



POLÍTICAS PÚBLICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR: ANÁLISE CRÍTICA DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

PUBLIC POLICIES OF FAMILY PLANNING: CRITICAL ANALYSIS OF BRAZILIAN LEGISLATION

Dartagnan Ferreira de Macêdo, IFAL, Brasil, dartagnan.macedo@ifal.edu.br

Carolina Maria Ferreira Gomes, UFAL, Brasil, carolmariafg@gmail.com

Resumo

O presente ensaio teórico tem a finalidade de construir um entendimento sobre o papel do Estado na garantia do direito ao planejamento familiar, ligando-o a condições históricas na conquista do art. 226, §7º da Constituição Federal e, conseqüentemente, da lei nº 9.263/96 que o regula. Nesse sentido, focalizou-se o tema da esterilização tubária, com suas implicações fáticas e legais, com a análise de disposições acerca de sua possível aceitabilidade e, principalmente, de sua aplicação prática. Analisou-se diversas situações tratadas em dados estatísticos e opiniões de profissionais da área médica e social, concebendo os fatores motivacionais da vontade de esterilização pelas mulheres, na tentativa de destacar as aspirações que norteiam estas mulheres na busca por uma contracepção definitiva. Assim, registrou-se que a aplicação do princípio da razoabilidade pode ser feita nos dispositivos que tratam da esterilização tubária no Brasil, considerando a possibilidade de a legislação agir positivamente como um incentivo para as políticas públicas de planejamento familiar.

Palavras-chave: Planejamento familiar; Políticas públicas; Constituição Federal; Esterilização tubária; Administração Pública.

Abstract

The present theoretical study has the purpose of constructing an understanding about the role of the State in guaranteeing the right to family planning, linking it to historical conditions in the conquest of article 226, §7 of the Federal Constitution and, consequently, of Law 9.263 / 96 that regulates it. In this sense, the topic of tubal sterilization, with its factual and legal implications, was focused on the analysis of dispositions about its possible acceptability and, mainly, its practical application. We analyzed several situations treated in statistical data and opinions of medical and social professionals, conceiving the motivational factors of the will of sterilization by the women, in an attempt to highlight the aspirations that guide these women in the search for a definitive contraception. Thus, it was noted that the application of the principle of reasonableness can be done in the devices that deal with tubal sterilization in Brazil, considering the possibility of legislation acting positively as an incentive for public policies of family planning.

Keywords: Family planning; Public policy; Federal Constitution; Tubal sterilization; Public administration.

1. INTRODUÇÃO

O direito ao planejamento familiar, conquistado recentemente e normatizado como direito fundamental na Constituição Federal (CF) de 1988, encontra uma demanda particular pela

cirurgia de esterilização tubária para efetivação deste direito. A lei nº 9.263/96 foi elaborada para regular o art. 226, §7º da CF, a qual expressa o direito ao planejamento familiar.

Contudo, apesar da recente normatização, várias barreiras dificultam o acesso ao direito à esterilização tubária, criando consequências drásticas para a regulação da reprodução para as mulheres que necessitam desse procedimento e que são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), implantado para atender a todos os brasileiros nos três níveis de atuação do Estado – federal, estadual e municipal (Brasil, 1988).

Com essa problemática, objetivou-se, inicialmente, traçar os fundamentos legais do direito ao planejamento familiar, bem como o seu exercício, para, posteriormente, analisar as normas veiculadas no art. 10, I, §§2º e 4º da lei nº 9.263/96, com entendimento a ser construído sobre o direito ao acesso, por meio do princípio da razoabilidade.

Assim, buscou-se caracterizar o direito ao planejamento familiar, de acordo com a sistematização de conceitos diversos apontados na literatura, bem como sobre sua natureza jurídica e o breve histórico de sua conquista normativa.

Pretendeu-se, dessa forma, interpretar os requisitos legais contidos nas normas que regulam os requisitos para a esterilização voluntária, especificamente a esterilização tubária feita em mulheres e as implicações práticas encontradas na literatura, evidenciando a aplicação do princípio da razoabilidade e a concretização do princípio da autonomia privada, propulsor de políticas públicas para o planejamento familiar.

Para tanto, discutiu-se, inicialmente, o enfoque social que abrange o planejamento familiar no Brasil e a importância desse instituto ao longo da história, ilustrando como o planejamento familiar esteve associado pela sociedade e pelo poder público ao controle de natalidade, ao direito da mulher sobre o seu próprio corpo, à saúde, e principalmente ao encargo social suportado por mulheres gerado por uma cultura que a determina como responsável exclusiva da concepção, e, conseqüentemente, da contracepção.

Tais aspectos do planejamento familiar foram considerados através da aplicação das normas sobre esterilização tubária, contidas no art. 10, inciso I, §§2º e 4º da lei nº 9.263/96. Para análise da aplicação dessa lei, explanaram-se algumas práticas médicas às margens da lei, como é o caso de esterilizações tubárias feitas de maneira clandestina em procedimento de parto cesáreo. Ainda, registra-se as diversas implicações que são inerentes ao entendimento dessa prática, como as questões sociais e culturais.

Dessa forma, considerando os aspectos e práticas ilegais, o objetivo do artigo foi analisar o papel do Estado e sua atuação por meio da lei nº 9.263/96, levando em consideração pesquisas estatísticas sobre o tema e opiniões de profissionais da área médica e social, utilizados como referências neste estudo.

2. PLANEJAMENTO FAMILIAR

O Planejamento Familiar foi uma conquista recente introduzida pela Constituição Federal de 1988. Contudo, o referido instituto foi fruto de uma evolução do pensamento da sociedade brasileira que resultou em políticas públicas implantadas pelo Estado para todos os brasileiros.

Ao passar dos anos, cada vez mais o Brasil foi palco de polêmicas no debate sobre o Planejamento Familiar. Na década de 1970, implantou-se a discussão do controle demográfico, quando as mulheres aspiravam a prática da anticoncepção e a vivência plena da sexualidade. No início dos anos 80, vem a ideia militar de controle demográfico que contrapôs atores sociais,

principalmente os movimentos feministas que defendiam a autonomia das mulheres sobre a procriação (Costa, Guilherm & Silver, 2006, p. 76).

A preocupação principal do Estado brasileiro com o planejamento familiar como política pública foi decorrente da explosão demográfica em 1983, quando o Ministério da Saúde criou o Programa “Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM), e apresentou na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) com o intuito de controlar a natalidade no Brasil (Portal da Saúde, 2011).

