselhos de saúde “atuam na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas públicas”. A descentralização político-administrativa se relaciona com a dispersão do Sistema Único de Saúde pelas três esferas do governo – federal, estadual e municipal - aliado a todos os órgãos que o compõem nessas esferas. Assim, o Sistema Único de Saúde é composto pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde, Agências, Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, dentre outros (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; AITH, 2007, p. 343).

Ainda, cumpre destacar as diretrizes previstas no artigo 7º, incisos V e VI, da Lei nº 8.080/90⁶, que tratam do direito à informação na saúde. Incumbe ao Sistema Único de Saúde oferecer as informações requeridas por seus assistidos tanto a respeito de sua saúde quanto sobre os serviços e utilidades disponíveis no sistema para os usuários.

Com base na diretriz da descentralização político-administrativa da saúde, tem-se o Ministério da Saúde como responsável pelas regulamentações que compreendem o Sistema Único de Saúde. Enquanto os órgãos competentes nos eixos municipais e estaduais se ocupam com a criação de programas e serviços

curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;[...] (BRASIL, 1990a)

⁶Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; [...] (BRASIL, 1990a)

voltados para atuação na comunidade, cabe ao Ministério da Saúde prover recursos operacionais e financeiros, bem como editar as normas pactuadas (AITH, 2007 p. 345-346; NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012, p. 368).

Entretanto, a trajetória de funcionamento do SUS contou com variados empecilhos para estruturação da rede com eficácia. No completar dos vinte anos do sistema, Ventura (2009, p. 66) aduz que a consolidação do Sistema Único de Saúde “tem sido marcada por grandes dificuldades políticas, sociais, econômicas e administrativas [...] mais evidentes são relativas às obrigações estatais relativas às ofertas de serviços e insumos de saúde”.

Atribuem-se tais dificuldades em face da falta de posicionamento responsável do Estado quanto às prioridades na distribuição de recursos entre os entes federativos. A Lei nº 8.080/90 e demais normas derivadas sobre o Sistema Único de Saúde e saúde pública atuam como garantidores legais, enquanto o Estado deve atuar em suas esferas como eixo para fomentar o laço serviços-usuários (GARRAFA, 2004, p. 51).

Em análise ao conceito de saúde pública exposto por Aith (2007, p. 50-51), tem-se que o Sistema Único de Saúde se trata do instrumento materializador correspondente à Lei nº 8.080/90,

Ao passo que se reconhece com afinco a saúde pública em sua multidisciplinariedade, por envolver a medicina, direito, políticas públicas, dentre outros, é possível se aproximar da garantia de cidadania que o SUS promete no corpo de sua regulamentação.

3.2 BREVE ANÁLISE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OFERTADOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O estímulo ao desenvolvimento e uso de métodos contraceptivos na contemporaneidade teve como fato impulsionador as teorias malthusianas⁷.

⁷ Em 1798, Malthus publicou a primeira versão do “Ensaio sobre a população”. Malthus argumentou que o rápido incremento da população seria um entrave ao alcance de uma qualidade de vida decente para os habitantes de todo o mundo. É impressionante como o pensamento de Malthus teve tanta repercussão e tantos adeptos. Talvez seu sucesso decorra da sua maneira simples de explicar e justificar a pobreza e a miséria. Nada melhor que a lei do menor esforço para justificar o atraso. O paradigma malthusiano apresentou um bode expiatório - o crescimento ilimitado da população - para explicar a fome, as guerras e os vícios. O modelo malthusiano foi construído contra a ideia de progresso e não comporta, conseqüentemente, a concepção desenvolvimentista, pois um aspecto básico do desenvolvimento econômico é o incremento da renda per capita, que é calculada dividindo-

Colocou-se em pauta a necessidade de um controle de natalidade para evitar a superpopulação da terra nos anos seguintes – conhecido como movimento *birth control* (VIEIRA, 2003, p. 152-153). Assim, considerando o rápido crescimento populacional, nos anos de 1950-1960, frente ao medo da explosão populacional se tem o surgimento do neomalhusianismo, pregando o controle demográfico com a utilização de métodos contraceptivos, incentivando a utilização de tais métodos dentro ou fora do casamento, e inclusive recomendando a esterilização das mulheres. Desta forma, baseada em tal lógica, era necessário estabelecer metas demográficas com políticas populacionais restritivas e o Estado estaria legitimado a gerenciar o planejamento familiar, sendo que em 1952 foi criado o Margaret Sanger, o *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) tendo como principal objetivo o controle demográfico em países pobres (JARDIM, 2012).

Contraopondo-se à popularização dos métodos contraceptivos em escala mundial, o Brasil resistiu à descriminalização dos contraceptivos por um período além do esperado. Até o advento da Lei nº 6.734/79, apenas era permitido aderir à um meio de contracepção caso fosse certificado que eventual gravidez pudesse trazer risco à vida da mulher (VENTURA, 2009, p. 89).

A resistência do legislador brasileiro com os paradigmas de concepção e contracepção foi quebrada pela ação feminista e sanitaria no decorrer dos anos 70, 80 e 90, isto porque, enquanto o sistema de saúde pública não oferecia opções, a população feminina fora acometida por uma onda de esterilizações (BUGLIONE, 2002, p. 133-135).

Com o escopo de delinear o conceito de planejamento familiar presente no artigo 226, §7º, da Constituição Federal de 1988, surgiu a Lei nº 9.263/96. Além de regulamentar o que se entende por planejamento familiar, a lei dispôs sobre as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde deve propiciar aos seus usuários sobre a saúde sexual, reprodutiva e da família.

Em matéria de garantias à contracepção, destacam-se os seguintes artigos da Lei nº 9.263/96:

se o valor monetário do PIB (Produto Interno Bruto) pelo número de habitantes de um país ou região. Para Malthus, no longo prazo, o crescimento da renda per capita seria impossível, pois a população tenderia sempre a crescer mais que a produção de bens, isto é, o denominador cresceria mais que o numerador. (ALVES, 2002, 16-23)

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

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

I - a assistência à concepção e contraceção [...]

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de **acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade [...]**

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

Em congruência com a Lei nº 9.263/96, o Ministério da Saúde edita e atualiza portarias com o escopo de ampliar a oferta e garantia à contraceção na rede pública, encontrando-se os medicamentos fornecidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 1996; BRASIL, 2017a).

Ademais, o Caderno de Atenção Básica à Saúde Sexual e à Saúde Reprodutiva (2010), a cartilha de Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Contraceptivos (2006) e o Manual Técnico de Assistência ao Planejamento Familiar (2002a) são documentos emitidos pelo Ministério da Saúde que orientam o profissional da saúde e usuário a respeito da saúde reprodutiva e planejamento familiar.

O Sistema Único de Saúde disponibiliza oito métodos contraceptivos para escolha do (a) usuário/usuária conforme preferência e/ou orientação médica. Estes métodos dividem-se em métodos de barreira, hormonais, comportamentais, dispositivo intrauterino (DIU) e cirúrgicos (BRASIL, 2015b; FARIAS et al., 2016, p. 2).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica à Saúde Sexual e à Saúde Reprodutiva (2010, p. 177), classificam-se como métodos barreiras aqueles que atuam como uma barreira física entre os espermatozoides e o óvulo. Dentre eles, o Sistema Único de Saúde disponibiliza a camisinha masculina, a camisinha feminina, o diafragma e o dispositivo intrauterino (DIU T) de cobre. As camisinhas e o diafragma atuam como uma barreira física entre os órgãos sexuais dos parceiros através de uma proteção de borracha que retém o esperma.

Em todos os documentos anteriormente citados o Ministério da Saúde frisa que a camisinha masculina e feminina são os únicos métodos contraceptivos que tem dupla proteção, pois além de evitar possível gravidez, protegem de doenças sexualmente transmissíveis em geral (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

O dispositivo intrauterino de cobre disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde, modelo DIU TCu- 380 A, se trata de objeto de plástico em formato “T” que barra fisicamente a entrada do esperma no canal cervical. Isto porque o dispositivo libera íons responsáveis pela ação “repelente” dos espermatozoides (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015b). Ademais, a Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde de 2017 prevê em seu artigo 37-A a disponibilização do DIU nas maternidades conveniadas no Sistema Único de Saúde em todos os entes federativos para fins de contracepção imediata pós-parto e pós-aborto (BRASIL, 2017b)

Os métodos hormonais contemplam em seu acervo as pílulas anticoncepcionais orais combinadas, a minipílula, injeções anticoncepcionais mensais e trimestrais e a pílula anticoncepcional de emergência (BRASIL, 2006). Conforme se depreende da lista atualizada do RENAME (2017), todos os métodos contraceptivos hormonais são disponibilizados na rede de atenção básica de saúde (BRASIL, 2017a, p. 17-28).

