

Autonomia, paternalismo e direitos reprodutivos: a regulamentação da esterilização voluntária no Brasil

Guilherme de Melo Barros¹

Prof. Dr. Gustavo Pereira Leite Ribeiro (orientador)

Resumo

O presente artigo aborda o tema da esterilização voluntária na perspectiva do princípio constitucional do planejamento familiar democrático, buscando-se evidenciar de que forma as políticas estatais e as abordagens do judiciário promovem ou deturpam a autonomia dos indivíduos que serão submetidos ao procedimento da esterilização. Dessa forma, com o objetivo de verificar a relevância da legislação vigente, bem como a conformidade da conduta de médicos com uma noção adequada de autonomia, este trabalho busca analisar a prática médica de esterilização em três tópicos de abrangência, o primeiro destacando a Lei 9.263/96, o segundo priorizando o conceito de autonomia e de paternalismo e o terceiro abordando decisões judiciais paradigmáticas. Ao final, é concluído que, ainda que a Lei 9.263/96 represente uma tentativa parcialmente positiva de se promover a autonomia e o planejamento familiar democrático, a prática médica cotidiana e o judiciário impedem a efetivação do princípio de planejamento familiar democrático e a promoção da autonomia.

Palavras-chave: esterilização voluntária; Lei 9.263/96; autonomia; planejamento familiar.

Abstract

The present work addresses the issue of voluntary sterilization under the constitutional principle of democratic planned parenthood (Art. 226, § 7, CF / 88), aiming to highlight the ways that state policies as well the approaches of the judiciary may promote or misrepresent the autonomy of the individuals that will be subjected to the sterilization procedure. Thus, in order to verify the relevance of the current legislation, as well as the compliance of the conduct of physicians with a notion of autonomy, this paper seeks to

¹ Esse artigo se trata do Trabalho de Conclusão de Curso do discente, requisito para a obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Lavras (UFLA).

analyze the medical practice of sterilization in three scopes, the first highlighting Law 9.263/96, the second prioritizing the concept of autonomy and paternalism and the third addressing paradigmatic court decisions. In the end, it is concluded that, although Law 9.263/96 represents a positive attempt to promote autonomy, daily medical practice, as well as the judiciary, impede the effectiveness of the principle of democratic family planning.

Keywords: voluntary sterilization; 9.263/96 Act; autonomy; planned parenthood.

Introdução

O planejamento familiar pode ser compreendido 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 casal² (BRASIL, 1996). Nesse sentido, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o constituinte consagrou o direito ao planejamento familiar democrático (Art. 226, § 7º, CF/88), dispondo expressamente que esse planejamento “é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.” (BRASIL, 1988).

Dessa forma, o dispositivo constitucional acima mencionado traz à luz duas orientações fundamentais que deverão ser consideradas nas leis infraconstitucionais as quais dispuserem acerca do exercício deste direito. A primeira orientação diz respeito à necessidade da atuação positiva do Estado em propiciar os recursos necessários para o exercício do direito ao planejamento familiar, o que evidencia a preocupação do constituinte em tratar o Estado como verdadeiro agente impulsionador da autonomia dos indivíduos interessados na regulação da sua fecundidade.

A segunda orientação diz respeito à atuação negativa, ou seja, à obrigação do Estado em se abster de agir compulsoriamente contra os cidadãos no que diz respeito ao planejamento familiar, o que significa, necessariamente, uma proibição à prática da esterilização compulsória (CANOTILHO, 2018). Essa proibição representa, novamente, uma valorização da autonomia individual, conforme defende Canotilho (2018, p. 2223) ao dispor que “Ignorar a autonomia individual neste particular, mediante práticas

² Transcrição literal do art. 2º da Lei 9.263/96.

forçadas, significaria dar à pessoa humana um tratamento de coisificação, oposto, portanto, ao da dignificação”.

A partir desse contexto, o objetivo deste artigo consiste em avaliar a conformidade da lei infraconstitucional referente ao planejamento familiar (Lei 9.263/96) com o panorama democrático e garantista trazido pela Constituição Federal de 1988. Ademais, será analisado de que forma os requisitos obrigatórios para a realização da esterilização voluntária promovem ou deturpam a autonomia dos indivíduos.

Dessa forma, o problema central deste trabalho consiste em responder a questão: os dispositivos legais vigentes e a orientação jurisprudencial no que se refere às esterilizações voluntárias correspondem à ordem constitucional de valorização da autonomia e do planejamento familiar democrático?

Para elucidar tal questionamento, será utilizada como marco teórico a posição do filósofo Gerald Dworkin no que se refere ao conceito e à prática da autonomia e do paternalismo. Será avaliado, por fim, de que forma o judiciário vem interpretando e aplicando a legislação vigente no que se refere, especificamente, às esterilizações femininas.

I. Os antecedentes da Lei 9.263/96

Para que a legislação referente ao planejamento familiar e à esterilização voluntária possa ser compreendida de forma contextual, tornando-se nítidas as razões pelas quais essa regulamentação se fez necessária, o primeiro tópico deste trabalho será dedicado a analisar o contexto histórico que antecedeu a criação da Lei 9.263/93. Para tanto, será utilizada a linha histórica proposta por Délcio da Fonseca Sobrinho, a qual consta no Relatório nº. 2 de 1993 do Congresso Nacional, referente à CPMI que deu origem à Lei 9.263/96, conforme será descrito a seguir.

I. 1. A primeira fase: o pró- natalismo

A primeira fase histórica do planejamento familiar no Brasil tem início com a independência do Brasil, perdurando até o ano de 1964. Ela é caracterizada pelo pró-natalismo difuso, assim sendo, o estímulo ao nascimento e à reprodução humana. Nessa época, portanto, havia um consenso geral quanto ao benefício do nascimento de muitos brasileiros e, ao mesmo tempo, uma aderência à ideia eugênica de melhoria da

raça brasileira, impulsionada por teorias racistas de Gobineau³, na França, e Haeckel⁴, na Alemanha (BRASIL, 1993).

Apoiava-se a miscigenação do povo brasileiro, assim constituído por brancos e negros, em uma tentativa de aproveitar as contribuições de cada raça: a criatividade e musicalidade dos negros e o senso de ordem trazido pelos brancos, em busca de uma suposta “melhoria” da raça brasileira. O crescimento da taxa populacional, bem como a queda da taxa de mortalidade, era, portanto, comemorado pelos governos da época, tais como o de Getúlio Vargas (BRASIL, 1993).

I. 2. A segunda fase: antinatalistas versus anticontrolistas

A partir de 1964, surge um conflito proveniente de uma tendência mundial pelo controle da natalidade, tendência esta impulsionada pela criação da International Planned Parenthood Federation (IPPF) no ano de 1952. A IPPF é uma organização voltada para a promoção e financiamento de programas de controle de natalidade, com atendimento especial aos países de terceiro mundo, como o Brasil na época (BRASIL, 1993).

A atuação da IPPF em território nacional era modesta até o ano de 1965. A partir deste ano, no entanto, os Estados Unidos passaram a exercer grande influência na política e sociedade dos países da América Latina, com o intuito de se evitar uma “cubanização” desses territórios. Sob a influência e organização dos EUA, assim, é criada no Rio de Janeiro a Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), a qual defendia abertamente o planejamento familiar e os métodos contraceptivos (BRASIL, 1993).

Foi nessa época que surgiu um novo conflito entre atores sociais diversos. De um lado estavam as organizações nacionais e internacionais que defendiam o planejamento familiar enquanto uma estratégia de controle de natalidade, em uma associação de altas taxas de natalidade com o aumento da pobreza. De outro lado estão os militares preocupados com a segurança nacional, defendendo, assim, a ocupação do território.

³ Gobineau publicou em 1855 a obra “Essai sur l'inégalité des races humaines” na qual defendia uma hierarquia entre raças, considerando a raça negra como a mais inferior. Defendia, ainda, a inevitabilidade de uma miscigenação entre os povos, o que acabaria por desvalorizar a raça branca, considerada a mais importante delas.

⁴ Haeckel desenvolveu uma teoria biogenética “que permitia classificar os membros das raças inferiores como correspondendo a estágios filogeneticamente anteriores do desenvolvimento dos brancos europeus” (ALMEIDA, 2005. p. 90).

Também contra o controle de natalidade estava a igreja católica, devido a motivos religiosos e éticos (BRASIL, 1993).

A partir da década de setenta, no entanto, influenciados pela atuação da BEMFAM, tanto a igreja quanto os militares passaram a admitir o planejamento familiar. A igreja passou a aceitar o planejamento, desde que fosse realizado por métodos naturais. Os militares passaram a considerar o crescimento populacional como uma ameaça interna, pois acreditavam que uma “família numerosa é mais insatisfeita em suas necessidades básicas e, portanto, mais vulnerável a ideais perturbadores da ordem social” (BRASIL, 1993, p. 34).

Consequentemente, a política pró-natalista foi sendo superada, abrindo espaço a uma política de controle de natalidade abrangente e pouco criteriosa associada à difusão da prática da esterilização cirúrgica, principalmente a laqueadura, como o método contraceptivo mais aceito entre a comunidade médica. Surge, então, a primeira experiência brasileira com o planejamento familiar, ainda muito precário. (BRASIL, 1993).