Berquó (1993) explica que a redemocratização do país, na década de 1980, fez com que mulheres conquistassem reivindicações no campo da saúde reprodutiva como o PAISM, a Comissão de Estudos sobre Direitos da Reprodução Humana, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e a Constituição Federal de 1988. A partir de 1988, passaram a tramitar no Congresso Nacional 27 projetos de lei, com maioria apresentada em 1991, sobre os quais nove versavam sobre aborto, quatro sobre esterilização e teste de gravidez, seis com o tema do Planejamento Familiar, cinco sobre assistência médica e pré-natal e três sobre novas tecnologias reprodutivas.

Apesar de ser um avanço, muito se discute sobre a real efetividade das normas reguladoras do planejamento familiar na população brasileira, notadamente sobre a esterilização feminina voluntária que há tempos tem sido um procedimento comum no setor privado de saúde como método contraceptivo. A proibição inicial no sistema público de saúde para a realização de cirurgias laqueadura tubária, se deu com a falta de normatização sobre tal cirurgia. Porém, interpretava-se em conformidade com o Código Penal interpretando-a como crime de lesão corporal. A proibição não fez com que a realização de cirurgias de laqueadura deixasse de ser realizada, sendo, porém, registradas como outro procedimento médico, e até mesmo sendo feitas durante os partos por cesarianas (Berquó & Cavenaghi, 2003).

O Direito ao Planejamento Familiar foi traçado pelo Constituinte de 1988 como direito de livre exercício pelos casais brasileiros que terão, para a efetivação desse direito, recursos educacionais e científicos fornecidos pelo Estado, baseando-se nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável. É preciso ressaltar o equívoco contido no texto constitucional ao afirmar que o Planejamento Familiar se trata de um direito dos casais, frisa-se que a pluralidade e a igualdade entre as entidades familiares não permitem a exclusão da titularidade do direito por pessoas individualmente consideradas e por famílias monoparentais, conforme a própria Carta Magna preceitua (Teixeira & Rodrigues, 2010, p. 142).

Lisboa (2004, p. 48) conceitua tal instituto como direito dos representantes da entidade familiar, que podem ser cônjuges ou conviventes, de livremente deliberar acerca do planejamento familiar na constituição, limitação e aumento da prole, também na adoção dos meios para desenvolvimento físico, psíquico e intelectual dos membros da família.

Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as. (BRASIL, 2002, p. 07)

A Lei nº 9.263/96, que regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, cita em seu artigo 1º que “O Planejamento familiar é direito de todo cidadão [...]”, estabelecendo-o “Como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Art. 2º, da Lei nº 9.263/96).

Ainda, a mesma lei proíbe a utilização das ações de regulação da fecundidade com a finalidade de controle demográfico, firmando o papel do Estado como executor de atividades voltadas à saúde da mulher, do homem e do casal, através da gestão do Sistema único de Saúde – SUS,

elaborando ações preventivas e educativas, com a garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. (Arts. 4º e 5º, da Lei nº 9.263/96)

O SUS deverá atender nas ações do Planejamento Familiar:

- I - a assistência à concepção e contraceção;
- 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 prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. (Parágrafo único do art. 3º da Lei nº 9.263/96)

Sobre o limite traçado ao exercício do direito ao planejamento familiar, Diniz (2011, p. 166) compreende a paternidade responsável no sentido de que o casal é responsável pelo número de filhos, assim como por seu desenvolvimento físico e moral, educação, saúde e proteção. Nesse sentido, o Direito ao Planejamento Familiar constitui a possibilidade de delimitar a quantidade de filhos que um cidadão ou o casal deseje, utilizando-se de técnicas reprodutivas ou contraceptivas, além do amparo à saúde antes, durante e após a gestação, de forma a garantir a livre decisão de quem queira e seja capaz de exercê-lo.

O direito ao planejamento familiar, foi elevado à normatização constitucional, concretizando o princípio da dignidade humana e da liberdade, e, portanto, é entendido como direito fundamental. Todavia, o papel do Estado é refletido não somente quanto a sua atuação histórica no âmbito das políticas públicas em planejamento familiar, mas também pelas suas omissões e consequências sociais diversas que contribuíram para toda a problemática discutida nesse trabalho.

O Estado tem uma função primordial, qual seja: a de formar a autonomia privada consciente que influenciará as brasileiras na sua opção pessoal quanto ao método contraceptivo a ser utilizado individualmente, ou pelo casal no caso de entidades familiares, e o mais importante, deverá influenciar o projeto parental de famílias diversas.

3. AUTONOMIA PRIVADA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

No Brasil, o planejamento familiar hoje está vinculado a autonomia dos indivíduos, desvinculando o controle da fertilidade do controle demográfico, posição normatizada desde 1997. Lembrando-se que o texto constitucional impõe como limites a essa autonomia a dignidade da pessoa humana e a paternidade responsável (art. 226, §7º da CF).

A autonomia deve ser entendida como capacidade de pensar, decidir e agir pressupondo o livre pensamento e a decisão independente. Porém, não basta como elementos da autonomia, a vontade e a capacidade de agir, necessário é a oferta da informação na escolha que o indivíduo realiza.

No planejamento familiar, a autonomia depende da oferta de alternativas contraceptivas, que devem existir e ter disponibilidade para os usuários nos serviços de saúde, sendo requisito para a escolha do método contraceptivo a informação adquirida nas práticas educativas. (Costa et al, 2006, p. 77). Assim, a contraceção é fruto de um processo dinâmico conjugado por Estado, atores sociais e ideologias dominantes, sejam elas políticas ou religiosas.

Inicialmente, “a cultura patriarcal em que vivemos confinou a mulher no âmbito da maternidade, do lar e das tarefas internas familiares. O mundo externo (produtivo) foi

considerado de âmbito masculino” (Marcolino & Galastro, 2001, p. 78). Do mesmo modo, Moreira e Araújo (2004, p. 392) sublinham que:

Razões de ordem religiosa e econômica e valores culturais sustentavam a constituição de prole numerosa e as vantagens de ter filhos. A visão sexista dos papéis sociais, ainda não de todo superada, reservava à mulher uma posição de subordinação e de autonomia restrita, reduzindo-a a um corpo reprodutivo e cerceando, via de regra, ideais e projetos de vida que ultrapassassem as funções de mãe e de dona-de-casa.

Dessa cultura, a contracepção foi e continua a ser encarada como encargo feminino, em que as mulheres para “se livrarem” dessa difícil tarefa, tem que lutar sem o consentimento de seus parceiros e da sociedade em geral.