Conforme a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde referente ao ano de 2006, a contracepção oral por meio de anticoncepcionais orais combinados é o método hormonal mais recorrente entre as mulheres em idade reprodutiva. A fórmula disponibilizada pelo SUS consiste em 0,03 mg de etinilestradiol combinado com 0,15 mg de levonorgestrel (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017a, p. 24).

A contracepção hormonal via anticoncepcional oral combinado atua no corpo da mulher como meio de barreira química para evitar a gravidez. Trata-se de liberação combinada de estrogênio e progesterona, inibindo a ovulação e repelindo a passagem dos espermatozoides para o óvulo (BRASIL, 2002a). O anticoncepcional injetável na forma mensal também funciona a partir da liberação combinada de estradiol e progestogênio (BRASIL, 2017a, p. 23). Conforme o Caderno de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (2010, p. 159) “inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozoides”. Já o anticoncepcional injetável trimestral atua também na inibição da ovulação e espessamento do muco cervical, porém via liberação única e lenta de progestogênio (BRASIL, 2010, p. 168).

A fórmula disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde trata-se de composto de 150mg de acetato de medroxiprogesterona (BRASIL, 2017a, p. 17).

A minipílula se trata de contracepção hormonal baseada apenas na liberação de progestogênio. A fórmula diferenciada tem sua eficácia limitada em relação ao anticoncepcional oral combinado, pois a liberação hormonal de progestogênio tem a capacidade de inibir apenas de 15% a 40% da ovulação. Entretanto, o método é muito popular para as lactantes, pois o uso de medicação com estrogênio é contraindicado no período da amamentação (BRASIL, 2006, p. 26; BRASIL, 2010, p. 151).

Ainda, consta no Relatório Nacional de Medicamentos Essenciais (2017, p. 27) a oferta na rede pública de saúde da pílula anticoncepcional de emergência – popularmente conhecida como “pílula do dia seguinte”. É disponibilizada a fórmula de levonorgestrel (0,75 mg - comprimido) que, utilizada dentro do prazo indicado de 72 horas, atua principalmente na inibição ou atraso da liberação do óvulo, evitando possível gravidez (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2017a). As cartilhas do Ministério da Saúde, bem como os profissionais da área, advertem que o uso da pílula deve ser observado com cautela e limitado apenas para situações emergenciais, uma vez que o uso recorrente tende a diminuir a eficácia (BRASIL, 2010, p. 240-242).

A contracepção na via cirúrgica ofertada pelo Sistema Único de Saúde foi regulamentada pela Lei nº 9.263/96 em seu artigo 10⁸, apresentando métodos de esterilização voluntária tanto para a mulher (laqueadura tubária) quanto para o

⁸ Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. § 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. § 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. § 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente. § 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia. § 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges. § 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

homem (vasectomia). Os métodos cirúrgicos possuem restrições para sua realização, já que são de difícil reversão e devem ser optados por aqueles que tem certeza que não desejam mais ter filhos (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2010, p. 233).

Em meio à gama de métodos contraceptivos possíveis e oferecidos pela rede pública de atenção à saúde, Vieira (2003, p. 179) discorre sobre o papel fundamental do profissional da saúde na orientação sexual e reprodutiva. A opinião profissional qualificada tem grande valor no suporte ao paciente na escolha de meio contraceptivo, principalmente quanto ao discernimento sobre eficácia e consequências para o corpo e para a relação sexual.

Tendo em vista a relação entre a Lei nº 9.263/96 e o Sistema Único de Saúde, tem-se implícito mecanismo de operação no modo efetivador – garantidor do direito de escolha contraceptiva. Nos moldes do livre planejamento familiar, incumbe ao Sistema Único de Saúde zelar pela integridade da saúde sexual e reprodutiva, o que engloba o compromisso de apresentar a melhor opção para o usuário, em observância a todos os riscos e viabilidade naquele indivíduo.

3.3 O ADVENTO DA LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR (LEI Nº 9.263/96) E REFLEXOS DA LEI NO DECORRER DAS ÚLTIMAS DUAS DÉCADAS

A Lei nº 9.263/96 surgiu como meio de expandir o cenário da saúde sexual e saúde reprodutiva no Brasil. Ainda que a Constituição Federal de 1988 tenha dado o primeiro passo ao dispor sobre o direito ao planejamento familiar, a lei apresentou garantias formuladas na Conferência do Cairo (1994) e na Plataforma de Pequim (1995) (BUGLIONE, 2002, p. 135; VIEIRA, 2003 p. 163-165).

Ao afastar a conexão entre o planejamento familiar como meio de controle de natalidade, reconheceu-se aquele como matéria de saúde reprodutiva. Em razão disso, o planejamento familiar foi contemplado pelos princípios dos direitos reprodutivos, porém era necessária a regularização de seus conceitos para legitimá-lo no direito brasileiro (VIEIRA, 2003, p. 156).

Surge em janeiro de 1996 a Lei nº 9.263/96 sob a proposta de regularizar o planejamento familiar, conforme já mencionado pelo artigo 226, §7º da Constituição Federal de 1988. Ademais, foi responsável em compelir o poder executivo a propiciar na rede de saúde pública o conjunto de ações previstos (COSTA, 2012, p. 1002). Assim, a Lei nº 9.263/96 oficializou a incumbência do

Sistema Único de Saúde em prestar integral assistência à saúde reprodutiva. Ventura (2009, p. 90) entende como responsabilidade do Sistema Único de Saúde “viabilizar o acesso aos métodos e às técnicas de concepção e contracepção validadas cientificamente, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção de mulheres e homens”.

O conceito de planejamento familiar encontra-se no artigo 2º da Lei nº 9.263/96, o qual dispõe que “[...] 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” (BRASIL, 1996). O artigo 3º⁹, assegura que por intermédio do Sistema Único de Saúde, os usuários receberão a devida assistência ao planejamento familiar, isto engloba o cuidado quanto à concepção, a oferta de meios contraceptivos, o atendimento ao pré-natal, assistência no parto, puerpério e ao neonato. Também prevê o compromisso com ações de controle, visando atenção às doenças sexualmente transmissíveis e à prevenção ao câncer de colo de útero, mama, próstata e pênis (BRASIL, 1996).

Extrai-se dos artigos subsequentes o compromisso assumido pelo Estado em promover o livre planejamento familiar. Ao tratar das formas de promoção, a Lei nº 9.263/96 prevê que as ações podem se dar tanto no cunho educativo como preventivo. No âmbito educativo, destaca-se a garantia ao acesso igualitário à informação e meios para regulação da fecundidade, o que coincide com os princípios fundamentais da cidadania e dignidade da pessoa humana presentes na Constituição Federal de 1988. Assim, a segurança da informação propicia maior discernimento à população no momento de escolha dos métodos contraceptivos e demais decisões no planejamento familiar. No que concerne às ações preventivas no planejamento familiar, atribuiu ao Sistema Único de Saúde a oferta de todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção regularizados e que não

⁹ Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras: I - a assistência à concepção e contracepção; II - o atendimento pré-natal; III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis; V - o controle e a prevenção dos cânceres cervico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. [...] (BRASIL, 1996)

demonstrem risco ao paciente. A oferta é condicionada à prévia avaliação clínica para que o (a) paciente tenha ciência dos efeitos positivos e colaterais sobre sua utilização. (BRASIL, 1996; VIEIRA, 2003, p. 163-165).

A Lei nº 9.263/96 delimitou no corpo do artigo 6º a competência para o exercício das ações de planejamento familiar, atribuindo às instituições públicas, privadas, entidades filantrópicas e não-filantrópicas. Ademais, regularizou a participação das empresas/capital estrangeiro ao atribuir à direção nacional do Sistema Único de Saúde o encargo de autorizar, fiscalizar e controlar as atividades das empresas as quais permitir exercer ações e pesquisas na matéria de planejamento familiar. (BRASIL, 1996).

Visualiza-se no artigo 8º¹⁰ da Lei nº 9263/96 a referência legal às experiências com seres humanos em matéria de fecundação. O texto do artigo impõe que a realização destes experimentos fica condicionada à prévia autorização e posterior acompanhamento do SUS, na forma de fiscalização e controle, seguindo os critérios demandados pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 1996).