I.3 A terceira fase: surge o planejamento familiar no Brasil

O surgimento do planejamento familiar no Brasil na década de 1970, assim, se deu por meio de iniciativas estatais de regulação populacional, com o incentivo a políticas públicas visando, principalmente, o controle demográfico (NIELSSON, 2020). Dessa forma:

No entanto, em sua grande maioria as políticas implementadas não foram direcionadas à busca de emancipação e autonomia femininas, mas à efetivação da estabilização demográfica para o desenvolvimento socioeconômico, fortalecendo a intervenção estatal. Os debates sobre controle e direitos reprodutivos foram subsumidos na lógica desenvolvimento - subdesenvolvimento, e a retórica dos direitos passou a obedecer a necessidade de controle (NIELSSON, 2020, p. 328.).

Em que pese haver a proibição da realização de procedimentos cirúrgicos de esterilização no Brasil até a sua efetiva regulamentação no final do século XX, muitas cirurgias deste tipo eram realizadas no país, existindo desde então uma “cultura da esterilização”, conforme definiu Berquó (1993, p. 9).

Esses procedimentos eram realizados em grande parte durante partos cesarianos, na clandestinidade, em razão da criminalização da esterilização e da proibição de sua realização pelo Código de Ética Médica vigente na época. Essa tendência provocou uma verdadeira proliferação dos partos por cesariana no país, representando um crescimento de 15% para 31%, entre os anos de 1970 e 1980, conforme dados obtidos com pacientes do INAMPS (BERQUÓ, 1993).

O crescimento exponencial do número de cesarianas, atrelado à solidificação do procedimento cirúrgico de esterilização como principal método contraceptivo em mulheres no Brasil, chamou a atenção de movimentos feministas e de políticos eleitos da época, dando origem ao Requerimento Nº 796 de 1991, o qual solicitava a criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito no Congresso Nacional para investigar esta situação. O requerimento, de autoria da Deputada Federal Benedita da Silva (PT-RJ), foi assinado por outros 171 parlamentares (BRASIL, 1993).

Conforme consta no requerimento enviado à Casa Legislativa, tal instrumento investigatório se justificava na medida em que à época a esterilização era o método contraceptivo utilizado por 44% das mulheres brasileiras em idade fértil, seguido da pílula anticoncepcional, o qual era utilizado por 41% desta população. Também presente no Requerimento estava a estatística divulgada pelo IBGE afirmando que sete milhões e quinhentas mil mulheres brasileiras em idade reprodutiva entre 15 e 24 anos estavam incapacitadas para ter filhos (BRASIL, 1993).

Chamou-se atenção o fato de que os maiores índices de esterilização estavam presentes nos estados brasileiros que registravam altas taxas de pobreza ou possuíam uma maioria de população negra. Os cinco estados com as maiores taxas, conforme dados do IBGE/PNAD, eram: Maranhão (79,8%), Goiás (74,7%), Alagoas (64,3%), Pernambuco (64,1%) e Piauí (62,7%) (BRASIL, 1993, p. 10). Os realizadores do Requerimento concluíram ainda:

[...] 2) A esterilização é apresentada às mulheres como o primeiro, o principal e o único método contraceptivo, atendendo a uma política de controle da natalidade. 3) A maioria das nossas mulheres não tem informações sobre o processo reprodutivo. 4) A situação de miséria e a ausência de esclarecimento sobre métodos contraceptivos inócuos à saúde fazem com que as mulheres brasileiras se submetam à esterilização como única saída, desconhecendo o caráter irreversível dessa cirurgia. (BRASIL, 1993, p. 10).

Com esses dados divulgados, é possível sugerir que a política de planejamento familiar direcionada ao controle de natalidade, a partir de um ideal controlista de associação de altas taxas de natalidade com o aumento da pobreza, teve impactos diferentes nas regiões do país, possivelmente em razão do prejuízo na autonomia e discernimento que as mulheres pertencentes aos estados mais pobres do país representavam em relação às moradoras de estados mais ricos.

Conforme postula Oliveira e Rodrigues (2019), seria ingênuo acreditar que uma mulher negra e pobre possuiria o mesmo nível de liberdade de escolha que uma mulher branca e de classe média referente ao exercício de seus direitos reprodutivos.

Nesse contexto, o Requerimento Nº 796 deu origem à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. A Comissão foi presidida pela Deputada Benedita da Silva e contou com a relatoria do Senador Carlos Patrocínio, sendo, ainda, composta por 30 (trinta) membros titulares de diversos partidos políticos, sendo metade de casa legislativa, bem como por outros 30 membros suplentes, com a mesma divisão (BRASIL, 1993).

A metodologia de investigação da CPMI se deu a partir de sessões de tomada de depoimentos, as quais foram realizadas em blocos, de forma a permitir a coleta de informações de modo setorial, como do setor de demógrafos, pesquisadores, dos movimentos sociais de mulheres, etc. Ademais, a Comissão se apoderou de diversas informações científicas e jornalísticas, recolhidas, inclusive, com a participação de órgãos públicos (BRASIL, 1993).

Os membros da Comissão, após a coleta de dezenas de depoimentos de partes concernentes ao tema de planejamento familiar, direitos reprodutivos e esterilização em massa, concluíram que a maioria dos depoentes:

[...] defendeu a esterilização cirúrgica voluntária, feminina e masculina, entre os métodos contraceptivos aceitáveis, desde que configure como verdadeira opção da pessoa com oferta, pelo Estado, de todos os demais métodos e atendidos determinados pressupostos éticos e sanitários na sua realização. (BRASIL, 1993, p.117-118).

Foi concluído, ainda, que de fato existia o problema de esterilização em massa de mulheres no Brasil, incentivado por organizações internacionais e políticas nacionais de controle de natalidade, assim como pela omissão de instituições públicas diante à situação de precariedade em que os procedimentos aconteciam por todo o país. Essa

situação descrita culminou a redação do projeto de lei da hoje vigente Lei 9.263/96, como forma de solucionar as problemáticas expostas pela CPMI, a qual teve seu relatório final aprovado em fevereiro de 1993 (BRASIL, 1993).

Por fim, Nielsson (2020) considera que a criação da Lei 9.263/96 representa o surgimento de uma quarta fase da linha histórica do planejamento familiar, com o aparecimento da retórica dos direitos humanos, bem como da prevalência dos direitos sexuais e reprodutivos na gestão do planejamento familiar. No entanto, a própria autora defende que a existência da lei em si não promoveu o avanço que se pretendia, permanecendo como “uma promessa a ser cumprida” até os dias atuais (NIELSSON, 2020, p. 340).

Dessa forma, a trajetória da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, a qual deu origem à hoje vigente Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96), indica que a intenção dos legisladores com o projeto de lei apresentado ao final do Relatório era reverter o cenário de precariedade e ilegalidade em que eram exercidos os métodos de planejamento familiar. Esse cenário era representado pela esterilização em massa de mulheres e pela execução desses procedimentos de forma clandestina.

Assim, a Lei 9.263/96 buscou regulamentar o procedimento cirúrgico de esterilização voluntária em homens e mulheres com o estabelecimento de critérios e requisitos para a sua realização. Com isso, objetivou-se a promoção de autonomia dos pacientes sujeitos ao procedimento, em conformidade com o panorama constitucional trazido pelo art. 226, § 7º da CF/88⁵, considerando a previsão expressa da atuação estatal positiva e negativa. A efetividade da Lei para com esses objetivos será oportunamente averiguada.

De que forma, então, a Lei 9.263/96 irá alcançar os objetivos descritos acima? Para elucidar essa questão, será feita uma análise dos aspectos gerais da Lei 9.263/96 e, posteriormente, uma investigação específica dos critérios dispostos na lei para a realização da esterilização voluntária.

II – Os aspectos gerais de Lei 9.263/96

⁵ Art. 226, § 7º, CF/88: “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.”.

A Lei do Planejamento Familiar é dividida em três capítulos, o primeiro sendo dedicado ao planejamento familiar em si (art. 1º ao art. 14º), o segundo aos crimes e às penalidades (art. 15º ao 21º) e o terceiro com as disposições finais da lei (BRASIL, 1996).

O primeiro capítulo consagra o planejamento familiar como direito de todo cidadão, conceituando este instituto como o “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.” (Art. 1º Art. 2º). Até aí, a lei infraconstitucional apenas reafirma o que já previa a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1996).

No entanto, as diretrizes dispostas pela Lei dentro do primeiro capítulo são o que, de fato, inaugura o planejamento familiar na perspectiva dos direitos humanos. Primeiramente, há a proibição expressa da utilização das ações de planejamento familiar para qualquer tipo de controle demográfico (Art. 3º). Essa proibição está diretamente relacionada com o contexto histórico que deu origem à lei, conforme analisado no tópico anterior (BRASIL, 1996).

Em seguida, o planejamento familiar é concebido dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, devendo obrigatoriamente ser incluído no âmbito do Sistema Único de Saúde. O SUS se torna o agente responsável pela atuação positiva do Estado, devendo promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar (Art. 4º e Art. 5º). O SUS fica, assim, responsável por definir as normas gerais de planejamento familiar (Art. 6º) (BRASIL, 1996).