A mulher ainda é vista na tradicional função de “cuidadora”, restando ao homem, quando muito, o papel de coadjuvante[...]. Todavia, as mulheres não são apenas “mães” e “donas-de-casa”. Sabemos que no caso dos filhos “não planejados”, devido a falhas nos métodos contraceptivos, ela deve arcar com a responsabilidade de criar e educar. Some-se a isso a inexistência de creches públicas, o que onera e limita ainda mais, principalmente as mães, nos seus múltiplos “novos papéis” [...]. (Moreira & Araújo, 2004, p. 396).

Na mesma direção, Moreira e Araújo (2004, p. 392) destacam que “o acúmulo de funções domésticas e profissionais ampliou o nível de autonomia da mulher, em suas decisões relativas à delimitação do número de filhos.” A mulher dotada de autonomia foi resultado de lutas incessantes para romper barreiras sociais e principalmente jurídicas, foi traçado novos ideais frente ao preconceito e ao estigma da mulher como objeto.

A ausência de políticas públicas impulsionou grandes taxas de laqueaduras, devido ao obstáculo do conhecimento de outros métodos de forma que elas pudessem eleger o melhor e o que se adapta a cada circunstância de suas vidas, somado a isso a atitude médica ignorou a contracepção, até porque o ensino em medicina não proporcionava o conhecimento sobre o assunto. Com essa “negligência” profissional, médicos não associam doenças com métodos anticoncepcionais, prevenindo doenças e reações indesejadas na contracepção (Barchifontaine & Pessini, 2002, pp. 174-175).

A prática da contracepção, tendo em vista os fatores expostos, influenciou na eleição da pílula e da esterilização definitiva como métodos prioritários entre as mulheres brasileiras, o que trouxe uma preocupação ao Estado, devido às consequências maléficas à saúde da mulher. Chegou-se ao percentual de 80% o uso de pílulas e ligaduras entre as mulheres brasileiras, sendo que os métodos como DIU, preservativo e abstinência periódica são menos usados pelas analfabetas, enquanto que estas usam quatro vezes mais o coito interrompido. Foram fatores propulsores dessa realidade contraceptiva a falta de formação acadêmica dos médicos sobre contracepção, ausência de política governamental e a ação de empresas privadas na venda de métodos contraceptivos (Barchifontaine & Pessini, 2002).

Apesar dos prejuízos iniciais da anticoncepção sem informações e sem acompanhamento de profissionais da área da saúde, o avanço farmacológico na produção de anticoncepcionais possibilitou a vivência da sexualidade sem a obrigação da reprodução, desmistificando os processos da reprodução humana que deixa cada vez mais de ser compreendida como desígnio divino ou destino inarredável da mulher para ser encarado no âmbito do planejamento familiar. (Moreira & Araújo, 2004)

A partir desses argumentos, as normatizações e condutas sociais passaram a vestir uma roupagem de proteção à saúde da mulher, com o intuito de evitar esterilizações “precoces”, evitando assim o arrependimento, bem como abortos, preservando a vida e a integridade física das brasileiras contra intervenções cirúrgicas tidas como “desnecessárias”.

O planejamento familiar não se volta ao problema da eugenia, ao controle demográfico para evitar ameaças econômicas e políticas, ao fato de a mulher estar no mercado de trabalho, mas está fundado no direito à saúde e à liberdade e autonomia do casal na definição do tamanho de sua prole e na escolha da oportunidade que entender mais apropriada para ter filhos. A responsabilidade pela paternidade é do casal e não do Estado (CC, art. 1.565, §2º). (Diniz, 2011, pp. 166-167)

Considerando que a menarca é um fenômeno que cada vez mais atinge menos idade, por volta dos 11 ou 12 anos, e que o estilo de vida moderno com a exposição pela mídia a qual os jovens estão sujeitos propicia a atividade sexual no período da adolescência, a gravidez na adolescência é um dos fatores preponderantes na escolha dos métodos contraceptivos, principalmente porque se verifica a gravidez não planejada no primeiro ano de atividade sexual dessas jovens. (Belfori, Alkmin, Barbieri, Guazzeli & Araújo, 2006)

Não há preocupação sobre esses dados quando se propõe uma ação governamental na área do planejamento familiar. Em geral, entende-se como obstáculo à anticoncepção dos adolescentes a não consideração da autonomia destes, não é aceita a responsabilidade e a decisão dos adolescentes na prática sexual (Osis, Faúndes, Makuch, Melo, Sousa & Araújo, 2006).

Adolescentes ainda são encarados como partes integrantes de seus pais, sem capacidade para realização de atos, sendo um problema exclusivo da família a gravidez ou não destes, mesmo com taxas de abortos e gravidezes indesejadas nessa fase.

Desta maneira, “é preciso que o processo de humanização da atenção também alcance o planejamento familiar, no que se refere à incorporação de princípios relativos aos direitos humanos e à bioética na atenção brindada à população” (Osis et al, 2006, p.2488).

Como norte nas ações de planejamento familiar, Moura, Silva e Galvão (2007, p. 962) estabelece seis elementos: “oferta e livre escolha dos métodos anticoncepcionais; informação dada ao cliente; competência técnica profissional; relacionamento interpessoal profissional-cliente; acompanhamento dos usuários; e rede apropriada de serviços[...]”

A essencialidade da oferta de serviços e de métodos contraceptivos, que abrange a oferta de informação e educação em saúde para conhecimento do corpo, da sexualidade e dos métodos contraceptivos, determina principalmente a autonomia dos indivíduos no planejamento familiar (Costa et al., 2006, p. 77).

De forma generalizada, as mulheres demonstram um precário conhecimento do próprio corpo, dos processos de ovulação, fecundação ou período fértil. [...] Esse desconhecimento interfere fundamentalmente na vivência sexual, na escolha e uso os métodos contraceptivos, na avaliação de sua inocuidade e efetividade, bem como de seus efeitos sobre o organismo. (Moreira & Araújo, 2004, p. 394)

Ainda, na escolha pela contracepção e pelo método a ser utilizado, é necessário enfatizar o papel do médico e da conscientização dos cônjuges/companheiros no planejamento familiar.

Moura et al (2007) denuncia que negligências nos serviços de atenção ao planejamento familiar quanto à contracepção desenvolve uma política controladora, condicionando a mulher a um objeto e não sujeito da sua história sexual e reprodutiva.