A partir do artigo 10, a Lei nº 9.263/96 encara uma das questões mais debatidas nos anos 80 e 90 no tocante à saúde reprodutiva da mulher: os métodos contraceptivos *versus* controle de natalidade: a esterilização voluntária (MINELLA, 2005, p. 43-46).

Cumpra breve análise dos fatores que alavancaram a regularização da contracepção cirúrgica no Brasil a fim de compreender a redação da Lei nº 9263/96. Conforme Vieira (2003, p. 167) de 1986 a 1996, a cultura da esterilização via laqueadura tubária se expandiu nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste do Brasil. Em correlação, Berquó (1999, p. 120) verificou no transcorrer dos anos que a média da faixa etária das adeptas sofreu uma diminuição, caracterizando a precoce aderência ao procedimento; Perpétuo (1996 apud Vieira, 2003, p. 168) identificou através dos dados padrões de susceptibilidade ao método interligado com as condições sociais das usuárias, visto que a maioria de mulheres esterilizadas no decorrer da pesquisa eram moradoras de áreas pobres, rurais ou possuíam menor instrução escolar.

¹⁰Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

A cultura da esterilização não teve iniciativa popular, mas sim surgindo através da preocupação estatal com o controle de natalidade, principalmente voltado para pessoas com menores condições de vida e/ou menos instruídas. Insumos estrangeiros para a realização das esterilizações, viabilidade política e suporte médico foram pilares fundamentais para manter a esterilização como meio de planejamento reprodutivo nos lares brasileiros, ainda na ilegalidade (VIEIRA, 2003, p. 167-169).

Ao contrário da prática médica, o alto índice de escolha por um método considerado de difícil reversibilidade, e legalmente proibido, preocupou o Conselho Federal de Medicina. Assim, o órgão federal da classe se mobilizou ante o descaso estatal no decorrer da CPI sobre a esterilização aberta no Brasil em 1992 (CFM, 1999). No período entre o início da CPI da esterilização até o advento da Lei nº 9.263/96, foi realizada pelo BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil) a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), a qual teve o objetivo de levantar dados na área de saúde reprodutiva (BRASIL, 2009). A pesquisa em comento foi objeto de análise no estudo de contracepção feminina realizado por Berquó (1999, p. 113-126), que concluiu que o aumento na taxa de esterilização feminina pós-parto via cesárea interligava-se com o dilema de incertezas na vida reprodutiva vivido pelas mulheres. Por um lado, fazer a esterilização traria a segurança de não ocorrer mais uma gravidez indesejada; por outro, ao não ser esterilizada e optar por outros meios contraceptivos, restava o dever de lidar com a constante insegurança de uma possível gravidez indesejada ou recorrer ao aborto em último caso (na forma ilegal e totalmente inseguro).

A soma dos fatores supra descritos associada à um longo processo legislativo sobre a matéria, finalmente, fizeram por aprovar a Portaria nº 144 de 1997, que incluiu no artigo 10 da Lei nº 9.263/96 a possibilidade de esterilização voluntária (CFM, 1999). O artigo 10 da Lei nº 9.263/96 permite a esterilização voluntária de homens e mulheres condicionada ao preenchimento dos requisitos presentes nos incisos I ou II. Assim, o indivíduo que deseja ser esterilizado precisa ter mais de 25 anos ou dois filhos vivos, sendo que o procedimento cirúrgico deve ser realizado em um intervalo de 60 dias após a manifestação de vontade (inciso I). O inciso II traz uma segunda hipótese de esterilização, essa exclusivamente para as mulheres, que poderá ocorrer caso seja comprovado que uma possível gravidez

traga risco à vida ou à saúde da mulher, ou do futuro bebê, na forma de declaração escrita e assinada por dois profissionais médicos (BRASIL, 1996).

Do parágrafo 1º à 6º do artigo 10, tem-se especificações para a viabilidade da esterilização cirúrgica. Destaca-se a demanda de que a declaração de vontade seja por escrito, a vedação à realização do procedimento na mulher durante os períodos de parto ou aborto (salvo comprovada necessidade) e a vedação à esterilização na forma de histerectomia e ooforectomia.

Por fim, o parágrafo 5º prevê exigência do consentimento expresso do cônjuge para realização do procedimento na vigência da sociedade conjugal. O texto em comento é objeto de vasta crítica pelos movimentos feministas, como também divide opiniões constitucionalistas, em razão da autonomia na escolha reprodutiva da mulher e impedimento à liberdade individual (COUTINHO, 2018).

Ainda, prevê-se a nulidade da manifestação de vontade do indivíduo que deseja fazer a esterilização caso esteja sobre efeito de substâncias químicas, estado emocional alterado ou estado de incapacidade temporária/absoluta (BRASIL, 1996).

Nos termos do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), a previsão da Lei nº 9.263/96 se encontra ultrapassada, pois não há mais incapacidade absoluta para os maiores de 16 (dezesesseis) anos¹¹.

Nos artigos subsequentes, a Lei molda que todas as esterilizações cirúrgicas serão notificadas à direção do Sistema Único de Saúde, bem como a incumbência do Sistema Único de Saúde em controlar as instituições que realizam ações e pesquisas em planejamento familiar. Também apresentou vedação a qualquer forma de indução à prática da esterilização e à exigência de atestado de esterilização ou gravidez para quaisquer fins (BRASIL, 1996).

Entre os artigos 15 a 21 a Lei nº. 9.263/96 dispôs sobre as penalidades específicas ao descumprimento das vedações apresentadas em seu corpo. Nota-se que elas podem recair tanto sobre os indivíduos como no profissional da saúde, médico e gestores de instituições de planejamento familiar (BRASIL, 1996).

Da análise da Lei nº 9.263/96 Vieira (2003, p. 164) evidencia a clareza do texto legal que afastou a política de saúde e direitos reprodutivos das políticas de controle demográfico. No mais, critica Vieira (2003, p. 165) que:

¹¹ Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para: [...] II - exercer direitos sexuais e reprodutivos; III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; [...] (BRASIL, 2015c)

[...] Embora a regulamentação legal dos direitos assegurados na Constituição Brasileira seja fundamental para garantir os direitos reprodutivos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, apenas a regulamentação não seria suficiente [...] outros aspectos sociais, materiais e institucionais da sociedade precisam ser desenvolvidos para assegurá-los[...]

O advento da Lei nº 9.263/96 foi responsável pela vinculação de novas condutas na relação médico-paciente, conforme prevê o Código de Ética Médica. Sobre a esterilização humana, condicionou-se que a conduta profissional em desacordo à lei mencionada é passível de responsabilização médica nos termos do Capítulo III, artigo 15, do Código de Ética Médica (CFM, 2009).

Já no Capítulo V do Código de Ética Médica (2009), que trata das relações médico-paciente e familiares, o artigo 42 veda a conduta desrespeitosa por parte do profissional em face do direito do paciente em decidir de modo livre sobre o método a utilizar no seu planejamento familiar. Ademais, também frisa o dever do profissional em prestar esclarecimentos sobre os métodos de contracepção quanto à indicação para o paciente, segurança, capacidade de reversão e possíveis riscos (CFM, 2009).

A vinculação da Lei nº 9.263/96 também se estende ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), tal qual dispõe em seu artigo 82 que é vedado ao profissional da enfermagem colaborar direta ou indiretamente em descumprimento com a legislação referente à esterilização humana (CEPE, 2017).

O conjunto de fatores que implicaram na regulamentação do planejamento familiar, por meio da Lei nº 9.263/96, demonstraram a linha tênue entre a normatização e ação na saúde reprodutiva. Correa e Ávila (2003, p. 50-51) afirma que o plano formal da lei se distancia da realidade, na qual delimita-se o serviço de saúde ao invés de expandi-lo e assegurar as prerrogativas legais de amplo acesso aos meios contraceptivos e equidade no acesso à informação.

A análise comparativa da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e de 2006 mostrou as duas faces da lei. Primeiro, observou que a normatização no planejamento familiar refletiu no perfil contraceptivo nas mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 44 anos), evidenciando aumento do uso da contracepção oral em face do número de esterilizações desde a PNDS – 1996 (PERPÉTUO e WONG, 2009, p. 93).

Em outra face, o estudo em pauta verificou a contracepção em camadas sociais desde baixa até alta renda, concluindo pela diminuição significativa da contracepção cirúrgica nas camadas mais altas diante das mais baixas. Restou demonstrada a associação entre a capacidade socioeconômica ante o acesso igualitário à informação e aos serviços de saúde (PERPÉTUO e WONG, 2009, p. 94-95).