Por fim, o art. 9º garante a liberdade de escolha dos indivíduos quanto aos métodos de concepção e contracepção cientificamente aceitos, desde que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas (BRASIL, 1996). Dessa forma, fica evidenciada a opção do legislador pela liberdade reprodutiva como princípio norteador da regulamentação do planejamento familiar.

O parágrafo único do art. 9º, por sua vez, condiciona a prescrição médica de métodos contraceptivos ou de concepção à “avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.” (BRASIL, 1996). Esse dispositivo busca impedir que a indicação médica por uma esterilização, por exemplo, seja feita de forma arbitrária, deixando o profissional de oferecer outras

opções ao paciente ou de fornecer as informações necessárias para que esse paciente possa escolher o que é melhor para si. Fica evidenciada a preocupação do legislador em resguardar a autonomia dos indivíduos, os quais não devem ser sujeitos à discricionariedade da conduta médica.

II.1 – A esterilização voluntária na Lei 9. 263/96

Uma vez superados os aspectos gerais da Lei 9.263/96, a partir do art. 10º a Lei irá tratar especificamente das esterilizações voluntárias, disposto acerca dos critérios para a sua realização e as condições necessárias para quem optar por esse procedimento. É importante ressaltar que todas as disposições acerca do procedimento da esterilização dizem respeito à esterilização voluntária.

A voluntariedade na escolha pelo procedimento é, portanto, uma premissa fundamental de análise da Lei 9.263/96, uma vez que não há qualquer dispositivo na Lei que permita, regulamente ou disponha acerca da esterilização compulsória.

Dessa forma, considerando o viés democrático e de valorização da autonomia individual contido nos primeiros artigos da Lei 9.263/96, resta averiguar se esse mesmo viés é mantido na regulamentação das esterilizações voluntárias, razão pela qual os requisitos para a sua realização serão analisados a seguir.

II.2.1 – Os requisitos legais para a realização da esterilização voluntária

A realização da esterilização voluntária está condicionada a dois cenários alternativos descritos pelo art. 10, incisos I e II da Lei 9.263/96. Dessa forma, somente poderão optar pela realização desse procedimento os homens e as mulheres que se encaixarem nos requisitos dispostos no primeiro ou no segundo cenário. O primeiro cenário, descrito no inciso I⁶, inclui os seguintes requisitos:

- (i)** Possuir capacidade civil plena;
- (ii)** Ser maior de vinte e cinco anos de idade ou possuir dois filhos vivos;

⁶ 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;

(iii) Observar 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.

O segundo cenário, descrito no inciso II⁷, corresponde à presença de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos. Esse requisito representa uma condição permissiva à realização da esterilização que prioriza a integridade física e autonomia da mulher quanto a sua opção de não correr riscos com uma eventual gravidez perigosa.

É necessário enfatizar que o segundo cenário não concede ao médico a faculdade ou a permissão de esterilizar, compulsoriamente, uma mulher que possa vir a ter uma gravidez de risco. Conforme já defendido, a voluntariedade, em qualquer caso, é uma premissa da qualquer esterilização a ser realizada. Assim, ainda que sua condição de saúde precise ser confirmada por um médico, este cenário concede somente à mulher a opção de ser esterilizada.

Nesse contexto, ambos os cenários representam uma limitação ao direito de liberdade reprodutiva, um obstáculo no processo de tomada de decisão. Na interpretação deste pesquisador, esses obstáculos se tratam de uma atuação paternalista, a qual, pela definição de Dworkin (1988), representa uma intervenção estatal na autonomia dos indivíduos. Assim, há uma interferência na forma pela qual os indivíduos chegam às suas decisões, com o objetivo de promover o bem-estar ou aumentar os benefícios dessas escolhas.

A justificativa por trás da atuação paternalista do Estado, nesse caso, está no histórico legislativo que deu origem à Lei 9.263/96. Conforme já defendido, o objetivo da Lei do Planejamento Familiar foi o de reverter o cenário de esterilização em massa de mulheres, bem como o cenário de precariedade em que esses procedimentos eram realizados.

Nesse sentido, considerando que a única possibilidade prevista em lei para realização da esterilização é pela voluntariedade, faz sentido, na opinião deste pesquisador, que o legislador imponha determinadas barreiras procedimentais com o objetivo de

⁷ Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

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

umentar a autonomia desses pacientes na escolha pelo procedimento, levando em conta o grave cenário de arbitrariedade e desinformação em que eram realizadas essas cirurgias no período anterior à lei. A relação entre limitação da liberdade e promoção da autonomia será analisada em tópico específico.

De que forma, então, esses requisitos legais podem promover a autonomia dos indivíduos sujeitos ao procedimento de esterilização?

II.2.2 – Critério etário, de número de filhos e do período de sessenta dias.

No que se refere à esterilização cirúrgica feminina, uma pesquisa realizada por Barbosa et al (2009), tendo como amostra a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada em 1996, concluiu que a chance de uma mulher de 35 anos ou mais se arrepende de ter se esterilizado é 69% menor que uma mulher com menos de 25 anos, de uma proporção total de 10,5% que demonstrou arrependimento com a cirurgia.

Essa estatística indicou que, quanto mais idade tiver a mulher ao realizar a cirurgia, menores são as chances de arrependimento. Ressalte-se, ainda, que foi relatado o fato de que mulheres jovens e de baixa escolaridade constituem um grupo com chance elevada de arrependimento após a esterilização (Barbosa et al, 2009).

Outra pesquisa empírica realizada por Carvalho et al (2006) com a amostra de 3878 mulheres entrevistadas na cidade de Campinas/SP, revelou que, dentre o total de mulheres entrevistadas que haviam sido esterilizadas, 10,8% havia se arrependido de realizar o procedimento. Dentro dessa proporção, foi verificado que 68,8% das mulheres tinha até 30 anos, 59,6% possuía escolaridade inferior a oitava série e 64,1% possuía até dois filhos no momento da laqueadura.

Por fim, Vieira (2008), ao pesquisar acerca do arrependimento após a realização da esterilização feminina em duas áreas periféricas da RMSP (Região Metropolitana de São Paulo), relatou que “submeter-se à esterilização mais jovem foi encontrado como fator estatisticamente significativo associado ao arrependimento”, revelando o dado da amostragem de que por volta de 65% das mulheres que se arrepende foram esterilizadas antes dos 28 anos (VIEIRA, 2008, p. 7).

Na opinião deste pesquisador, o fato das pesquisas acima mencionadas terem revelado um maior número de arrependimentos entre mulheres jovens (com menos de 30 anos),

com baixa escolaridade e com baixo número de filhos vivos (até dois), reforça a relevância dos critérios legais dispostos no primeiro cenário do art. 10, I da Lei 9.263/96.

O arrependimento, de fato, não significa que a escolha anterior da paciente pela esterilização tenha sido forçada ou não autônoma. O arrependimento pode decorrer de uma mudança nos valores e desejos do indivíduo, da inserção a uma nova cultura ou até mesmo com o estabelecimento de uma nova relação conjugal.

Porém, é importante ressaltar que a regulamentação estatal de uma conduta privada, com um viés paternalista, representa uma política pública a qual considera (ou deve considerar) a interseccionalidade de uma população quanto aos riscos a que ela está sujeita. Assim, quando uma estatística aponta para um alto nível de arrependimento de mulheres jovens e de baixa escolaridade, é justo prever que a situação socioeconômica dessas mulheres possa interferir na escolha pela esterilização, podendo ser no que se refere ao acesso de informações ou até mesmo quanto à própria voluntariedade na opção pelo procedimento.

Nesse sentido, os critérios da Lei 9.263/96 atendem não apenas aqueles que se consideram indivíduos autônomos, ainda que fora dos parâmetros impostos pela lei, mas, primordialmente, aqueles que são constantemente vítimas da ausência de iniciativas que, em um primeiro momento limita a liberdade, mas, em um segundo momento, promove sua autonomia.

Ao analisar os critérios da Lei 9.263/96, portanto, é necessário compreender os motivos que justificaram tal regulamentação e as estatísticas que comprovaram a necessidade de critérios para a realização da esterilização voluntária. É necessário, ademais, atentar-se às características da população em que essa lei atende em sua maioria.

No caso do Brasil, trata-se de uma população com acesso precário ao sistema de saúde, à informação científica e com baixa escolaridade de modo geral. É essa população que deve ser levada em conta quando forem tratados temas como autonomia, liberdade e reprodução.

Nesse sentido, o período obrigatório de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, quando será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de

regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, se trata de uma medida necessária para minorar os prejuízos estruturais da sociedade brasileira que possam interferir negativamente na tomada de decisão das pessoas quanto aos seus direitos reprodutivos.

II.2.3 – Capacidade civil plena, consentimento e discernimento: os parágrafos do art. 10.

De acordo com Tartuce (2019), a capacidade civil plena representa a soma da capacidade de direito (gozo) e da capacidade de fato (exercício). Possuir a capacidade de direito significa ser sujeito de direitos e deveres na ordem privada. Todas as pessoas possuem capacidade de direito, mas nem todas possuem capacidade de fato, ou seja, nem todas podem exercer essa capacidade livremente.