Em estudo realizado nas capitais Belém (Pará), Salvador (Bahia), Curitiba (Paraná) e Goiânia (Goiás), Osis et al. (2006) constataram que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) encaravam o planejamento familiar no plano secundário, sendo o ciclo grávido-puerperal de maior ênfase nos atendimentos, isso porque parte dos profissionais não encaravam o planejamento familiar como parte da atenção básica em saúde, de caráter preventivo para a saúde da mulher e da criança.

4. ANÁLISE DA LEI DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

O inciso I, §§2º e 4º da lei nº 9.263/96, será analisado diante do entendimento de sua possível inconstitucionalidade, de acordo com análises de diversos autores e argumentos diversos levantados na realidade prática do planejamento familiar.

Primeiramente, cabe a explanação sobre o que preceitua os dispositivos a serem tratados. O inciso I do art. 10 da lei nº 9.263 de 1996 estabelece como requisitos legais para se submeter à esterilização voluntária a capacidade civil plena e a idade de 25 (vinte e cinco) anos ou dois filhos vivos, sendo necessário o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. A própria lei explicita que neste período, será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

Esse dispositivo, bem como os demais a serem analisados, trata da realização de um direito fundamental ao planejamento familiar o qual envolve a autonomia privada e a necessidade de uma regulamentação estatal para proteção da sociedade e daqueles que almejam se submeter à esterilização tubária, um procedimento de alta complexidade, como qualquer outro procedimento cirúrgico.

O perfil das mulheres esterilizadas no Brasil pode ser entendido em dados recolhidos por Berquó (1993, pp. 373-374) de estudos estatísticos realizados na década de 1990. Nesses, conclui-se que 19% das mulheres do Nordeste já estavam esterilizadas antes dos 25 anos de idade, sendo em São Paulo o percentual de 10%. O número médio de filhos dessas mulheres quando da sua esterilização era de 2,7 para São Paulo e 3 para o Nordeste. Ainda, no Nordeste, a esterilização crescia concomitantemente com o nível de instrução, enquanto que em São Paulo não era um diferencial.

Com os mesmos estudos, evidenciou-se que as razões prevalentes que levavam à esterilização de mulheres em São Paulo eram: não querer ter mais filhos (61,6%) e problemas de saúde (25%). Um dado adicional relevante a ser mencionado é a taxa de fecundidade no Nordeste, pois a contracepção no Brasil foi motivada historicamente por diversos fatores que repercutiam no Planejamento Familiar sem intervenção do Estado (urbanização, crescente mão-de-obra feminina, problemas de saúde, mercado de consumo de pílulas anticoncepcionais e cirurgias particulares de esterilização tubária etc).

Considerando a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, a taxa de fecundidade no país em 2003 era de 2,5 filhos por mulher, no Nordeste, entre o período de 1986 e 1996, essa taxa caiu em 40%, de 5,2 filhos para 3,1 filhos, permanecendo, contudo, com a mais alta taxa de fecundidade do país.

A esterilização tubária foi um importante causador dessa redução de fecundidade no país, chegando ao ponto de que cesarianas eram feitas sem nenhuma indicação médica, somente para realizar a laqueadura tubária. Eis, o fator-chave para o desencadeamento de problemas que levaram a edição da lei 9.263/96.

Entre os problemas advindos da prática de cesarianas com tal finalidade estão: o abuso dos profissionais de saúde em estimular cesarianas e esterilizações sem conceber informações sobre o procedimento cirúrgico e alternativas existentes para a contracepção, os altos índices de cesarianas no país, o alto índice de esterilizações mascaradas por outros procedimentos, a cobrança indevida pelo procedimento médico e possivelmente o arrependimento posterior das que foram esterilizadas sem as informações adequadas.

No descaso de ofertas de métodos contraceptivos pelo SUS, um condicionante para a escolha de um método contraceptivo passou a ser a disponibilidade de estoque, que levou as brasileiras

optar pela esterilização “pagando por fora”, seria a política e cultura da “laqueadura ou nada”. (Moreira & Araújo, 2004, p. 395).

Tudo isso foram fatores que supostamente levaram a uma legislação que dificultasse ao máximo o procedimento de esterilização tubária, a lei nº 9.263/96.

Resta claro que o intuito do legislador, ao enumerar tantos requisitos cumulativos, é, de fato, desencorajar os indivíduos na realização de procedimentos de esterilização voluntária, sobretudo, quando se trata de pessoas jovens, com idade inferior a 25 anos de idade. Todavia, devemos indagar se a eleição desses critérios não corresponde a uma ingerência arbitrária do Estado nesta esfera individual, tão íntima e privada que, marcadamente, está sujeita ao exercício tão somente da vontade e da liberdade de cada um. (Teixeira & Rodrigues, 2010, p. 155)

Nas ações em política pública de saúde em planejamento familiar, o Ministério da Saúde, gestor das políticas públicas em saúde, recomenda o uso dos métodos anticoncepcionais disponíveis como os métodos naturais ou comportamentais, os de barreira, hormonais, DIUs e laqueadura, de acordo com a autonomia e a liberdade das usuárias do SUS. A importância da oferta desses métodos nos serviços de saúde é fundamental para o exercício do planejamento familiar no âmbito do SUS, pois este depende da oferta de alternativas contraceptivas, quais sejam: a existência e disponibilidade dos métodos contraceptivos (Costa et al., 2006).

A lei quando estabelece um mínimo de filhos (I, art. 10, lei nº 9.263/96), justifica em prol de uma proteção estatal contra possíveis abusos nessa prática. Cabe nesse ponto a verificação de um possível abuso quanto ao seu papel essencial de oferecer serviços de saúde, entre eles a esterilização tubária. Costa et al (2006, p. 77) cita como condições para o exercício da autonomia no planejamento familiar a:

oferta de informação e educação em saúde para conhecimento do corpo, da sexualidade e dos métodos contraceptivos; vínculo entre a seleção do método contraceptivo e a oportunidade das mulheres de obter informações para orientar sua escolha.

No que cabe ao papel do Estado na implantação de políticas públicas sobre planejamento familiar, não se vislumbra a necessidade de escolha de um mínimo na quantidade de filhos para se submeter a um método contraceptivo, mesmo que seja uma esterilização, porque se entende que a informação e a capacidade civil plena trazem as condições necessárias para a mulher decidir sobre o seu corpo e capacidade reprodutiva de acordo com sua autonomia privada.