Corroboram os fatos que, por mais que a Lei nº 9.263/96 preveja diversas possibilidades para aperfeiçoar o acesso ao planejamento familiar, os dados e estudos comprovam que as mudanças não privilegiaram igualmente os diferentes grupos de mulheres. Destarte, o reflexo da desigualdade socioeconômica e de gênero permanece em constante ciclo, de modo a atuar como fator impeditivo do amplo acesso à saúde reprodutiva.

4 O PODER DE ESCOLHA DA MULHER EM FACE DOS CRITÉRIOS EXIGIDOS NA LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Analisada a Lei nº 9.263/96 em sua redação e avanços nos últimos anos, cabe o estudo dos fatores pelos quais a lei é motivo de controvérsias entre os profissionais da saúde e usuários.

O presente capítulo revela a necessidade das políticas públicas em saúde integral da mulher e busca elaborar as motivações do confronto entre a Lei nº 9.263/96 e a escolha reprodutiva/autonomia das mulheres. Por fim, apresenta a fusão dos fatores sociedade, políticas públicas, Lei nº 9.263/96 e autonomia do corpo em face da escolha pela esterilização como principal método contraceptivo nos diferentes grupos de mulheres.

4.1 O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA MULHER

No âmbito da saúde pública, as políticas públicas caminham em paralelo com o direito à saúde em prol de aperfeiçoar o atendimento aos usuários da rede pública (ROSA e STURZA, 2008, p. 287-291). Schmidt (2008, p. 2311) aduz que política pública “remete para esfera do público e seus problemas”. Depreende-se que a questão pública ultrapassa a dimensão de atuação estatal, em razão das várias entidades sociais que não estão sob regimento estatal, mas que possuem atuação voltada para o público.

Já Martins (2008, p. 111) conceitua política pública como “a atuação do Estado, tendo como pressuposto a separação entre Estado e sociedade e compreende o planejamento, os planos e programas de ação e projetos, ultrapassando a mera prestação do serviço público”.

A relevância da prestação de serviço através de programa de ação pública deriva da própria natureza positiva dos direitos sociais. Ainda que existam entidades não estatais que atuam na forma de prestações públicas, tem-se consenso de que o Estado é o grande responsável na discussão de viabilidade, implementação e execução de políticas que garantam os direitos fundamentais inerentes a todo cidadão (BUCCI, 1997, p. 2).

O raciocínio de Cavalcante Filho (2017, p. 38) sobre políticas públicas reflete sobre a linha tênue entre as políticas públicas e os direitos sociais. É possível

visualizar uma relação de mutualismo na qual, a partir do surgimento das políticas públicas no meio social, de certo modo, há uma coação implícita em face dos poderes, setores e agentes públicos à prestarem a garantia social-constitucional ao cidadão assegurada nos dispositivos legais.

Nessa ordem, a política pública nasce de um problema social: algo que acontece na sociedade, que não deveria ocorrer nos moldes flagrados e que possui/deveria possuir resguardo legal em benefício da população. A situação-problema implica na formulação de um plano (política pública), imediato ou dividido em etapas, com a finalidade de estabelecer uma homogeneidade na camada social/área afetada pela falta de amparo dos entes públicos em geral (BUCCI, 1997, p. 2-6; ROSA e STURZA, 2008, p. 287-288).

O processo formal de inserção de uma política pública no meio social é composto por cinco fases, relacionadas entre si, as quais são: definição de agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação (WU et al., 2014, p. 22).

Primeiramente, a situação-problema é pautada na agenda dos gestores públicos para discussão, sendo analisada a prioridade e relevância social. Após, formula-se um plano de ação que engloba todas as alternativas possíveis para resolução do problema em um período determinado; ou seja, a política pública em si. Wu et. al (2014, p. 23-24) explana que a tomada de decisão trata de fase de ponderação e escolha, na qual os grupos e indivíduos envolvidos debatem e optam pela metodologia a ser utilizada na implementação da política.

Em sequência, a fase de implementação se caracteriza pela relação viabilidade-operacionalidade sobre o ente responsável. Martins (2008, p. 112-113) aduz que a relação oscila entre a “[...] escolha de prioridades para o governo que devem estar racionalmente coordenadas com a política maior e adotar as suas prioridades quanto aos meios, viabilizando a realização da política principal”.

Por fim, a fase de avaliação diz respeito ao levantamento dos frutos da implementação da política pública. Tem como objetivo agrupar informações sobre o sucesso da política no todo, além de tomar nota sobre os aspectos que necessitam de mudança tanto no plano como na execução, em ordem da evolução e pleno alcance da política em sua natureza de ação (WU et al., 2014, p. 25).

Diante das políticas existentes que contemplam os direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, no presente momento, cabe breve discussão das políticas públicas no âmbito da saúde brasileira.

A garantia de que o direito à saúde e as políticas públicas trabalham concomitante em favor da população se encontra no artigo 196 da Constituição Federal¹². O texto constitucional elabora que o direito à saúde se reveste pela universalidade, de modo que incumbe ao Estado assegurar-lo e efetivá-lo através de políticas sociais e econômicas na promoção da saúde em geral, o que inclui o acesso igualitário, prevenção, tratamento, educação, entre outros (BRASIL, 1988).

Nessa linha, Medeiros e Guareschi (2009, p. 32-33) refletem como o princípio da integralidade se tornou um acessório inerente às políticas públicas voltadas para o Sistema Único de Saúde.

Sobre a integralidade em si, a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017) infere:

É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017c)

Assim, compreende-se que toda política pública de saúde regida sob os valores da integralidade não se concretiza com a mera resolução da problemática. Ao contrário, o objeto principal da política serve de temática que, além da resolução em si, se desdobra em aspectos interdisciplinares para eficaz consolidação do plano de ação (COSTA, 2012, p. 997).

Em se tratando de políticas nacionais referentes à saúde da mulher, os destaques direcionam-se ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (COSTA, 2012, p. 996-1002).

Na década de 80, a associação entre a reforma sanitária e o movimento feminista instituiu o programa voltado para a saúde integral da mulher conhecido como PAISM, em 1983. Pela primeira vez, havia uma política de saúde voltada para a mulher que englobava todas as funções, fases e patologias do corpo feminino, saindo das sombras da maternidade (OSIS, 1998, p. 2-4; CAETANO, ALVES e

¹² Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988)

CORRÊA, 2004, p. 27).

Importa frisar que o PAISM foi alvo de variadas críticas em relação ao seu conteúdo e implementação. Das mais positivas, encontra-se Barroso (1984 apud Osis, 1998, p. 5) que acredita no potencial alavancador do programa ao suprimir a falta de garantias nas ações de saúde da mulher.

Caetano, Alves e Correa (2004, p. 28) observam que o surgimento do PAISM inseriu a matéria de planejamento familiar no alcance da saúde pública. O programa foi responsável pela abertura de precedentes em direitos reprodutivos previamente à garantia de livre arbítrio do casal prevista no artigo 226, §7º, da Constituição Federal de 1988.

No campo da implementação, Osis (1998, p. 7) pondera que o PAISM não obteve o alcance nacional conforme planejado, em virtude de interesses políticos e pelo advento do Sistema Único de Saúde. Sob mesma lógica, Costa (2012, p. 1000) defende que a essência da política de saúde integral voltada para a mulher se rompeu em fragmentos no decorrer dos anos 90. Ao invés de compactuar com o princípio da integralidade no atendimento, o que se verificou dos serviços de saúde foi verticalização do programa, que se desmembrou em ações focadas por causas específicas e de menor alcance.

Na tentativa de ressuscitar as virtudes do PAISM, o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Frisa-se que nova implantação não obteve sucesso, uma vez que os padrões de fragmentação das ações de integralidade no serviço de saúde à mulher foram novamente retomados (COSTA, 2012, p. 1001).

A conclusão de Pinotti e Faundes (1988, p. 23) sobre a dificuldade de implementação das políticas de saúde da mulher, infelizmente, se perpetuou nos anos, uma vez que Osis (1998, p. 1-8) e Costa (2012, p. 979-1007) apresentam conclusões semelhantes. À época do surgimento do PAISM (1983/1984) Pinotti e Faundes (1988, p. 23) já discutiam que a falta de compromisso do Ministério da Saúde com o programa era a maior agravante em sua implementação.