No ordenamento brasileiro, as pessoas absolutamente incapazes são aquelas menores de dezesseis anos (art. 3 do Código Civil) as quais devem ser representadas nos atos da vida civil. Já as pessoas relativamente incapazes são aquelas descritas nos incisos I a IV do art. 4º do Código Civil e devem ser assistidas nos atos da vida civil (TARTUCE, 2019).

Dessa forma, a impossibilidade de se realizar a esterilização é evidente quando estamos diante de uma pessoa absolutamente incapaz, considerando a condição da presença capacidade civil plena disposta no art. 10, I da Lei 9.263/96. No entanto, o próprio texto da lei concedeu uma exceção a esta vedação, por meio do § 6º do art. 10 da Lei, o qual prevê a possibilidade de esterilização do absolutamente incapaz, desde que haja autorização judicial para tanto, regulada na forma da Lei. Ressalte-se que o dispositivo que prevê tal exceção foi elaborado dentro do sistema de capacidades anterior à Lei Nº 13.146/15 (Estatuto da Pessoa com Deficiência⁸) e se encontra desatualizado até os dias atuais.

Dessa forma, não havendo adequação da Lei 9.263/93 ao novo sistema de incapacidade e tampouco qualquer outro regramento que regule a esterilização do incapaz, essa exceção pode representar uma perigosa violação à autonomia e aos direitos humanos dessas pessoas a serem esterilizadas. A exceção permite que um juiz, utilizando de

⁸ Antes do estatuto da pessoa com deficiência, eram considerados absolutamente incapazes: I - os menores de dezesseis anos; II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

critérios probatórios restritos ao contexto processual, autorize uma esterilização em uma pessoa com menos de dezesseis anos, ainda que requerida por terceiro (representante legal ou Ministério Público).

Ainda que haja motivos de saúde relevantes para que essa esterilização seja viabilizada, a dificuldade em se obter consentimento em razão do possível prejuízo no discernimento de uma adolescente, coloca em questionamento a legalidade e a constitucionalidade de uma esterilização realizada dentro desses parâmetros. Essa exceção se trata, portanto, de um dispositivo incoerente com as demais previsões da Lei 9.263/96.

Essa incoerência fica ainda mais evidente quando analisados os parágrafos §1º ao § 3º do art. 10, os quais dispõem, respectivamente, acerca da obrigatoriedade de qualquer esterilização possuir consentimento informado e escrito; da vedação da esterilização em mulher durante os períodos de parto ou aborto e, por fim, da invalidação de uma manifestação de vontade “expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.” (BRASIL, 1996).

Nesse sentido, levando em conta a ênfase dada pelo legislador à voluntariedade e ao consentimento expresso por alguém que opte pela esterilização, questiona-se, de que forma a mera autorização judicial poderá suprir a ausência desses requisitos fundamentais e obrigatórios? Quais serão os critérios utilizados pelo juiz para flexibilizar a obrigatoriedade desses requisitos, considerando a ausência de regramento específico que oriente a decisão judicial? É necessária atenção especial do poder público a esta situação, com o estabelecimento de parâmetros legais que busquem evitar arbitrariedades por parte do judiciário.

Da mesma forma, a condição imposta pelo §5º do art. 10º em relação à obrigatoriedade de consentimento expresso do cônjuge, quando da realização do procedimento na vigência da sociedade conjugal, não expressa com a mesma evidência dos parágrafos 1º ao 3º a contribuição para a promoção da autonomia ou segurança dos pacientes.

O dispositivo está, inclusive, tendo sua constitucionalidade questionada por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade 5097 ajuizada pela Associação Nacional de Defensores Públicos (Anadep), em trâmite no STF. O inciso I e o §5º do art. 10º da Lei

9.263/96 também estão sendo questionados no STF por meio da ADI 5911, ajuizada pelo Partido Socialista Brasileiro.

Os requerentes na ADI 5097 afirmam na petição inicial da ação que o § 5º do art. 10 da Lei 9.263/96, ao condicionar a realização da esterilização voluntária ao consentimento prévio de ambos os cônjuges na vigência da sociedade conjugal, representa uma “violação do direito à liberdade, à autonomia privada e ao planejamento reprodutivo, nos moldes do artigo 226, § 7º, da constituição federal”.

De fato, o critério de consentimento do cônjuge não demonstra, por qualquer lado que seja analisado, uma relação com o propósito inicial da lei de promover a autonomia dos indivíduos. Nesse sentido:

A lei tem o grave defeito da excessiva ingerência na vida pessoal, ao criar parâmetros para o exercício do direito ao planejamento familiar que em muito ultrapassam o papel ativo do Estado, como estabelecido pelo §7º do art. 226 da Constituição. Exemplo disto é a exigência de consentimento expresso do cônjuge para que haja esterilização do outro, caso se dê na constância do casamento, segundo dispõe o §5º do art. 10 da referida lei, em flagrante limitação ao direito de disposição ao próprio corpo (CANOTILHO, 2018, p. 2223).

Conclui-se, portanto, que a Lei 9.264/96 reafirma, em parte, o princípio constitucional de planejamento familiar democrático. Conforme analisado, há na lei diversas disposições positivas que promovem a autonomia individual e a liberdade reprodutiva, sendo ambos os institutos tratados na ótica dos direitos humanos. No entanto, a lei também possui falhas e lacunas que deturpam o seu propósito orientador, havendo razões para se defender a utilização de ações judiciais que questionam a constitucionalidade desses dispositivos deslocados.

III – As esterilizações quanto à ética médica

A Lei 9.263/96 possui orientações gerais de regulação do planejamento familiar e da esterilização voluntária. A prática médica, no entanto, possui orientações específicas de ordem regimental e ética, cuja observância se faz necessária para o devido exercício da profissão. Cumpre esclarecer, portanto, de que forma o Conselho Federal de Medicina aborda os temas de planejamento familiar e esterilizações cirúrgicas.

Nesse sentido, o Código de Ética Médica (Resolução CFM N°2217 de 27/09/2018) recepciona a ordem institucional da Lei 9.263/96 ao estabelecer, desde os princípios

fundamentais da prática médica, até os critérios e os parâmetros específicos para a realização das cirurgias. Na sessão principiológica, destaca-se:

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.
XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados (BRASIL, 2018, p.19).

No capítulo referente aos direitos humanos:

É vedado ao médico:

[...]

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo (BRASIL, 2018, p. 27).

No que diz respeito às esterilizações cirúrgicas, há conformidade da Resolução com a Lei 9.263/96, conforme se observa no Capítulo III, referente à Responsabilidade Profissional, ao vedar expressamente em seu artigo 15º o descumprimento de legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética (BRASIL, 2018).

Por fim, o Capítulo V, o qual dispõe sobre a relação com pacientes e familiares, veda em seu artigo 42 “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.” (BRASIL, 2018, p. 30).

As punições disciplinares que o médico está sujeito, a serem aplicadas pelo conselho regional competente, de acordo com o art. 22 da Lei 3.298/57, são as respectivas: a) advertência confidencial em aviso reservado; b) censura confidencial em aviso reservado; c) censura pública em publicação oficial; d) suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias; e) cassação do exercício profissional, ad referendum do Conselho Federal (BRASIL, 1957).

IV – A efetividade da Lei 9. 263/96

Tão importante quanto a análise de uma lei é a verificação de sua eficácia. Assim, uma vez esclarecidos os objetivos, limitações e lacunas da Lei 9.263/96, resta investigar qual foi o impacto observado desde sua criação e, principalmente, se o cenário referente à prática das esterilizações foi alterado de alguma forma.

Nesse sentido, a partir da promulgação da Lei 9.263/96 surgiram iniciativas acadêmicas de investigação acerca da conformidade dos hospitais e profissionais à nova legislação referente ao planejamento familiar e aos procedimentos de esterilização cirúrgica, assim como dos possíveis impactos da lei na saúde reprodutiva de determinadas populações.

Assim, Berquó et al (2003) realizaram uma pesquisa em diversos centros de saúde nas cidades brasileiras de Palmas, Recife, Cuiabá, Belo Horizonte, São Paulo e Curitiba, com o intuito de investigar, entre outros, o efetivo cumprimento da Lei do Planejamento Familiar pelo SUS no que se refere ao atendimento dos critérios para a realização do procedimento de esterilização voluntária.

Na pesquisa foi descrito que, dentre os diretores de hospitais entrevistados para a pesquisa, 71% afirmou que o limite etário não é observado; 39% afirmou que a esterilização é ainda realizada durante o parto, aborto ou estado de puerpério e, por fim, 46% afirmou que o a obrigação de possuir dois filhos vivos não era observada.

Ademais, Carvalho et al (2007), em uma pesquisa realizada com moradores da região metropolitana de Campinas com o intuito de investigar a realização das esterilizações antes e após sua regulamentação, constatou que a Lei 9.263/96 teve pouco impacto na forma com que as esterilizações passaram a ser realizadas após a vigência da lei. Assim:

[...] a maior parte das características socioeconômicas e demográficas das mulheres que se submeteram à laqueadura depois de sua regulamentação legal não diferiu das características daquelas que o fizeram anteriormente (CARVALHO et al, 2007, p.8).