Exigir que o cidadão tenha, no mínimo, 25 anos de idade ou, alternativamente, dois filhos vivos é imposição arbitrária do legislador que, a partir desse esquadro, pode deixar de tutelar uma série de demandas sociais. Consiste em afronta injustificada ao princípio da autonomia privada, reitor das ações que orientam o planejamento familiar. (Teixeira & Rodrigues, 2010, p. 155)

Conforme exposto, não basta a simples informação acerca da contracepção, também é necessário a disponibilização dos recursos existentes sobre o assunto, sem restrições a uma situação tão individual que é a escolha na quantidade de filhos que uma pessoa quer conceber. Não há excessos em somente ter um filho e encerrar sua capacidade reprodutiva, cada indivíduo deve arcar com seus atos e suas consequências, bem como a mulher não pode ainda ser vista associada ao papel doméstico e de mãe, cabendo a cada mulher brasileira a escolha de sua maternidade.

Em estudo realizado em 5.507 (cinco mil e quinhentos e sete) municípios do Brasil com o objetivo de verificar as condições de acesso das mulheres às atividades de atenção e aos métodos contraceptivos no Brasil, foi constatado que em 79,5% do total de 5.358 municípios não

oferecem diafragma, sendo suficiente a oferta em apenas 6,6% quando ultrapassada a demanda de 75%. Ainda, a atenção à infertilidade não é ofertada por 72,9% do total de 5.349 municípios. Conclui o estudo que:

Os resultados encontrados denunciam a dissociação entre as práticas educativas e a rotina de atenção ao planejamento familiar; restrições qualitativas e quantitativas de acesso aos métodos contraceptivos e ainda a baixa oferta de atenção à infertilidade. Ficam evidentes as condições de comprometimento do exercício da autonomia das mulheres quanto a livre escolha dos métodos contraceptivos. (Costa et al, p. 75, 2006)

Uma reflexão induzida através dessa conclusão sobre a atenção à infertilidade no planejamento familiar ofertada no Brasil é a suposta preocupação do Estado quando das medidas para desencorajar a esterilização precoce das mulheres em idade fértil para evitar o arrependimento posterior.

Quando a mulher, civilmente capaz, se submete a uma esterilização voluntária, é preciso ter como premissa que esta tem consciência do procedimento a qual está se submetendo, bem como das consequências de se desejar encerrar a procriação.

As vantagens e desvantagens sobre a esterilização tubária devem ser informadas e ponderadas individualmente pela usuária que deseja a realização do procedimento, deve ser informado que a esterilização tubária é um procedimento seguro e eficiente para encerrar a atividade reprodutiva, que não protegem contra Doenças Sexualmente Transmissíveis – DSTs, sobre as vantagens de aconselhamento ao cônjuge/companheiro se submeter ao procedimento de vasectomia, sobre os índices de falhas dos métodos reversíveis etc. (Rezende Filho, 2010, p. 1002)

Como discutido anteriormente, como condição para o exercício da autonomia no planejamento familiar, é necessário que seja ofertado pelo Estado informação e uma variedade de métodos contraceptivos, conduta que deve ser regra no atendimento dos serviços de saúde. “Assim, acredita-se ser possível obter uma decisão mais consciente, em que vantagens e desvantagens de cada MAC oferecido são pesadas na hora de decidir” (Osis et al, 2004, p. 1587).

Com a informação prestada, a mulher que tenha um posterior arrependimento, deve arcar com o ônus de sua escolha, como em qualquer outro ato de sua vida, não subsistindo a “necessidade” de proteção estatal com base na barreira de qualquer método contraceptivo.

O papel da sociedade também deve ser considerado, pois, como visto, o planejamento familiar no Brasil foi realizado às margens das políticas públicas, ligado à interesses diversos, como a cultura difundida de que quanto menor a quantidade de filhos, melhores as condições de vida, a evolução da mão-de-obra feminina, a falta de oferta gratuita de métodos anticoncepcivos (MAC), a disseminação de informações e disponibilidades das pílulas anticoncepcionais e da cirurgia de laqueadura etc. A cultura construída ao longo dos anos sobre os métodos contraceptivos, não tem a mesma força de informação de que os dados científicos sobre o assunto, principalmente devido a falta ou insuficiência de serviços de saúde para a população.

Parece que quando as mulheres chegam a um serviço de planejamento familiar trazem consigo conceitos e pré-conceitos sobre os MAC, construídos sobre informações que para elas têm maior credibilidade do que aquelas que receberão dos profissionais de saúde. Apresenta-se, portanto, a necessidade de educação em planejamento familiar como um projeto abrangente na sociedade em geral, não apenas centralizado em serviço de saúde. (Osis et al, 2004, p. 1593)

Outro requisito legal para a esterilização tubária é o prazo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, que traz também complicações fáticas para a realização do procedimento quando se tratar da hipótese legalmente permitida de cesarianas sucessivas (§2º do art. 10 da lei 9263/96).

Para Rezende Filho (2010, p. 1002), a legislação brasileira atual é coercitiva quanto se trata da realização de esterilização periparto ou no pós-parto imediato, sendo permitida apenas em casos de cesarianas sucessivas ou quando há risco de vida materna em gravidez vindoura.

No Brasil, a atenção básica de saúde é prestada por Municípios, Estados e pela União. O serviço de atenção básica em saúde é responsabilidade dos Municípios, abarcando a realização do pré-natal, que são ações na gestação que incluem consultas e exames. Aos Estados-membros são conferidos o dever de prestar assistência hospitalar, ou seja, os profissionais municipais que prestam os serviços iniciais de pré-natal, não são os que realizam os partos, pois estes precisam de hospitalização em maternidades do Estado.

Caso a gestante deseje realizar esterilização tubária concomitante com a realização do parto, por mais que ela esteja orientada sobre o procedimento e consequências, não será possível porque não existe uma interação entre o seu atendimento primário no pré-natal e o atendimento para o parto. Assim, registra-se uma situação absurda para aquelas mulheres que necessitam encerrar a reprodução de maneira eficaz e que queira aproveitar um procedimento cirúrgico muito evasivo, como o parto, para realizar a esterilização tubária, pois ela terá que retornar para outro procedimento cirúrgico após 60 dias.

A mulher que tem indicação absoluta de cesariana, mesmo que tenha toda informação sobre a sua escolha, livre e consciente, para esterilização tubária, não pode fazê-la concomitante com o parto se não se enquadrar no critério subjetivo de “cesarianas sucessivas”.