Sequencialmente, Osis (1998, p. 7) deflagra que o programa demonstrava instabilidade na implementação por razão das dificuldades próprias do SUS, que se tratava de sistema novo de saúde nos anos 90. Somada à falta de estrutura do SUS, a autora também critica a divergência gritante entre as políticas de saúde da mulher

em detrimento dos demais grupos sociais e lamenta que o programa seja vítima da má estruturação em geral.

Costa (2012, p. 1001-1006) elucida que, em razão das dificuldades na implementação do SUS terem atuado de modo impeditivo na concretização de políticas como PAISM no passado, caberia aos responsáveis reorganizar a estruturação do programa e capacitar os profissionais sob o princípio da integralidade, sem fragmentar as disposições do programa. Ainda, criticou os vestígios de subordinação do Estado à Igreja que persistem na matéria de família e reprodução.

Visualiza-se no quadro de políticas da saúde da mulher o descompasso entre a presença da política no papel e a efetiva implementação no serviço de saúde. A análise supra realizada demonstrou a importância da associação entre fatores políticos, sociais e profissionais para êxito da conexão entre a oferta e o acesso à saúde integral da mulher.

4.2 CONFRONTO ENTRE A AUTONOMIA DO CORPO DA MULHER E A LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

O propósito da Lei nº 9.263/96 de regulamentar a relação interdisciplinar entre as políticas e a saúde sexual e saúde reprodutiva obteve êxito no campo teórico dos direitos reprodutivos. É notório que a Lei nº 9.263/96 desmistificou os direitos reprodutivos no cenário da saúde nacional, pois vedou a utilização do planejamento familiar e suas disposições em políticas de demografia (VENTURA, 2009, p. 86-92).

Todavia, o campo da prática se demonstrou prejudicado no decorrer dos anos pela sucessividade de elementos presente na Lei nº 9.263/96 que não compactuam com a autonomia do corpo do indivíduo, em especial da mulher. Coutinho (2018) traz reflexões sobre os dispositivos presentes na Lei nº 9.263/96 que conflitam com as garantias do livre planejamento familiar do artigo 226, §7º, da Constituição Federal de 1988¹³.

¹³ 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 [...]** (grifei) (BRASIL, 1988)

Primeiramente, o critério da idade (maior de 25 anos) para esterilização voluntária, que se encontra no artigo 10, I, da Lei nº 9.263/96, restringindo os interessados na faixa etária dos 18 aos 24 anos, civilmente capazes, porém impedidos de realizar o procedimento. Alternativamente, o mesmo inciso dispõe que, caso não preencha o requisito etário, o (a) interessado (a) poderá realizar o procedimento se já tiver dois filhos vivos, observado o prazo de 60 (sessenta) dias do pedido. A escusa legal aos critérios da idade e número de filhos para esterilização voluntária, conforme o próprio artigo 10, I, da Lei nº 9.263/96, tem como fundamento afastar a recorrência de episódios de esterilização precoce.

Coutinho (2018) se posiciona em desfavor às limitações do inciso I do artigo 10 em virtude da violação da liberdade alinhada ao objetivo fundamental da construção da sociedade justa e solidária. A lógica utilizada pela autora faz refletir que a lei se afasta dos ideais de liberdade individual presentes na Constituição ao impor: (a) ao paciente, restrição a escolha baseada estritamente na faixa etária ou número de filhos; (b) ao profissional da saúde, obrigatoriedade de adotar conduta de desencorajamento do procedimento em matéria que, em tese, diz respeito ao corpo do (a) paciente.

Paralelamente, Ventura (2009, p.107-108) argui que:

[...] Por exemplo, constata-se a utilização do critério de 25 anos “e” dois filhos, em vez de “ou” dois filhos; e o parâmetro da condição socioeconômica e a estabilidade conjugal para viabilizar a esterilização cirúrgica e também para orientar a prescrição do tipo de método adequado para a contracepção.

Depreende-se de ambas análises que os critérios da faixa etária e número de filhos impostos pela Lei nº 9.263/96 são amplamente interpretados pelos profissionais e gestores da saúde. A divergência entre condutas revela os conflitos de interesse existentes no posicionamento profissional-político sobre a o procedimento de esterilização (VENTURA, 2009, p. 108; COUTINHO, 2018).

No inciso seguinte (artigo 10, II, da Lei nº 9.263/96), a lei exige que, para a realização de esterilização em situação de risco, o procedimento será condicionado à assinatura de relatório por dois médicos. Neste ponto, a crítica se estabelece em razão da rigidez na operacionalidade do inciso II em situação de emergência. Elabora Coutinho (2018) hipoteticamente, que no caso de extrema urgência de proceder à esterilização da mulher não haja dois médicos presentes

para redigir e assinar o relatório, como ficará a paciente? Porque, seguindo os moldes da Lei do Planejamento Familiar, deverá a paciente esperar pelos profissionais sem viabilidade expressa de operar emergencialmente.

Na sequência, o parágrafo §2º do mesmo artigo veda a possibilidade de esterilização cirúrgica nos períodos pós-parto e pós-aborto, salvo devida comprovação da necessidade. A vedação mencionada atinge duplamente os direitos da mulher quanto à sua isonomia, nos moldes do artigo 5º, *caput*, da Constituição Federal de 1988, como quanto à sua capacidade plena, nos moldes do artigo 1º, I, da Constituição Federal de 1988 (COUTINHO, 2018).

Coutinho (2018) acredita que o posicionamento legal sobre proibir a esterilização da mulher nos períodos pós-parto e pós-aborto perpetua a desigualdade entre os sexos, em especial para obtenção do procedimento esterilizatório. Em outra análise, expõe estado psíquico da mulher deve ser observado de modo amplo nas fases pós-parto e pós-aborto, para não tomar como regra algo que é relativo, ou seja, a alteração do estado emocional ante o abalo que nem sempre produzirá efeitos capazes de blindar a consciência.

Adiante, a redação do artigo 10, §3º, da Lei nº 9.263/96 indica que a manifestação de vontade daquele (a) que deseja ser esterilizado (a) não será válida se ocorrer em momento de duvidoso discernimento. Ou seja, situações nas quais a pessoa esteja sob influência de álcool, drogas, com estado emocional alterado ou incapacidade mental relativa/absoluta.

Importa salientar que a mudança ocorrida em 2015 no Código Civil sobre a incapacidade mental relativa e absoluta, em razão do advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), que ainda não foi incorporada à Lei nº 9.263/96. Logo, verifica-se falta de instrução normativa para aplicação da Lei nº 9.263/96 nos casos de pessoas com deficiência, de modo a não ferir os desejos individuais anteriormente limitados pela redação inicial dos artigos 3º e 4º do Código Civil de 2002 (BRASIL, 2002b)

A maior polêmica que envolve o processo de esterilização se encontra no §5º, também do artigo 10 da Lei nº 9.263/96. O parágrafo prevê que “[...] na vigência da sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges”.

Elucida Coutinho (2018) que condicionar a esterilização voluntária à autorização do cônjuge atinge não apenas fisicamente, como psicologicamente às

mulheres na vigência da relação. Isto porque, por serem as responsáveis por salvaguardar a procriação, existem interesses além dos seus próprios sobre a realização do procedimento que, por vezes, pode se tornar crucial para o relacionamento.

Da soma da análise supra, depreende-se que Coutinho (2018) balanceou a dupla face da Lei nº 9.263/96 ao dispor sobre as liberdades limitativas que a constituem. A razão disso se dá pelo fato de que as justificativas para regulamentação via Lei nº 9.263/96 eram em prol de regulamentar e beneficiar o homem, a mulher, o casal e a família. Entretanto, a Lei nº 9.263/96 se demonstra constituída por elementos que impeditivos do exercício da autonomia sobre o corpo.

Cook (2002, p.19) arrazoa que, enquanto houver constante negligência ante os direitos reprodutivos na forma de desinformação, desatualização e precariedade na prestação do serviço de saúde reprodutiva, mais ardorosa será a conquista da plena autonomia do corpo.

As restrições legais não compactuam com a evolução da mulher e do homem na sociedade atual. Não existe clamor popular pelo rol de limitações em uma lei que, a princípio, deveria funcionar em benefício da autonomia; o clamor das mulheres se monta por razão do desejo de integridade e respeito provenientes das políticas, leis e do Estado à individualidade e intimidade das decisões.