Por fim, Caetano (2014), ao investigar acerca da aderência à Lei de Planejamento Familiar aos procedimentos de esterilização feminina realizados no Brasil entre os anos de 2000 a 2006, constatou que a Lei 9.263/96 acabou por dificultar ainda mais o acesso de indivíduos à esterilização, representando uma consequência potencialmente restritiva e não antecipada. Dessa forma:

É bastante provável que a legislação do planejamento familiar teve consequências não antecipadas que tendem a restringir a obtenção da laqueadura tubária no SUS nos termos da lei. Porém, a mera existência de legislação específica não tem, por si só, o poder da transubstanciação. Sem mecanismos de estímulo à implantação de serviços no nível local, bem como sanções para o descumprimento da legislação, a Lei n. 9.263 e suas regulamentações tendem a ser apenas letra (CAETANO, 2014, p. 19).

De modo geral, portanto, as pesquisas encontradas por esse pesquisador e acima mencionadas demonstram que a Lei 9.263/96 não tem alcançado os objetivos propostos com a sua elaboração. Conforme defendeu Caetano (2014), uma possível causa dessa ineficácia seria a ausência de sanções para os profissionais que descumprissem a lei, bem como os próprios requisitos da lei, os quais acabam por dificultar o acesso à esterilização. Nesse sentido:

[...] esses requisitos tendem a constituir-se como obstáculos à obtenção da laqueadura tubária no SUS por eventual oposição do parceiro, por desistência durante o período de espera, por dificuldade em iniciar o processo mais de um mês e meio após o nascimento da criança, por discordância do profissional com os critérios da lei e pela falta de serviço credenciado (CAETANO, 2014, p. 8).

Na opinião deste pesquisador, no entanto, a baixa aderência à Lei 9.263/96 não justifica uma invalidade automática da lei. Os dados obtidos até o momento demonstram que a realidade do Sistema Público de Saúde pode impedir a efetiva aplicação da Lei 9.263/96, seja pela falta de capacitação profissional, problemas de infraestrutura ou pela ausência de fiscalização. Antes de se pensar em alterar a lei, portanto, é necessário haver reformas estruturais no SUS, de modo a se obter um cenário favorável que permita uma melhor avaliação dos efeitos da Lei 9.263/96 quando aplicada corretamente.

V. Autonomia, liberdade e reprodução

No tópico II foi mencionado que a abordagem da Lei 9.263/96 na regulamentação dos procedimentos de esterilização cirúrgica, com o estabelecimento de critérios para a sua realização, cumpria um papel paternalista adequado. Nesta seção do artigo, será proposta uma defesa desta posição, a partir da introdução do conceito e aplicação da autonomia humana, tendo como marco teórico a posição do filósofo Gerald Dworkin.

Nesse sentido, em busca de um conceito e uma teoria adequada e bem delimitada de autonomia, Dworkin (1988) diferencia autonomia de liberdade. Para o autor, liberdade

é a habilidade de uma pessoa para fazer o que bem entende, possuindo opções significativas que não são limitadas ou dificultadas pela ação de outros agentes ou por instituições sociais. Autonomia, por sua vez, é a capacidade que um indivíduo possui de refletir sobre sua estrutura motivacional e a de fazer mudanças nessa estrutura. Dessa forma, autonomia não é somente uma capacidade de reflexão, mas também a habilidade de um indivíduo em modificar suas preferências a partir desta reflexão. Dessa forma:

Autonomia é uma capacidade de segunda ordem para refletir criticamente sobre as preferências e desejos de primeira ordem de alguém, e a habilidade de se identificar com eles ou de mudá-los à luz de preferências e valores de ordem superior. Ao exercer essa capacidade, definimos nossa natureza, damos sentido e coerência às nossas vidas e assumimos a responsabilidade pelo tipo de pessoa que somos.⁹ (G. DWORKIN, 1988, p. 108, tradução nossa).

Dworkin (1988) acredita que a autonomia deve ser valorizada na medida em que os comprometermos assumidos autonomamente fazem dos indivíduos aquilo que eles, de fato, desejam ser, definindo-os por meio destes caminhos escolhidos.

Neste contexto, as teorias que buscam condicionar o exercício da autonomia, assim sendo, considerar condutas como verdadeiramente autônomas somente aquelas em que não houve sujeição alguma das pessoas a quaisquer influências de outros agentes, valorizando, acima de tudo, uma independência substantiva, segundo Dworkin, violam uma importante restrição que deveria ser considerada para limitar o conceito de autonomia. Essa restrição diz respeito à inviabilidade de tornar o exercício da autonomia incompatível ou inconsistente com outros valores, projetos e planos de vida dos indivíduos (DWORKIN, 1988).

Assim, a restrição de liberdade e, ainda, uma decisão ou escolha tomada por um indivíduo cujas opções tenham sido limitadas ou restringidas por outros agentes, não o faz dele um agente não autônomo. É possível que essas escolhas sejam tomadas a partir da reflexão acerca da motivação inicial que o levou a escolher determinado caminho, por meio de uma independência estrutural – e não substantiva – havendo compatibilidade entre o verdadeiro projeto de vida daquele indivíduo com uma restrição inicial em sua liberdade. (DWORKIN, 1988).

⁹ Trecho original em inglês: “Autonomy is a second-order capacity to reflect critically upon one’s first-order preferences and desires, and the ability either to identify with these or to change them in light of higher-order preferences and values. By exercising such capacity we define our nature, give meaning and coherence to our lives, and take responsibility for the kind of person we are.”.

Dworkin (1988), em vista de demonstrar a possibilidade de se limitar a liberdade de alguém sem que sua autonomia seja usurpada, utiliza como exemplo a clássica história de Odysseus. Em resumo, Odysseus, não querendo ser atraído para as rochas pelo canto da sereia, ordena que seus homens o amarrem ao mastro do navio e que recusem qualquer ordem posterior que ele possa dar para ser libertado. Dessa forma, Odysseus deseja ter sua liberdade limitada para que ele e seus homens sobrevivam. Ele tem uma preferência sobre suas preferências, um desejo de não agir de acordo com certos outros desejos. Ele vê o desejo de movimentar seu navio em direção às sereias e às pedras como um desejo errado. Em limitar sua liberdade de acordo com seus desejos, promove-se e não se impede seus esforços para definir os contornos de sua vida. Assim, promove-se sua autonomia, negando-lhe a liberdade.

Acrescentando outro exemplo àquele proposto por Dworkin, é possível que uma Testemunha de Jeová, limitada pelos dogmas, regras e conflitos atribuídos a sua crença, exerça satisfatoriamente sua autonomia, ainda que sua liberdade seja restringida por proibições de caráter religioso. Uma pessoa pode enxergar que a recusa pela realização de transfusão de sangue em casos de risco de morte seja uma completa abdicção da autonomia de alguém, pois essa limitação decorre de uma proibição imposta por um agente externo. Porém, a preferência inicial por esta recusa não é o que se deve levar em conta para analisar a presença de autonomia na escolha destes indivíduos, mas sim o processo de reflexão, com independência estrutural, no qual há a reflexão acerca das circunstâncias desta escolha, com o sopesamento de valores como liberdade, lealdade, fé, entre outros.

Em comparação com o caso abordado neste artigo, é possível, na opinião deste pesquisador, relacionar a restrição da liberdade dos indivíduos imposta pela Lei 9.263/96 no que se refere ao procedimento de esterilização voluntária com o conceito de autonomia proposto por Dworkin (1988). De fato, os requisitos e critérios obrigatórios a serem cumpridos pelos indivíduos que desejem realizar a esterilização cirúrgica representam uma limitação em sua liberdade, na medida em que embaraçam ou dificultam o exercício pleno desta liberdade. No entanto, essa restrição não é absoluta, pois a opção pela realização da esterilização não é descartada, mas postergada em razão da necessidade de se impedir a tomada de decisão não autônoma por parte dos interessados. Aqui, novamente, se restringe a liberdade para que a autonomia seja promovida.

É verdade que essa comparação não é perfeita. A submissão voluntária de um indivíduo aos dogmas de uma religião, bem como a escolha consciente de se ter a liberdade restringida para alcançar um objetivo maior, não se trata da mesma situação daquela observada quando um indivíduo é coercitivamente submetido às condições impostas por uma lei federal. A comparação foi realizada apenas para demonstrar que, a princípio, a restrição da liberdade, seja voluntária ou não, não impede o exercício satisfatório da autonomia.

É possível afirmar, portanto, que a Lei 9.263/96 representa um caso de *soft paternalism* (paternalismo leve), definido por Feinberg (1986) como sendo a legitimidade atribuída ao Estado para prevenir danos a alguém contra si mesmo quando essa conduta danosa é substancialmente não voluntária, ou quando uma intervenção temporária é necessária para estabelecer a voluntariedade dessa conduta, como é o caso da Lei 9.263/96. Em oposição, o *hard paternalism* (paternalismo rígido), representa as medidas de prevenção de danos (e a proibição de determinadas condutas) mesmo quando a ação do agente é considerada autônoma e voluntária.