Outro argumento defendido politicamente para a redução de esterilização tubária é o aumento de cesarianas, com a finalidade exclusiva de esterilização. Não se justifica a vedação de uma cirurgia porque há especulação acerca das consequências do procedimento, sendo necessária a veiculação de dados e informação sobre os riscos, como também para desestimular uma prática tão evasiva à integridade física de qualquer pessoa. Porém, não pode o Estado retirar a autonomia do indivíduo sobre o seu corpo, principalmente porque em outros procedimentos esta vedação sequer é suscitada.

A Portaria 048 de 11 de fevereiro de 1999, do Ministério da Saúde, segue o entendimento da lei n 9.263/96 e proíbe a realização da laqueadura tubária durante o período do parto ou aborto e até 42 dias depois destes, exceto em casos de cesarianas sucessivas anteriores e casos onde a exposição a outro ato cirúrgico representasse risco de vida para a mulher. Contudo, nenhuma Portaria emitida pelo Ministério da Saúde especificou o número de cesarianas sucessivas a partir da qual a esterilização feminina seria permitida no momento do parto, “mas é de comum conhecimento que três cesarianas sucessivas é usada como parâmetro, ou seja, duas cesarianas sucessivas anteriores viabilizam a realização da laqueadura durante um terceiro parto por cesariana.” (Berquó & Cavenaghi, 2003, p. 443)

O critério subjetivo de cesarianas sucessivas deveria, nesse contexto, ser abolido por ser extremamente vazio de sentido, ficando a critério do médico o número de cesarianas prévias para que ele realize a esterilização, sem nenhuma garantia de realização ou não para as pacientes. “São raras as indicações médicas, inquestionáveis da esterilização feminina, que se pratica, entretanto, largamente, de modo clandestino ou inconfessado, à conta das restrições impostas por nossos preceitos locais ultrapassados.” (Rezende Filho, 2010, p. 1002)

Em estudo realizado na cidade de Pelotas-RS, Olinto e Galvão (1999) concluíram que o maior percentual de mulheres esterilizadas era daquelas que pertenciam a classes sociais mais privilegiadas, com renda superior às demais participantes. Isso demonstra uma distorção sobre a preocupação estatal protecionista quanto às políticas de planejamento familiar em esterilização de mulheres com baixo nível socioeconômico.

A reflexão feita por Berquó (1993, p. 370), a qual quanto maior a informação e disponibilidade de meios tecnológicos mais avançados na área da reprodução humana, maior será a possibilidade de regulação da concepção, demonstra que

a maior parte dos países industrializados mantém baixas taxas de fecundidade, abaixo do nível de reposição, sem o recurso acentuado a práticas irreversíveis de regulação da fecundidade. Neles, as mulheres preferem lançar mão de métodos mais tradicionais e, em caso, e falha, recorrer ao aborto legal, sem perder, contudo, a capacidade reprodutiva. (Idem, ibidem, 1993, p. 371)

Todas essas dificuldades rotuladas como proteção estatal às mulheres serviram para a realização de cirurgias fora dos olhos do Estado, beneficiando somente aquelas que podem pagar pelo procedimento, igualmente a qualquer outro método contraceptivo, o SUS não oferece a informação e os meios para se realizar o planejamento familiar efetivo.

Não se tem fundamentos fáticos e legais para que o Estado aniquile um direito fundamental como o planejamento familiar, restringindo a esterilização tubária em mulheres que não desejam ter mais filhos. As premissas de que as mulheres não têm capacidade de decidir sobre tal procedimento, que existem altos índices de cesarianas no país, que deve ser prestado informações sobre planejamento familiar quando do desejo de se esterilizar entre outros, não se justificam frente a realidade brasileira.

Deve ser encarado como regra que as mulheres têm capacidade de decidir sobre seus corpos. Sobre os altos índices de cesarianas, cabe ao Estado qualificar seus profissionais para que estes sejam responsáveis civil e penalmente como qualquer outro profissional. Além do que, as informações sobre concepção e contracepção devem ser divulgadas com toda a sociedade, independentemente da quantidade de filhos, pois estas informações devem abarcar inclusive adolescentes, para que estes não sofram de um problema tão frequente no Brasil, a gravidez indesejada na adolescência. Com isso, também estaríamos mudando uma cultura errônea de que só existe a esterilização para as mulheres, abrindo outras opções de métodos contraceptivos, e retirando o encargo social da concepção da exclusividade feminina.

Baseado na necessidade de proteção estatal sobre a possível esterilização precoce e arrependimento após o procedimento, o Estado deveria investir na atenção básica de saúde, promovendo-a para toda a sociedade. Opinião comum a Teixeira e Rodrigues (2010, p. 155):

Acreditamos que se o Estado elegeu como prioridade, naquilo que toca ao planejamento familiar, desestimular a esterilização precoce ou imatura, então, deveria se pautar pela implementação de políticas públicas cujo escopo seja a promoção de assistência especializada e, sobretudo, de veiculação de todas as informações necessárias para formar, livremente, a convicção dos cidadãos brasileiros.

Não só o referido estudo realizado por Costa et al (2006, p. 75) demonstra o abandono das políticas públicas em planejamento familiar, como também médicos refletem questionamentos que surgem na rotina da área de saúde, mulheres que desejam e “precisam” fazer laqueadura, mas não conseguem por diversos motivos, baseados na lei de planejamento familiar e, principalmente, pelas consequências dela:

De fato, há médicos que cobram por fora para realizar esse procedimento, o que é um crime em todos os sentidos, um crime sob o ponto de vista ético e contra a saúde pública. O pior é que quanto mais se incluem obstáculos para a realização da laqueadura pelo SUS, mais estamos empurrando as pessoas para esse pagamento, às vezes, cobrado dentro do próprio SUS. Gostaria de lembrar, porém, que há o senso comum de que as mulheres historicamente assumiram resolver o problema da anticoncepção por sua própria conta. Enquanto agirem assim, o sistema não vai se mexer e os médicos continuarão a dar prioridade a outras questões que consideram mais graves. (Lago, 2011)

Em concordância com esse descaso do poder público e dos abusos cometidos por médicos, Fernandes (2003) assevera que o papel da medicina que está em resguardar, ou preservar, ou recuperar a saúde da mulher, não é sempre alicerçado em critérios técnicos, alguns se orientam apenas por um julgamento valorativo pessoal, que no caso do planejamento familiar se liga às condições econômicas das pacientes.

Isso significa que o profissional médico, muitas vezes, por ser detentor de um saber frente a ignorância de sua clientela, acaba por cometer abusos como o de esterilizar uma mulher que não desejou, bem como de se recusar a esterilizar aquela que assim quis, por ser uma prática muito comum a esterilização tubária clandestina ou as grandes barreiras para tal procedimento.