Na lógica do empoderamento do corpo das mulheres ante a sociedade e o Estado, Cook (2002, p. 20) propõe que:

[...] a articulação dos direitos que têm as mulheres a um tratamento de qualidade, à escolha pessoal e, desde logo, à liberdade nas decisões relativas ao seu corpo e às suas opções reprodutivas são aspectos importantes daquilo que se revela como um movimento definidor e protetor dos direitos reprodutivos das mulheres. Cresce o reconhecimento da importância da autodeterminação das mulheres relativamente à sua saúde e bem-estar. Neste sentido, afigura-se cada vez menos aceitável que um marido force a sua mulher a um sexo ou gravidez não-desejados. Já que são vulneráveis porque, entre outras razões, as suas atividades muitas vezes se dão fora da proteção da lei. Igualmente inaceitável é o desenvolvimento de políticas populacionais positivas e negativas à revelia de direitos humanos individuais.

Por conseguinte, as ideias de autonomia do corpo e o direito à informação se complementam em prol da formação da consciência reprodutiva. A decisão privada de integral informação sobre a contracepção e o planejamento familiar não será plena nos termos da Lei, tratando-se de dever ético do profissional da saúde

auxiliar a (o) paciente na melhor escolha conforme a viabilidade para seu corpo, livre de julgamentos sobre condição social, escolaridade, sexualidade, entre outros.

4.3 A ESTERILIZAÇÃO DA MULHER COMO OPÇÃO CONTRACEPTIVA REMANESCENTE FRENTE A CARÊNCIA DE POLÍTICAS E INFORMAÇÃO NO CENÁRIO ATUAL DA SAÚDE REPRODUTIVA

Diante do cenário da saúde reprodutiva no Brasil, em especial sobre a relação entre a contracepção feminina e o planejamento familiar, questiona-se: por que a Lei nº 9.263/96 não se compromete com a mulher no plano de ação como assegura sua redação legal?

A resposta para a indagação supra se dá pela sucessividade de paradigmas sociais que afetaram (e afetam) a sociedade brasileira na construção integral do planejamento familiar, os quais ensejaram na prolongação do uso da esterilização como maior método contraceptivo da metade do século XX em diante (JARDIM, 2012; VENTURA, 2009).

A suspeita de motivações político-demográficas, formação da cultura médica de esterilização e falta de fornecimento de informação suficiente sobre o método foram objeto de estudo de Perpétuo e Wong (2009, p. 87-104). O estudo apresentado na PNDS (BRASIL, 2009), relativa ao comparativo 1996- 2006 averiguou se há influência socioeconômica na propositura e, sequencialmente, escolha da esterilização feminina como meio de contracepção.

Na seara política, as ações de planejamento familiar voltadas exclusivamente para a saúde integral da mulher não sucederam às expectativas alimentadas. O movimento sanitaria colaborou com as feministas para criação e ascensão do PAISM (1984), entretanto não se verificou avanços práticos na contracepção da mulher (COSTA, 2012, p. 996-998).

Adiante, a Lei nº 9.263/96 não teve qualquer tipo associação ou colaboração palpável ao PAISM no plano de ação e, conseqüentemente, não houve união prática de ambos em prol do desenvolvimento de políticas específicas; o PNAISM (2004) também não se voltou para a integralidade do atendimento conforme pautado no seu corpo textual, restando mera expectativa de políticas integrais na saúde da mulher (COSTA, 2012, p. 996-1002).

Costa (2012, p. 996-1006) elabora categoricamente que, por mais que exista respaldo legal para formulação e implementação de políticas palpáveis no atendimento integral à saúde da mulher, não há ação suficiente no campo prático da saúde diante da vasta desigualdade social no eixo gênero-raça-classe social.

Observa-se que as dificuldades de implantação de políticas não apenas acometem o eixo nacional da Lei nº 9.263/96, como também a saúde integral da mulher no município. Visualiza-se fechamento das unidades básicas de saúde face a materialização de políticas que tenham o condão de promover o amplo acesso e igual informação para as mulheres na contracepção, o que perpetua o ciclo das desigualdades e fragmentação do atendimento à mulher (UFSC, 2016, p. 22-23).

A influência da opinião profissional aliada à desigualdades e escassez de informação na escolha reprodutiva da mulher foi objeto do estudo de Minella (2005, p. 43-68) a qual analisou grupos de mulheres esterilizadas em duas regiões da ilha de Florianópolis/SC no ano de 1997 e os fatores que acarretaram a opção pela esterilização voluntária. Do panorama analisado por Minella (2005, p. 53-55) revela-se que a maioria das mulheres optaram sozinhas pela esterilização, apenas comunicando ao cônjuge/companheiro (se o tinham). Comprova-se neste ponto a sobrecarga da mulher sobre a decisão contraceptiva dentro do cenário do planejamento familiar que, em tese, trata-se de corresponsabilidade do casal.

Sobre a busca de informação sobre o procedimento, apenas 5 (cinco) participantes do estudo declararam que houve recomendação médica sobre possíveis efeitos colaterais. Ademais, percebeu-se a falta de curiosidade científica da mulher na coleta de informações sobre o próprio corpo, uma vez que, desconsiderando as opiniões médicas motivadoras ao procedimento, as fontes utilizadas foram revistas, programas de televisão, opinião médica e, inclusive, da Bíblia (MINELLA, 2005, p. 54).

Dentre 40 (quarenta) mulheres esterilizadas, 11 (onze) apresentaram queixas relativas aos efeitos físicos e psicológicos causados pela laqueadura tubária. Minella (2005, p. 55) revela que:

[...] o equivalente a 27, 5% do contingente, afirmou ter passado a sofrer dos seguintes problemas: distúrbios menstruais (cólicas, fluxo abundante e irregular), dores nos seios, dores abdominais, distúrbios emocionais, dores de cabeça constantes e perda da vontade sexual.

Outro ponto que se percebeu da pesquisa é que, à época (anos 90), a consensualidade da esterilização atingiu mulheres de todas as classes. Havia clara disseminação, seguida de um consenso social, sobre a incontestabilidade dos benefícios do procedimento na vida da mulher (MINELLA, 2005, p. 61-64). A propagação de benefícios da esterilização sem ampla referência científica foi a peça chave que preservou a cultura da laqueadura tubária como contraceptivo de maior destaque por muito tempo (MINELLA, 2005, p. 61-64).

Nessa ordem, a redação do artigo 10 da Lei nº 9.263/96 trouxe à luz os elementos implícitos do procedimento. O parágrafo primeiro do artigo 10 coíbe a desinformação no ato de concordância com a esterilização, de modo que a realização do procedimento é condicionada à manifestação de vontade expressa e consciente de todos os riscos, efeitos e benefícios.

Entretanto, os efeitos da Lei nº 9.263/96 na contracepção compõem o objeto de estudo dos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde referente ao ano de 2006 (BRASIL, 2009). Os dados do PNDS comprovam que, de 1996 e 2006, houve uma diminuição geral na incidência de esterilizações femininas nas mulheres em idade reprodutiva de todas as classes sociais (de 38,5% para 25,9%). Entretanto, ao olhar os dados por classe social, percebe-se que a mudança significativa de fato ocorreu nas classes mais altas (de 40,4% para 20,2%) e na classe média (de 37,6% para 25,1%), com substancial diminuição do uso da esterilização feminina associado ao aumento do uso do anticoncepcional oral combinado (de 18,2% para 23,9%; de 26,5% para 30,2%).

Nas classes mais baixas, a diminuição é inexpressiva em relação à média total: em 1996, a média total de esterilizações era de 38,5% enquanto da classe baixa era de 36,5%; em 2006, a média total de esterilizações diminuiu para 25,9%, enquanto a média da classe baixa diminuiu para 32,3%.

A análise comparativa entre os dados do PNDS 1996 e 2006 comprova que o fator social tem influência no acesso à informação e sobre a melhor oferta de serviço de saúde. O que antes era um posicionamento generalizado entre as classes (optar pela esterilização), restou preservado entre as classes mais baixas, o que demonstra a herança negativa da cultura da esterilização (PERPÉTUO e WONG, 2009, p. 92-93).

A associação entre desigualdade social e alta taxa de esterilização haviam sido pontuadas em momento anterior à verificação e publicação dos dados

do PNDS-2006 (BRASIL, 2009). Buglione (2002, p. 155) já enxergava a longo prazo que, enquanto não houvessem fortes argumentos e ações em desfavor da esterilização, o procedimento se manteria dentre os principais contraceptivos nos ambientes mais carentes e de menor escolaridade.