Segundo Dworkin (1988), para que uma medida ou conduta possa ser considerada paternalista, devemos certificar em cada caso se a medida em questão constitui uma tentativa de substituir o julgamento de alguém pelo o de outrem, em vista de se promover o benefício deste alguém. Além disso, a interferência na autonomia da pessoa atingida pela conduta paternalista também deve ser verificada. Assim:

Deve haver uma violação da autonomia de uma pessoa (que eu concebo como uma noção distinta daquela de liberdade) para que uma pessoa trate outra de forma paternalista. Deve haver uma usurpação da tomada de decisão, seja impedindo as pessoas de fazer o que decidiram ou interferindo na maneira como chegam às suas decisões.¹⁰ (DWORKIN, 1988, p. 123, tradução nossa).

Dessa forma, pode-se considerar a Lei 9.263/96 e, especificamente, as restrições impostas à realização da esterilização cirúrgica, como paternalistas, na medida em que é verificada a necessidade de um processo anterior de estabelecimento da autonomia dos indivíduos interessados na realização do procedimento. Esse processo, o qual incluiu a verificação de critérios étários e dos requisitos objetivos referentes ao elemento psicossocial, bem como o aspecto pessoal da saúde da mulher e do feto, tem o

¹⁰ Trecho original em inglês: “There must be a violation of a person’s autonomy (which I conceive as a distinct notion from that of liberty) for one to treat another paternalistically. There must be a usurpation of decision making, either by preventing people from doing what they have decided or interfering with the way in which they arrive at their decisions.”.

objetivo de aumentar a chances de que a escolha da mulher e do homem pela esterilização seja tomada de forma autônoma, havendo, portanto, uma limitação do exercício da liberdade em prol da autonomia. Ainda acerca da relação entre paternalismo leve e promoção/preservação da autonomia:

A solução liberal para esses casos consiste na concepção do paternalismo leve permissível *prima facie*, o qual se diferencia categoricamente do paternalismo rígido e inadmissível. A diferença decisiva entre o paternalismo *hard* e *soft* é que este último a) respeita fundamentalmente as decisões autônomas de pessoas competentes b) e, ao estruturar os limites da autodeterminação, orienta-se no objetivo de garantir a autonomia do indivíduo e a liberdade de ação.¹¹ (FATEH-MOGHADAM, GUTMANN, 2013, p. 5, tradução nossa).

Nesse sentido, este pesquisador defende que é fundamental que qualquer medida estatal paternalista que interfira na liberdade dos indivíduos, principalmente no que se refere às condutas da vida privada em oposição a de condutas coletivas, seja justificável. É preciso que haja, em qualquer caso, um processo anterior de verificação da viabilidade dessa medida, ponderando-se os custos e benefícios das restrições a serem impostas, após ampla averiguação da situação vivenciada pela população dentro uma amostra que permita uma amplitude na percepção de vivências e realidades diversas.

Acrescente-se que o paternalismo leve pode ser devidamente aplicado no contexto de um governo democrático, desde que, conforme defendido, provenha de uma demanda popular justificada e conivente com o panorama de direitos humanos e dignidade humana constitucionalmente previsto. Na opinião deste pesquisador, essa condição foi devidamente cumprida no processo de elaboração da Lei 9.263/96.

Nesse contexto e para além da configuração das medidas previstas pela Lei 9.263/96 como as de um paternalismo leve, também é possível verificar a presença de uma espécie de paternalismo procedimental, assim definido por Fateh-Moghadam e Gutmaan (2013) como uma intervenção temporária na liberdade de ação de um indivíduo com o objetivo de determinar se os danos (no caso analisado no presente artigo, será interpretado “dano” como a incapacidade permanente de se ter filhos) a si mesmos então sendo provocados de forma autônoma. Assim, esse procedimento busca

¹¹ Trecho original em inglês: “The liberal solution for these cases consists in the conception of *prima facie* permissible soft paternalism, which is said to differentiate itself categorically from impermissible hard paternalism. The decisive difference between hard and soft paternalism is that the latter a) fundamentally respects autonomous decisions of competent persons b) and, when structuring the bounds of self-disposition, orientates itself on the objective of ensuring the individual’s autonomy and liberty of action.”.

assegurar a autonomia por meio da instituição de formalidades, em que a voluntariedade das decisões ou a existência de deficiências na tomada de decisão são investigadas preventivamente em cada caso individual.

Essa característica do paternalismo procedimental pode ser observada na previsão do art. 10, I da Lei 9.263/96, o qual dispõe: “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.” (BRASIL, 1996).

Ainda que não haja uma verificação individualizada acerca da presença de autonomia na decisão de cada indivíduo (o que dificilmente poderia proporcionar níveis seguros de precisão), certo é que existe a previsão de um procedimento que facilita a tomada de decisão autônoma e minimizam os riscos da presença de deficiências na escolha, vícios de consentimento ou desinformação.

VI. A esterilização no judiciário brasileiro

No primeiro tópico deste trabalho foi analisada a trajetória do tratamento do planejamento familiar no âmbito público e governamental e de que forma uma política inicial com caráter eugenista e controlista culminou a positivação do planejamento familiar enquanto direito fundamental e na materialização deste direito por meio da Lei 9.263/96. Na segunda fase deste artigo, foi proposta uma defesa da Lei do Planejamento Familiar enquanto uma importante conquista do âmbito de direitos reprodutivos no que se refere à valorização da autonomia humana por meio do estabelecimento de um paternalismo leve e justificável. Nesta terceira e última seção do trabalho, serão analisadas algumas respostas e soluções impostas pelos tribunais e varas judiciais no Brasil no que se refere, especificamente, às esterilizações femininas.

O recorte de gênero neste momento mais prático do artigo se mostrou inevitável em razão das graves violações contra os direitos reprodutivos de mulheres, algumas dessas com repercussão midiática. Nesse sentido, é importante destacar que as biopolíticas de controle reprodutivo na história sempre tiveram e ainda tem como principal alvo os corpos femininos e a regulamentação de processos gestacionais e, ainda que nos dias atuais seja prevista uma maior autonomia desses corpos, muitas mulheres ainda se

encontram em situação de vulnerabilidade reprodutiva (NIELSSON, 2020). Nesse sentido:

Seria, portanto, a vitória dos direitos humanos sexuais e reprodutivos, e a libertação do corpo feminino das garras do biopatriarcalismo? Embora em alguns aspectos essa narrativa vitoriosa tenha se verificado, não se pode deixar de observar que o controle reprodutivo sobre os corpos femininos nunca deixou de existir, e sob o avanço do planejamento familiar a partir da retórica dos direitos humanos, processou-se, em alguns casos a entrega do corpo biológico aos cálculos de um biopoder que, sem pudor, incidiu sobre todas as formas de vida. (NIELSSON, 2020, p. 333).

Nesse contexto, instigados pela vinculação de notícias acerca da dificuldade de mulheres brasileiras em serem esterilizadas e, ao mesmo tempo, acerca de outras mulheres que haviam sido compulsoriamente esterilizadas, com a atuação do judiciário cumprindo importantes papéis nesses casos, Oliveira e Rodrigues (2019) se propuseram a investigar as decisões judiciais proferidas pelo TJSC entre 2015 e 2016 referentes à esterilização cirúrgica. Foram identificados vinte processos, nos quais mulheres pleiteavam pela via judicial a realização do procedimento de laqueadura, uma vez ter sido negado o acesso ao procedimento pelos hospitais. Dos vinte processos, dezenove foram favoráveis à mulher e um foi desfavorável.

As justificativas para a recusa dos hospitais, de acordo com Oliveira e Rodrigues (2019), foram diversas, mas a maior parte delas se deu em conformidade com a Lei 9.263/96, pois, dos vinte casos analisados, quatorze representavam pedidos para a realização da laqueadura em momento de parto, prática vedada pelo art. 10, § 2º da Lei 9.263/96.

No que se refere às razões jurídicas e circunstanciais presentes das decisões judiciais selecionadas para a pesquisa de Oliveira e Rodrigues (2019), foi percebida uma mitigação por quase todos os magistrados acerca das normas, vedações e previsões da Lei 9.263/96. O argumento principal que justificou tal mitigação e flexibilidade da lei foi, de acordo os pesquisadores, a situação de hipossuficiência financeira da mulher ou do casal, a existência de outros filhos e, em menos casos, a condição de saúde desfavorável dessas mulheres para suportar uma nova gravidez. Dessa forma:

A mulher tem o direito à laqueadura, mas não porque é sua vontade, ou porque o hospital agiu arbitrariamente: em 6 dos 20 casos analisados, um dos principais argumentos é a hipossuficiência financeira da mulher ou do casal, e a existência de outros filhos. Esse pensamento é compreensível, uma vez que filhos geram despesas financeiras, mas deve ser visto com cautela para não ultrapassar a autonomia da vontade feminina e as condições de seu poder de escolha. Por essas razões, entendemos que tais fundamentos podem

ser interpretados como indícios de um pensamento controlista, segundo o qual a alta taxa de natalidade está diretamente ligada à hipossuficiência financeira (OLIVEIRA, RODRIGUES, 2019, p. 26).