É encaixado aqui o terceiro ponto de análise dos dispositivos da lei n 9.263/96 o § 4º que determina:

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.

Não se discorda sobre o que está expresso nesse parágrafo, mas sim sobre a omissão quanto ao método a ser utilizado. Foi exposto que médicos se utilizam dos requisitos legais para a esterilização para cometer abusos, que são amplamente divulgados informalmente no dia-a-dia. Sendo assim, caberia ao Estado proteger ao usuário do SUS contra esses abusos. Uma possível saída seria eleger o método cirúrgico mais seguro e eficaz para ser eleito como prioritário para realização, indicando ao médico a utilização deste, só o podendo excluir em casos excepcionais.

A fecundidade tende a diminuir com o aumento da escolaridade e do nível de rendimento. Este é um indicador que deve ser incorporado pelos gestores de políticas públicas. O incremento da educação no país e o incentivo para que os jovens prossigam na educação formal, além do ensino fundamental, apresenta reflexos imediatos na saúde sexual e reprodutiva da população. (Berfoli et al, 2006, p. 198)

Outrossim, o temor de uma depressão dos níveis de crescimento populacional deve ser superado, não será o fim se a fecundidade for cada vez mais baixa, isso porque também existem outras medidas estatais que poderão fornecer prioridades para o aumento desta.

O crescimento populacional decorre de fatores como a queda da mortalidade infantil e aumento da média de vida da população, e não do crescimento da fecundidade. Para que esses fatores sejam impulsionados, é preciso um investimento em melhores condições na qualidade de vida da população e da saúde pública, de modo geral (Barchifontaine & Pessini, 2002).

Foram discutidas as várias finalidades para a qual a lei incluiu as barreiras para ser realizada a esterilização tubária, objeto de estudo desse trabalho, entre estas finalidades está: desencorajar a esterilização precoce, oferecer outros métodos de contraceptivos reversíveis e proteger a mulher de um possível arrependimento. Também se consegue entender as consequências práticas diante dessas barreiras: a realização de cirurgias cesarianas com a finalidade exclusiva de realizar a esterilização tubária, o mercado de esterilização em que médicos ganham dinheiro para realizar a cirurgia na rede privada de serviços de saúde, e por fim a aniquilação do direito ao planejamento familiar daquelas mulheres que necessitam da esterilização tubária para encerrar sua reprodução de maneira segura e eficiente.

Com isso, vemos que, apesar do legislador criar uma situação em que a contracepção no Brasil fosse feita de maneira segura e que abrangesse todas as usuárias do SUS, desestimulando uma cultura de cirurgias de laqueadura sem a devida informação e com a oferta de outros tipos de anticoncepcionais, houve um exagero de normatização e a falta de implantação de políticas públicas que se encaixassem nas demandas na área de saúde.

O resultado da interpretação do artigo 10, inciso I, §§2º e 4º da lei nº 9.263/96, é a aniquilação a um direito legítimo à cirurgia de esterilização tubária a todas as usuárias do SUS. Obrigando mulheres a “trocar” votos por uma assistência médica adequada e segura na contracepção, como narra a denúncia feita pelo Ministério Público Federal, no Inquérito nº 2197/PA que assim descreve como era prestada assistência cirúrgica para esterilização:

No período que antecedeu às eleições municipais de 2004, mais especificamente entre os meses de janeiro e março, o denunciado, na condição de pré-candidato à Prefeitura Municipal de Marabá/PA, com o auxílio indispensável de outras pessoas, corrompeu as eleitoras [...], para que dessem seu voto em troca de assistência médica, consistente na realização de intervenções cirúrgicas gratuitas destinadas à esterilização, tecnicamente denominada de laqueadura tubária.

Esse Inquérito resultou na condenação do indiciado, o Deputado Federal Asdrúbal Mendes a uma pena de 3 (três) anos, 1 (um) mês e 10 (dez) dias de reclusão e a 14 (quatorze) dias-multa, de valor unitário equivalente a 1 (um) salário mínimo no STF pela prática do crime previsto no artigo 15 da Lei nº 9.263/96 que assim disciplina:

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Desta forma, não é adequado a luz da interpretação do princípio da razoabilidade, que se interpreta como orientador das ações do Poder Público a perseguir os princípios constitucionais, que neste caso do planejamento familiar podem ser citados o princípio da autonomia privada, o direito à saúde, a procriação responsável, que seja extinto um direito constitucional por restrições excessivas do legislador ordinário.

A inadequação desses dispositivos vigentes ao exercício do planejamento familiar é amplamente defendida por diversos setores da sociedade, como, por exemplo, sociólogos, médicos e juristas, que também oferece como alternativa para o alcance da finalidade proposta pela norma constitucional do planejamento familiar através da esterilização tubária a atividade de educação em saúde, cuja prestação é dever do Estado.

Com a ampla conscientização da população sobre planejamento familiar, o Estado também interfere em outras prestações, próprias da dimensão que está inserida nesse contexto, porque “o planejamento familiar não se restringe apenas a procriação, decisão pelo número de filhos, espaçamento ou intervalo entre uma gestação e outra, controle da natalidade ou da fecundidade,

mas também, em sentido amplo, a moradia, alimentação, lazer, educação etc.” (Diniz, 2011, p. 166).

Com o exercício da autonomia privada, que está condicionada às informações recebidas pelas usuárias do SUS, não se evidenciaria a extinção na prática do exercício ao planejamento familiar, concretizando-o pela escolha consciente das mulheres à esterilização tubária.

O direito ao planejamento familiar e, conseqüentemente, a autonomia privada, serão efetivados sem nenhum prejuízo ao Poder Público, quando cuidar da demanda social com responsabilidade, mediante políticas públicas e prestações de serviços públicos, tendo em vista que o planejamento familiar não se restringe ao direito à saúde, mas também abrange outras áreas sociais, por lidar com seres humanos e principalmente na questão dos filhos “não-planejados”. Assim, enfatiza-se que o papel central do Estado é de garantir o direito dos cidadãos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento familiar evoluiu no Brasil, notoriamente a partir da década de 1970, diante de polêmicas envolvendo controle demográfico e sexualidade, e teve como principais agentes as mulheres, que foram representadas principalmente pelos movimentos feministas a favor da plena vivência da sexualidade e autonomia na procriação.