Dentre os fatores de arrependimento no grupo estudado por Minella (2005, p. 61-64) as componentes de queixaram sobre a carência de informação sobre os riscos e efeitos prejudiciais ao físico e psicológico que as mulheres começaram a sofrer diante da laqueadura tubária. No mais, o arrependimento por realizar o procedimento em si também ocorre, principalmente em mulheres esterilizadas precocemente. A maioria busca na esterilização a segurança de que não ficará mais grávida; contudo, a desinformação e falta de diálogo implicam no arrependimento posterior diante de novo relacionamento, desejo tardio de ser mãe, entre outros (JARDIM, 2012).

Não há como encarar o problema da esterilização como uma questão fechada de política da saúde, mas sim de uma construção social e interdisciplinar. Logo, necessita-se de estruturação material em contracepção e educação, bem como capacitação psicológica dos profissionais e usuários para que, cada vez menos, mulheres de classes mais baixas sejam condicionadas à procederem com a laqueadura tubária sem plena ciência dos efeitos na saúde (BERQUÓ, 1999, p. 125; BUGLIONE, 2002, p. 155).

Em soma, extrai-se da análise de Caetano (2004, p. 19) o quanto a falta de estruturação da Lei nº 9.263/96 implica na formulação e implementação de políticas públicas na matéria. Não há diretrizes legais suficientes e detalhadas para orientar os entes federativos e seus respectivos profissionais da saúde pública, o que desarmoniza a prestação do serviço e fragmenta o atendimento à saúde integral da mulher.

Em mais de 20 anos de vigência, a amplitude do corpo legal associada à falta de instrumentalização da Lei nº 9.263/96 não agregaram na evolução da saúde da mulher (CAETANO, 2004, p. 19). Corroboram os fatos que incumbe à matéria de políticas públicas a formulação e implementação da solução as multifacetadas da esterilização, saúde da mulher e planejamento familiar.

É mais do que necessário modernizar as práticas da saúde reprodutiva no cotidiano de trabalho da saúde pública. Existe responsabilidade estatal em prover o máximo de informação sobre a contracepção e compromisso com a busca por

mecanismos viáveis para aproximar o acesso à informação e ao serviço de saúde ao alcance da paciente.

Ainda, as mudanças devem observar as condições da mulher no meio social na qual está inserida, em valores de trabalho, moradia, educação e gênero (COSTA, 2012, p. 1007). A diminuição das desigualdades entre a saúde integral da mulher e demais categorias, bem como o atendimento à saúde da mulher em diferentes classes sociais, se demonstra possível apenas com a observância das minúcias que não foram observadas no passado no PAISM, na Lei nº 9.263/96 e sequer no PNAISM.

Embora o método de implementação das políticas públicas seja crucial para seu desenvolvimento e aceitação social, na matéria em apreço a formulação densa e aplicada se demonstra mais importante para obtenção de sucesso a longo prazo. Por conseguinte, para que nova política pública de saúde integral da mulher seja efetiva, ela deve englobar a capacitação do profissional da saúde pública na área, promoção da educação sexual, amplo acesso à informação e diversidade na oferta dos métodos contraceptivos garantidos pelo Sistema Único de Saúde na rede pública.

Com a finalidade de não prolongar o ciclo repetitivo de demandas aprovadas e não implementadas em saúde reprodutiva, o planejamento detalhado na formulação da política é primordial para o sucesso. Englobar as propostas acima, associadas às peculiaridades dos grupos de mulheres, trará maior discernimento na caminhada reprodutiva e sensação de empoderamento sobre o corpo, fazendo jus ao grande princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho objetivou demonstrar os fatores responsáveis pela persistência da esterilização feminina como método contraceptivo principal em grupos de mulheres ante as previsões da Lei nº 9.263/96 e das políticas de saúde. Em associação, revelou questões impeditivas presentes na Lei nº 9.263/96 e demais políticas que dificultam a plena escolha reprodutiva da mulher.

Do desenvolvimento, percebeu-se que a matéria de direitos reprodutivos tem muito a ser desenvolvida e agregada no cotidiano das brasileiras. A evolução social em prol do bem-estar e conquista de maior autonomia em todas as camadas sociais depende de trabalho interdisciplinar, estruturado e moderno para obter sucesso.

Averiguou-se que o fracasso da implementação das políticas públicas de saúde integral da mulher não se deu apenas pelos tabus sociais, mas também pelas fragilidades da própria formulação e implementação política.

Por mais que os autores em políticas públicas preconizam que o momento de implementação é a chave para o sucesso ou fracasso de uma política, o que se demonstra na matéria é a necessidade de maior atenção ao momento de formulação.

A partir do estudo da Lei do Planejamento Familiar, compreendem-se as causas motivadoras de suas falhas no campo prático. Há verdadeira carência de redação legal estruturada, que oriente os métodos de ação para assegurar os direitos e deveres aos quais a Lei nº 9.263/96 se compromete.

Constatou-se que existe extensa lei para garantir o livre planejamento familiar e a autonomia do corpo, ainda que em termos ultrapassados. Contudo, ao abranger todas as possibilidades de ação em serviço, informação, educação e penalidades, a lei não especifica, nem orienta como agir diante das situações as quais ela prevê, o que afasta a possibilidade de discernimento e evolução social através de seu teor.

Destarte, não há como garantir sucesso de nova política pública em planejamento familiar e contracepção se não houver comunhão de ideias entre os entes federativos, formuladores de políticas e profissionais da saúde. É preciso que os três agentes principais além de se unirem, pautem na política os mecanismos de

ação o mais detalhadamente possível em prol de processo simples de implementação, capaz de gerar efeitos visíveis em menor quantidade de tempo.

O presente estudo foi responsável por desvendar campo de ideias dentro de matéria oculta no direito brasileiro, por razões de barreiras socioeconômicas, históricas, de gênero e por seu lapso na aplicação legal. Concluiu-se que o sucesso de toda lei e política pública não se dá apenas por quem as aplica, como também por quem as constrói.

Em matéria de direitos reprodutivos, tem-se muito a construir em ordem de quebrar paradigmas sociais e elevar o acesso da mulher à informação e oferta aos métodos contraceptivos garantidos por lei. É insuficiente a existência de lei que se compromete com uma modalidade de serviço, porém repete ciclos e atitudes antigas, afastando o pleno empoderamento feminino sobre suas decisões e seu corpo.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALVES, José Eustáquio Diniz. A Polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz de transição demográfica. **IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2002.

Disponível em: <

<http://sociales.cchs.csic.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S465-S469, 2003.

Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800027&script=sci_abstract&tlng=pt)

[311X2003000800027&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000800027&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 06 ago. 2018.

BARSTED, Leila Linhares. O Campo Político-Legislativo dos Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, p. 79-94, 2003.

_____. O Reconhecimento dos Direitos Sexuais: Possibilidades e Limites. In: SARMENTO, Daniel (Coord.); IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia. **Igualdade, diferença e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, p. 247-258, 2010.

BERQUÓ, Elza. Ainda a questão da Esterilização Feminina no Brasil. In: COSTA, Sarah Hawker; GIFFIN, Karen. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p. 113-126, 1999.

_____; CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S441-S453, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Out. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**.

Brasília, DF, 1990a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 set. 2018.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e**

dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 30 set. 2018b.

_____. 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:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm>. Acesso em: 24 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (a). Disponível em:
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia2.pdf>>. Acesso em 08 out. 2018.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil.** Brasília, DF. 2002 (b). Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm>. Acesso em: 01 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf>. Acesso em: 08 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.** Brasília: DF, 2010. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acesso em: 08 out. 2018.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **II Jornada de Direito da Saúde: enunciados aprovados nº 46 a 68.** 2015a. Disponível em:
<<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>>. Acesso em 29 set. 2018.

_____. Governo do Brasil. **Prevenção: conheça mais sobre os métodos contraceptivos distribuídos gratuitamente no SUS.** Brasília: DF, 2015b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/04/conheca-mais-sobre-os-metodos-contraceptivos-distribuidos-gratuitamente-no-sus>>. Acesso em: 15 out. 2018.

_____. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF, 2015c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 05 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2017**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 2017b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 12 out. 2018.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (c)**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017 (c). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 27 out. 2018.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana**: conquistas médicas e debate bioético. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas públicas e direito administrativo. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 34, n. 133, p. 89-98. jan/mar. 1997. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/198/r133-10.PDF?sequence=4>>. Acesso em: 28 out. 2018

BUGLIONE, Samantha. Reprodução e Sexualidade: uma questão de justiça. In: BUGLIONE, Samantha (org.). **Reprodução e Sexualidade**: uma questão de justiça. Porto Alegre: SERGIO ANTONIO FABRIS EDITOR, p. 123-176, 2002.