Dessa forma, conforme já defendido por Oliveira e Rodrigues (2019), ainda que os juízes tenham decidido favoravelmente ao pedido das mulheres, a justificativa por trás dessas decisões não preserva ou promove a autonomia individual dessas mulheres. Elas representam, na verdade, a usurpação do critério legal para a realização dos procedimentos, na medida em que se fundamentam com base em critérios pessoais desses julgadores a respeito do que seria uma gestação segura e válida. Assim, os juízes acreditam que uma mulher pobre, ou que já tenha outros filhos, não deva engravidar novamente, em uma associação entre pobreza com a alta taxa natalidade.

Para além da pesquisa realizada por Oliveira e Rodrigues (2019), este pesquisador encontrou duas decisões do TJMG referentes à esterilização voluntária, as quais representam, da mesma forma, uma violação à autonomia individual de mulheres. Trata-se de ações indenizatórias propostas por duas mulheres que, após serem esterilizadas compulsoriamente durante o parto de cesariana, pleitearam judicialmente, contra os hospitais e médicos que realizaram o procedimento, a indenização pelos danos sofridos. Ressalta-se que, em ambos os casos, essas mulheres obtiveram indeferimento do pedido indenizatório, sendo negado, assim, qualquer tipo de indenização. Seguem as ementas de ambos os casos:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA - QUARTA CESARIANA - NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO INDICADO PARA O CASO - PRESERVAÇÃO DA VIDA DA PACIENTE E DE FUTURO CONCEPTO - EXCEÇÃO LEGALMENTE PREVISTA - RESPONSABILIDADE CIVIL AFASTADA - SENTENÇA MANTIDA. A esterilização voluntária é vedada, exceto na hipótese em que houver "risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto" (inciso II do art. 10 da Lei 9.263), exceção esta aplicável "nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores" (§6º do art. 10 da Lei 9.263), quando a responsabilidade civil do médico e do hospital, por falta de requerimento prévio da autorização para o procedimento estará afastada. (TJMG - Apelação Cível 1.0024.05.663637-6/001, Relator(a): Des.(a) Octavio Augusto De Nigris Bocalini , 18ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 03/03/2015, publicação da súmula em 09/03/2015).

E a segunda:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA - RISCO DE VIDA PARA A GESTANTE E FETO. A esterilização voluntária é vedada, exceto na hipótese em que houver "risco à vida ou à saúde da mulher ou do

futuro conceito" (inciso II do art. 10 da Lei 9.263). (TJMG - Apelação Cível 1.0056.10.011727-6/001, Relator(a): Des.(a) Maurílio Gabriel , 15ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 12/09/2019, publicação da súmula em 20/09/2019).

Nesses casos, a argumentação que sustenta as decisões judiciais não teve, pelo menos diretamente, uma menção à situação socioeconômica das requerentes. Dessa vez, o argumento se pautou na condição e no histórico clínico de ambas as mulheres, a partir da conclusão obtida por meio de prova pericial a qual atestou o risco de uma eventual gravidez à saúde da gestante e do conceito. A realização de cesarianas sucessivas anteriores também foi considerada como um motivo que justificasse a esterilização compulsória.

Os julgadores entenderam, portanto, que a situação prevista pelo inciso II e pelo § 2º do art. 10 da Lei 9.263/96¹² trata-se de uma exceção à obrigatoriedade de consentimento, a qual permitiria a realização de uma esterilização compulsória. Conforme já defendido, essa interpretação está incorreta, uma vez que a voluntariedade é uma premissa fundamental da realização de qualquer esterilização, não havendo na Lei 9.263/96 qualquer dispositivo que permita ou regulamente a prática da esterilização compulsória.

Ressalte-se que, em ambos os acórdãos, a realização da esterilização em momento do parto cesariano, bem como a falta de consentimento prévio e expresso pelas gestantes, foram fatos incontroversos, sendo certo que não consta nos acórdãos menções que refutem ou questionem a alegação autoral de ambas as requerentes quanto à compulsoriedade da realização dos procedimentos.

Na apelação n. 1.0024.05.663637-6/001 o julgador utilizou a seguinte constatação trazida pelo expert na prova pericial:

Neste caso, tratava-se da quinta gravidez da apelante MARIA LÚCIA e da quarta cirurgia cesariana, visto que sofrera um aborto, sendo estas condições, segundo parecer médico, indicativo da realização de esterilização voluntária, a fim preservar a integridade física da autora, evitando que contraísse nova gestão potencialmente de alto risco.

¹² Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

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

§ 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.

Por sua vez, o relator da apelação de n. 1.0056.10.011727-6/001 destacou o seguinte trecho da prova pericial:

Tendo como base o risco de uma nova gestação, a possível falta de conhecimento do risco por parte da autora com relação a estes riscos, a determinação do obstetra tem que ser considerada uma medida preventiva de grande alcance médico e humanitário. Não houve precipitação, pelas condições que envolve o clima cirúrgico intrasala operatória cabendo unicamente à decisão ao obstetra que tinha conhecimento do histórico progresso da autora e das condições anatomo-funcionais do útero, após 7 intervenções onde se lesa o mesmo grupo muscular, no mesmo eixo transversal (as células musculares como as células nervosas uma vez lesada não se regeneram, no caso do músculo toma a consistência de um tendão que tem menor capacidade para cicatrização por problema vascular-circulatório - irrigação) e que a cicatrização repetidas e em curto espaço de tempo gera uma linha de fibrose, pobre para futuras cicatrizações, situação de risco para a mãe e para o feto caso venha acontecer nova gestação. Lembrar que nesta situação não há a mínima possibilidade da autora ganhar uma nova criança pro um parto normal, estando uma cesariana totalmente contraindicada.

Acerca das considerações periciais acima transcritas, destaca-se que não há informações nas decisões judiciais sobre a relação prévia entre os médicos e as pacientes esterilizadas. Não é possível afirmar, assim, que os médicos que realizaram as cesarianas e as esterilizações são os mesmos daqueles que acompanharam essas mulheres durante a gestação e o pré-natal.

No entanto, ainda que não sejam os mesmos profissionais, é de se esperar que os obstetras os quais realizaram os partos tivessem acesso prévio ao prontuário médico dessas pacientes e estivessem cientes da situação clínica dessas gestantes em momento anterior à realização do parto, considerando que esses médicos justificaram a realização da esterilização com base nessa situação clínica das pacientes.

Dessa forma, se os médicos já sabiam dos riscos de uma nova gestação e a recomendação para a realização da laqueadura, questiona-se, por que eles não transmitiram essas informações às pacientes e buscaram um consentimento expresso e prévio? Por que optaram por omitir essa recomendação e realizar o procedimento de forma compulsória?

Ademais, conforme já defendido, o inciso II, bem como o § 2º do art. 10 da Lei 9.263/96 não preveem uma exceção à obrigatoriedade de consentimento expresso da paciente à realização da esterilização. Se não bastasse a própria redação do dispositivo o qual dispõe expressamente que “somente é permitida a esterilização voluntária” nas

situações descritas, o histórico de discussões e a justificativa pela qual o projeto da Lei de Planejamento Familiar se deu, demonstra que a intenção dos legisladores foi a de justamente evitar que situações como as descritas nesse trabalho viessem a ocorrer, por meio da promoção da autonomia, da obrigatoriedade de consentimento, dos procedimentos anteriores à realização da cirurgia, entre outras previsões melhores analisadas no segundo tópico deste artigo.

Conforme já postulado, o inciso II do art. 10 da Lei 9.263/96 prevê o caso de que, caso observado, permitiria a realização da esterilização voluntária à paciente que optasse por sua realização. Assim, tendo sido atestado pelo médico o risco de saúde e/ou de morte, essa mulher poderia optar pela esterilização, ou, caso a mulher já tivesse passado por sucessivas cesarianas anteriores, poderia, caso assim desejasse, obter a autorização para a realização da esterilização em momento do parto.

Não há, dessa forma, qualquer previsão legal contida na Lei 9.263/96, ou em qualquer outro instrumento legal pátrio, que sustente legalmente uma esterilização compulsória. O que ocorreu nesses processos judiciais analisados foi uma manobra jurídica teratológica, um desvirtuamento da lei e de seu propósito, um descaso com o princípio constitucional do planejamento familiar democrático e com a dignidade da pessoa humana.

Relacionando estes casos com a abordagem teórica trazida no tópico anterior deste trabalho, é possível definir que a conduta dos médicos com essas mulheres, bem como a validação desses comportamentos pelo judiciário, se trata de um paternalismo rígido não justificável. A esterilização compulsória foi realizada em mulheres presumidamente autônomas, plenamente capazes e com discernimento preservado, havendo a substituição autoritária da liberdade reprodutiva dessas mulheres pelo julgamento pessoal dos médicos que realizaram o parto.