Apesar das várias dimensões sociais abarcadas pelo planejamento familiar, como saúde, educação e assistência social, registra-se que o Estado brasileiro se fez inerte quanto a implantações de políticas públicas nessa área, deixando a cargo de instituições privadas a implantação de uma cultura de anticoncepção. Após reivindicações sociais, em 1983 foi constatada uma explosão demográfica no país, fator que impulsionou a preocupação governamental ao planejamento familiar e a criação do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher – PAISM, com a finalidade de controlar a natalidade.

Com a Constituição Federal de 1988, que trouxe expressamente o direito ao planejamento familiar, vários projetos de lei foram criados sobre o tema, veiculando matérias como aborto, esterilização, assistência médica e pré-natal, e tecnologias reprodutivas. Em meio a tantas aspirações, foi editada a Lei nº 9.263/96 para regulamentar o direito ao planejamento familiar contido no art. 226, §7º da CF, que inovou as políticas públicas em saúde no Brasil e marcou o cenário passando a ser alvo de novas discussões no que diz respeito a intensa regulamentação na esterilização voluntária.

A lei de planejamento familiar estabeleceu como deveres do Estado, basicamente, a prestação a assistência em saúde para regulação da fecundidade, prevenção de doenças sexuais e promoção da saúde na gestação aos usuários do SUS. Da intensa regulação à esterilização voluntária, infere-se que o legislador quis dificultar ao máximo o seu acesso, como medida para desestimular a prática de esterilizações “precocemente”.

Contudo, a aplicação da referida lei se tornou inexistente quanto às esterilizações tubárias pela prática dessas cirurgias sem registro médico, mascaradas por outros procedimentos que enganavam a internação médica das pacientes, além de serem feitas concomitante com partos cesáreos. Ainda, não só as cirurgias de esterilização tubária eram feitas sem os requisitos legais veiculados no art. 10 da lei nº 9.263/96, como passou a favorecer mulheres que utilizavam de serviços privados de saúde que pagavam por elas.

Outro problema encontrado na prática de esterilização tubária foi que médicos começaram a cobrar indevidamente pelo procedimento dentro das instituições públicas, tendo em vista que o Sistema único de Saúde não repassa o valor da cirurgia sem os requisitos legais. Nessas situações, encontra-se a problemática sobre a esterilização voluntária: a expressão de autonomia privada dos indivíduos titulares do direito ao planejamento familiar e a proteção estatal à família.

A opinião de diversos autores elege a autonomia privada como cerne da execução de um planejamento familiar, tendo em vista que cada cidadão tem um plano parental individualmente considerado, defendendo-se a disseminação de informações e o acesso aos métodos contraceptivos, incluindo as cirurgias de esterilização tubária, a todos os cidadãos.

Nesse contexto, as críticas partem dos limites de atuação do Estado como veiculador de meios e informações sobre o planejamento familiar, inclusive sobre contracepção. Assim, indaga-se a possibilidade de o Estado fornecer os diversos métodos contraceptivos, os quais todos os usuários do SUS têm direito, sem extinguir a autonomia privada, acabando com o problema atual da desobediência à lei nº 9.263/96 quanto às esterilizações tubárias.

O planejamento familiar ligado à autonomia privada deveria expandir uma política pública de promoção para a escolha do melhor método elegível individualmente, considerando vários fatores: psicológico, social, cultural e físico. Porém, a realidade brasileira condiciona a autonomia privada em planejamento familiar a escassas ofertas de métodos contraceptivos, falta de profissionais com domínio sobre o assunto e dificuldade em acesso às cirurgias de esterilização tubária, mais conhecida como laqueadura.

Dessa forma, conclui-se que há a necessidade de que o Estado compreenda as dimensões diversas sobre a temática, de modo a garantir uma atuação que modifique as atuais práticas estatais em relação às políticas públicas de planejamento familiar, que ainda não abandonou a visão ultrapassada da mulher aliada ao papel doméstico, objeto de reprodução, inserindo nessa concepção a ideia da esterilização feminina.

REFERÊNCIAS

- Barchifontaine, C. D. P., & Pessini, L. (2002). *Problemas atuais de bioética*. 6, Edições Loyola.
- Berlofi, L. M., Alkmin, E. L. C., Barbieri, M., Guazzelli, C. A. F., & Araujo, F. F. D. (2006). Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. *Acta paulista de enfermagem*. 2 (19), 196-200.
- Berquó, E., & Cavenaghi, S. (2003). *Reproductive rights of women and men in light of new legislation on voluntary sterilization in Brazil*. *Cadernos de saúde pública*, 19 (S.2), S441-S453.
- Berquó, E. (1993). Brasil, um Caso Exemplar-anticoncepção e parto cirúrgicos-à espera de uma ação exemplar. *Estudos feministas*, 1(2), 366.
- Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. In: Senado Federal. Legislação Republicana Brasileira. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em: 17 de março de 2016.
- Brasil. (1996). 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. *Diário Oficial da União*.

- Brasil. (2011) Portal da Saúde (2011). Disponível em:
<portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236> Acesso em: 8 de setembro de 2015.
- Costa, A. M., Guilherm, D., & Silver, L. D. (2006). Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 1 (6), 75-84.
- Diniz, M. H. (2011). *O estado atual do biodireito*. 8, São Paulo, Saraiva.
- Fernandes, M. F. M. (2003). Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Sup 2), S253-S261.
- Lago, T. G. *Laqueadura*. Disponível em:
<www.drauziovarella.com.br/ExibirConteudo/2327/laqueadura/pagina2/lei-do-planejamento-familiar>. Acesso em: 8 de setembro de 2016.
- Lisboa, R. S. (2004). Manual de Direito Civil. 3(5), São Paulo, Editora Revista dos Tribunais.
- Marcolino, C., & Galastro, E. P. (2001). As visões feminina e masculina acerca da participação de mulheres e homens no planejamento familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (3), 77-82.
- Moreira, M. H. C., & Araújo, J. N. G. D. (2004). Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino. *Psicologia em Estudo*, 9 (3), 389-98.
- Moura, E. R. F., Silva, R. M. D., & Galvão, M. T. G. (2007). Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 961-970.
- Olinto, M. T. A., & Galvão, L. W. (1999). Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Revista de Saúde Pública*, 33, 64-72.
- Osis, M. J. D., Faúndes, A., Makuch, M. Y., Mello, M. D. B., Sousa, M. H. D., & Araújo, M. J. D. O. (2006). Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2481-2490.
- Rezende Filho, J. (2010). *Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Koogan.
- Teixeira, A. C. B., & Rodrigues, R. L. (2010). *O direito das famílias entre a norma e a realidade*. São Paulo: Editora Atlas.