CAETANO, A.J., ALVES, J.E.D. e CORRÊA, S. (Orgs.), Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Abep e UNFPA, 2004, p. 19-40. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/livro_dezanos.pdf>. Acesso em: 25 out. 2018.

CANUT, Letícia. Estado democrático de direito, políticas públicas, e direito à saúde: uma breve introdução sobre o SUS. In: VIEIRA, Reginaldo de Souza (Org.); CERETTA, Luciane Bisognin. **Temas em direito sanitário & saúde coletiva**: SUS - uma política pública de estado. Criciúma, SC: Ed. UNESC, p. 13-28, 2013

CAVALCANTI FILHO, João Trindade. A Constituição de 1988 como matriz de políticas públicas: direitos, deveres e objetivos no campo dos direitos sociais. In:

MENDES, Gilmar (Org.); PAIVA, Paulo. **Políticas Públicas no Brasil**. São Paulo, SP: Saraiva, p. 33-48, 2017.

COLETO, Maytê Gouvêa; MOREIRA, Maria de Fátima Salum. Relações propostas entre direitos humanos, direitos reprodutivos e a educação escolar. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 9., 2010, Florianópolis. **Anais eletrônicos** ... Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1291731686_ARQUIVO_RelacaoPropostasentreDireitosHumanos.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 564, de 06 de novembro de 2017. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem**. Brasília, DF, 06 nov. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 15 out. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. A Lei do Planejamento Familiar e a Esterilização Voluntária. **Jornal Medicina**. Brasília, ago., 1999. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/jornal/jornais1999/0899/CFM_p22.htm>. Acesso em: 15 out. 2018.

_____. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. **Aprova o Código de Ética Médica**. Brasília, DF, 17 set. 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122>. Acesso em: 15 out. 2018.

COOK, Rebecca J., DICKENS, Bernard M., FATHALIA, Mahmoud F. **Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: integrando ética, medicina e direito**. Rio de Janeiro, CEPIA, 2004.

CORRÊA, Sônia. "Saúde Reprodutiva", Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: COSTA, Sarah Hawker; GIFFIN, Karen. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p. 39-50, 1999.

_____, ÁVILA, Maria Betânia. Direitos Sexuais e Reprodutivos – Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, p. 17-78, 2003.

_____, JANNUZZI P.M., ALVES J.E.D. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicações. **UNFPA-Brasil, ABEP e IBGE**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/view/142>>. Acesso em 19 set. 2018.

COSTA, Ana Maria. Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. RJ: FIOCRUZ, p. 979-1010, 2012.

COSTA, Marli M. M. da (Org.); PORTO, Rosane Teresinha Carvalho; VEZENTINI, Sabrina Cassol. **Direito, cidadania e políticas públicas VII**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2013.

COUTINHO, Simone. **Lei do Planejamento Familiar viola liberdade como princípio e como direito**. 2018. Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2018-mar-29/simone-coutinho-lei-planejamento-familiar-viola-liberdade>>. Acesso em: 25 out. 2018.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Direitos humanos e cidadania**. 2. ed. reform. São Paulo: Moderna, 2004.

FARIAS, Marení Rocha; LEITE, Silvana Nair, TAVARES, Noemia Urruth Leão, OLIVEIRA, Maria Auxiliado, ARRAIS, Paulo Sérgio Dourados; BERTOLDI, Andréa Dâmaso, et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, nov., 2016. Disponível em: < <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/utilizacao-e-acesso-a-contraceptivos-orais-e-injetaveis-no-brasil/> >. Acesso em: 10 out. 2018.

GARRAFA, Volnei. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, p. 49-62, 2004.

JARDIM, Renata Teixeira. **Esterilização feminina: na ótica dos direitos reprodutivos, da ética e do controle da natalidade**. 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/esteriliza%C3%A7%C3%A3o-feminina-na-%C3%B3tica-dos-direitos-reprodutivos-da-%C3%A9tica-e-do-controle-de-natalid>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

MARTINS, Wal. **Direito à saúde: compêndio**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur, Rev. int. direitos human.**, São Paulo, v. 5, n. 8, p. 60-83, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2018.

MEDEIROS, Patrícia Flores de., GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão**. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 17(1): 31-48, jan./abr. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2009000100003/10982>>. Acesso em 19 out. 2018.

MINELLA, Luzinete Simões. **Gênero e Contracepção: uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005.

NORONHA, José Carvalho de., LIMA, Luciana Dias de., MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Ligia et al. () (Org.). **Políticas e**

sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 365-394, 2012.

OLIVEIRA, Mainara Gomes Sales de; TERESI, Verônica Maria. Convenção da Mulher: incorporação no Brasil e influência da sociedade civil. **Leopoldianum**, v. 43, n. 121, p. 20, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/viewFile/761/642>>. Acesso em: 04 set. 2018.

ONU. Convenção contra Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. 1979. Disponível em: < http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf > Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. 1995. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf>. Acesso em 10 set. 2018.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. S25-S32, 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 ago. 2018.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva., WONG, Laura L. Rodríguez. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, p. 87-104, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em 08 out. 2018.

PETERKE, Sven., RAMOS, André de Carvalho. Manual prático de direitos humanos internacionais. **Escola Superior do Ministério Público da União**. Brasília, DF, 2009. Disponível em <https://www.ufrgs.br/cedop/wp-content/uploads/2014/04/Manual_Pratico_Direitos_Humanos_Internacionais-1.pdf> Acesso em 06 ago. 2018.

PINOTTI, José Aristodemo; FAÚNDES, Aníbal. **A mulher e seu direito a saúde: Por uma política de saúde no Brasil**. São Paulo: Ed. Manole, 1988.

PIOVESAN, Flávia. Os direitos reprodutivos como direitos humanos. In: BUGLIONE, Samantha (org.). **Reprodução e Sexualidade**: uma questão de justiça. Porto Alegre: SERGIO ANTONIO FABRIS EDITOR, p. 61-80, 2002, p. 62-63.

_____. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. *In: Revista EMERJ*. Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. P.70-89. v. 15, n. 57. 2012.

PITANGUY, Jacqueline, Violência de Gênero e Saúde - Interseções. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, p. 319-338, 2003.

_____, Jacqueline. **Os Direitos Humanos das Mulheres**. 2013. Disponível em: <http://www.fundodireitoshumanos.org.br/downloads/artigo_mulheres_jacpit.pdf> . Acesso em: 02 set. 2018.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2014a.

_____, André de Carvalho. **Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional**. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2014b.

ROSA, Marizélia Peglow da., STURZA, Janaína Machado. As políticas de saúde na contemporaneidade: formas de efetividade e de exigibilidade. In: COSTA, Marli M. M. da (Org.); TERRA, Rosane B. Mariano da Rocha B.; RICHTER, Daniela. **Direito, cidadania e políticas públicas III: direito do cidadão e dever do estado**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, p. 287-306, 2008.

SCHMIDT, João Pedro. Para entender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos. In: REIS, Jorge Renato dos (Org.); LEAL, Rogério Gesta. **Direitos Sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, p. 2307-2333, 2008. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/10/docs/para_entender_as_politicas_publicas_-_aspectos_conceituais_e_metodologicos.pdf>. Acesso em 28 out. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. **Atenção integral à saúde da mulher: medicina**. 3. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. 120 p. Disponível em: <<https://unarus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Mulher-ilovepdf-compressed.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2018.

VENTURA, Miriam (Org.), IKAWA, Daniela., PIOVESAN, Flávia., BARSTED, Leila Linhares. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito**. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003.

_____. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3. ed. Brasília, DF: Ed. do Autor, 2009.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Políticas Públicas e Contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, Elza (org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, p. 151-196, 2003.

VILLELA, Wilza Vieira. Direitos sexuais e reprodutivos: afinal, de que falamos? In: BUGLIONE, Samantha (org.). **Reprodução e Sexualidade**: uma questão de justiça. Porto Alegre: SERGIO ANTONIO FABRIS EDITOR, p. 81-92, 2002.

WU, Xun., RAMESH, M., HOWLETT, Michael., FRITZEN, Scott. Guia de políticas públicas: gerenciando processos. **Escola Nacional de Administração Pública**. Brasília: Enap, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2555/1/Guia%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20Gerenciando%20Processos.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018.