Por fim, considerando que as mulheres dos casos trazidos foram esterilizadas sob a justificativa de que uma futura e eventual gravidez poderia gerar riscos à saúde do feto ou da gestante, bem como pelo fato de terem passado por sucessivas cesarianas anteriores, questiona-se, por que, ao invés de proceder de imediato à realização de uma esterilização compulsória e ilegal, não se buscou, após a realização do parto, a orientação e instrução dessas mulheres, com o encaminhamento a um médico clínico especializado que apresentaria as diversas opções que essas mulheres possuem no que refere a métodos contraceptivos?

A opção dos médicos pela esterilização durante o parto, para além da desconformidade com a Lei 9.263/96, representa também uma violação do Código de Ética Médica, conforme analisado anteriormente, mediante o descumprimento da vedação constante no Capítulo V do instrumento, o qual veda expressamente em seu artigo 42 “desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.” (BRASIL, 2018).

Violaram os médicos também um dos princípios da prática médica contido na Resolução CFM Nº22 17 de 27/09/2018, na medida em que tomaram uma decisão unilateral e impositiva, violando o disposto no princípio XXI: “No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.” (BRASIL, 2018).

A ilegalidade na conduta desses médicos está também explicitamente contida na previsão do art. 15 do Código Civil, o qual dispõe no que se refere aos direitos da personalidade e, especificamente, ao direito ao próprio corpo vivo: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.” (BRASIL, 2002). Neste caso, a esterilização compulsória representa tratamento médico por intervenção cirúrgica com caráter de irreversibilidade, se tratando de um ato ilícito, não apenas civilmente indenizável, como também criminalmente tipificado, assim sendo, crime de lesão corporal gravíssima, nos termos do art. 129, § 2º, III do Código Penal:

Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:
§ 2º Se resulta: III perda ou inutilização do membro, sentido ou função;
Pena - reclusão, de dois a oito anos (BRASIL, 1940).

Há outros casos no Brasil de esterilização compulsória judicialmente permitida, como o que relatou Schulman (2018) acerca de um processo judicial paradigmático de grande repercussão no Brasil, no qual foi concedido um pedido do Ministério Público de São Paulo para esterilizar compulsoriamente uma mulher chamada Janaína. Na petição inicial do referido processo, o MPSP justificou seu pleito na medida em que “a requerida, pessoa hipossuficiente, faz uso abusivo de drogas e já possui cinco filhos. Ao fazer uso contumaz de tais substâncias, levar uma vida desregrada, sem sequer possuir

residência fixa e apresentar comportamento de risco, é maior a possibilidade de a requerida contrair doenças venéreas e ter nova gestação indesejada, aumentando a sua prole de forma irresponsável e não planejada.”.

Na visão de Shulman (2018), a argumentação utilizada pelo Ministério Público e confirmada pelo magistrado desrespeita o preceito fundamental de consentimento, colocando a valorização do sujeito humano em segundo plano, a partir de uma visão patrimonialista de autonomia. Assim:

No plano da capacidade para atos da vida civil, julgou-se de modo interessante sobre Janaína que “a requerida é pessoa capaz, muito embora não possua condições de fornecer os cuidados necessários à futura prole”. Este trecho é de grande importância porque sinaliza que o regime das incapacidades não pode ser aplicado indistintamente em todos os planos da existência. Capacidade patrimonial não pode ser critério para tolher o livre desenvolvimento da personalidade, quando, afinal, tantas vezes afirmaram que dizem respeito a pressupostos essencialmente distintos. (SCHULMAN 2018, p. 118).

Conclui-se, assim, que há pelo menos três posições diferentes de atuação do judiciário brasileiro referente à Lei 9.263/96 e, especificamente, aos procedimentos de esterilização cirúrgica. Em todas elas a atuação do judiciário é certamente questionável quanto à conformidade com os requisitos impostos pela Lei, seja para justificar uma esterilização compulsória ou para permitir que uma esterilização voluntária ocorresse, ainda que fora dos parâmetros impostos pela lei.

Os deferimentos à realização da esterilização são concedidos em razão da situação socioeconômica desfavorável das requerentes (considerada pelos julgadores ser incompatível com o adequado exercício da maternidade). Já as esterilizações compulsórias são permitidas pela situação ora socioeconômica, ora clínica-médica dessas mulheres, sendo que em ambas as situações a legalidade é substituída pelo arbítrio da tomada de decisão médica, usurpando a autonomia e a dignidade dessas pacientes compulsoriamente esterilizadas.

CONCLUSÃO

Ao decorrer da exposição deste trabalho buscou-se evidenciar que a regulamentação atual referente ao planejamento familiar e, especificamente, aos procedimentos de esterilização cirúrgica, promove parcialmente o princípio constitucional de planejamento familiar democrático. Dessa forma, ainda que a Lei 9.263/96 represente

um avanço legislativo importante e necessário para evitar a esterilização de massa em mulheres, bem como a tomada de decisões não autônomas, a prática médica muitas vezes não reflete as garantias e vedações trazidas pela lei, tornando a Lei 9.263/96 uma verdadeira letra-morta no âmbito do cotidiano médico e hospitalar. Além disso, o judiciário, que deveria ser um importante agente para efetivar a aplicação da Lei do Planejamento Familiar, punir condutas vedadas pela legislação e reafirmar os preceitos democráticos do planejamento familiar, ao contrário, tem se mostrado conivente com as práticas ilegais da comunidade médica brasileira, demonstrando pouco ou nenhum conhecimento aprofundado sobre o panorama histórico da problemática referente às esterilizações, como também reproduzindo noções coloniais de eugenia, misoginia e um paternalismo rígido não justificável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Francis Moraes de. **Heranças perigosas. Arqueogenealogia da “periculosidade” na legislação penal brasileira.** Dissertação (mestrado em sociologia). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005. Disponível em: < <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10301/000591509.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 08 de novembro de 2021.

BARBOSA, Luciana Freitas; LEITE, Iúri da Costa; NORONHA, Marina Ferreira de. Arrependimento após a esterilização feminina no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 179-188, jun/2009.

BERQUO, Elza. Brasil, um caso exemplar a espera de uma ação exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 366-381, jan/1993.

BERQUO, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 441-453, dez/2003.

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

CARVALHO Luiz Eduardo Campos de; CECATTI, Guilherme; OSIS, Maria José Duarte; SOUSA, Maria Helena de. Número ideal de filhos e arrependimento pós-laqueadura. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 52, n. 5, p. 293-297, out/2006.

CARVALHO Luiz Eduardo Campos de; CECATTI, Guilherme; OSIS, Maria José Duarte; BENTO, Silvana Ferreira; MANFRINATI, Márcia Bussiol. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e

após sua regulamentação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2906-2916, dez/2007.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Comentários à Constituição do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

DWORKIN, Gerald. **The Theory and Practice of Autonomy**. Cambridge: Cambridge University Press (Cambridge Studies in Philosophy), 1988.

FATEH-MOGHADAM, Bijan; GUTMANN, Thomas. Governing [through] Autonomy. The Moral and Legal Limits of “Soft Paternalism”. **Ethical Theory and Moral Practice**, Munster, v. 17, p. 383-397, ago/2013.

FEINBERG, Joel. Harm to Self: **The Moral Limits of the Criminal Law, Vol. 3**. Nova Iorque: Oxford University Press, 1986.

GOBINEAU, Joseph Arthur. **Essai sur l'inégalité des races humaines**. Paris: Éditions Pierre Belfond, 1855.

NIELSSON, Joice Graciele. Planejamento familiar e esterilização de mulheres no Brasil: a ambivalência entre a retórica dos direitos humanos e a prática do controle reprodutivo sobre o corpo das mulheres. **Revista da Faculdade Mineira de Direito**, Belo Horizonte, v. 23, n. 45, p. 318-345, jun/2020. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/Direito/article/view/21990>>. Acesso em 8 de novembro de 2021.

OLIVEIRA, Amanda Muniz; RODRIGUES, Horácio Wanderlei. Blessed be the fruit: resquícios de um viés controlista em ações sobre cirurgia de laqueadura no Judiciário de Santa Catarina (2015-2016). **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 154-185, jan-abr/2019. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/79432>>. Acesso em: 8 de novembro de 2021.

SCHULMAN, Gabriel. Esterilização Forçada, Incapacidade Civil e o Caso Janaína: não é segurando nas asas que se ajuda um pássaro a voar. **Revista Eletrônica Direito e Sociedade**, Canoas, v. 6, n. 2, p. 107-123, ago/2018. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/redes/article/view/4952>. Acesso em: 08 de novembro de 2021.

TARTUCE, Flávio. **Manual de direito civil, volume único**. 10. ed. Rio de Janeiro: Método, 2019.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. O arrependimento após a esterilização feminina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1), p.59-68, 1998.

REFERÊNCIAS JURISPRUDENCIAIS

TJMG. 18ª Câmara Cível. Apelação Cível. 1.0024.05.663637-6/001. Relator(a): Des.(a) Octavio Augusto De Nigris Bocalini. Julgamento em 03/03/2015.

TJMG. 15ª Câmara Cível. - Apelação Cível. 1.0056.10.011727-6/001. Relator(a): Des.(a) Maurílio Gabriel. Julgamento em 12/09/2019.

Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 5097. Relator: Ministro Nunes Marques.

Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 5911. Relator: Ministro Nunes Marques.